

LE PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

2012-2016

P 03 PRÉAMBULE

P 04 DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE DANS L'Océan INDIEN

- 04 • **Éléments de contexte démographique, socio-économique, environnemental**
- 05 • **Des disparités sociales et territoriales de santé à La Réunion et à Mayotte**
- 08 • **Les enjeux en matière de santé pour les populations de La Réunion et de Mayotte**

P 13 TROIS AXES STRUCTURANTS

- **1^{ER} axe : Bien connaître pour mieux agir**
- **2^{ÈME} axe : Affirmer la démocratie sanitaire**
- **3^{ÈME} axe : Promouvoir un espace favorable à la santé**

P 14 PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

- 16 • **Périnatalité et petite enfance**
- 18 • **Maladies chroniques**
- 19 • **Handicap et vieillissement**
- 20 • **Santé mentale y compris les addictions et la santé des jeunes**
- 21 • **Santé environnement dont risques sanitaires**
- 22 • **Performance du système de santé**

P 13 SUIVI ET ÉVALUATION DU PROJET DE SANTÉ

ANNEXES

- Etat de santé de la population de La Réunion et de Mayotte
- Etat des lieux de l'offre de soins à La Réunion et à Mayotte
- Avis des Conférences de Santé et de l'Autonomie de La Réunion et de Mayotte
- Glossaire
- Lexique

L'Agence de Santé Océan Indien a pour mission de définir et mettre en œuvre la politique de santé publique dans un champ qui s'étend de la prévention à l'offre de soins et l'accompagnement médico-social.

Le **Projet de Santé de La Réunion et de Mayotte (PRS)** est l'outil stratégique de cette politique de santé. Il définit les priorités, les objectifs et les actions de santé qui devront être conduits à La Réunion et à Mayotte pour les cinq prochaines années. L'enjeu principal du projet de santé est de développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations transversales entre des secteurs jusqu'ici cloisonnés (promotion de la santé, prévention médicalisée, soins de ville, soins hospitaliers et prises en charge médico-sociales) et de définir une stratégie santé en complémentarité avec les autres politiques pour favoriser les synergies favorables à la santé et plus largement au bien-être des personnes.

Le **Projet de Santé est** composé de 3 segments qui s'articulent les uns à la suite des autres :

- **le plan stratégique de santé** : il fixe les priorités, en amont de leurs déclinaisons opérationnelles dans les schémas,
- **les trois schémas** (prévention, organisation des soins ambulatoires et hospitaliers, organisation médico-sociale): ils mettent en œuvre les priorités et déterminent les modalités de coordination de l'offre,
- **les programmes** déclinant en actions, les modalités d'application des schémas.

Le Plan Stratégique de Santé constitue la clé de voute du Projet de Santé.

Il fixe les grandes orientations et les objectifs prioritaires de santé pour la région, y compris ceux fondant le 2ème Plan Régional Santé Environnement.

Première étape du Projet de Santé, il doit se comprendre comme un plan directeur qui guidera la stratégie de l'Agence de Santé Océan Indien. Au niveau stratégique qui est le sien, ce sont les caractéristiques communes des deux îles dans l'espace Océan Indien qui ressortent, la déclinaison des spécificités de La Réunion et de Mayotte relevant davantage des déclinaisons territoriales ultérieures. Il comporte les éléments suivants :

- **un diagnostic** de santé à La Réunion et à Mayotte fondé sur une évaluation de l'état de santé de la population des deux îles et sur un état des lieux de l'offre en santé,
- **des axes structurants et des priorités** établies à partir de ce diagnostic,
- **des objectifs généraux et spécifiques** en matière de prévention, d'accessibilité aux soins, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, de qualité et d'efficacité des prises en charge et de respect des droits des usagers du système de santé **déclinés dans 6 domaines d'action** identifiés au plan national comme stratégiques :
 - Périnatalité et petite enfance,
 - Maladies chroniques,
 - Handicap et vieillissement,
 - Santé mentale y compris les addictions et la santé des jeunes,
 - Santé environnement dont risques sanitaires (*),
 - Performance du système de santé (**).
- **Les éléments de suivi et d'évaluation** du Projet de Santé.

(*) l'intitulé national est «risques sanitaires » étant entendu qu'il concerne essentiellement les risques environnementaux.

(**) l'intitulé national est «efficacité »

DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE DANS L'OcéAN INDIEN

Le diagnostic partagé est la première étape du Plan Stratégique de Santé. A partir d'un état des lieux de la santé des populations de La Réunion et de Mayotte et de l'état de l'offre de prise en charge dans les domaines de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social, un diagnostic en matière de santé a été établi en 3 points.

1

**ELEMENTS
DE CONTEXTE
DÉMOGRAPHIQUE,
SOCIO-ECONOMIQUE,
ENVIRONNEMENTAL**

— Contexte ultramarin et international

L'identité singulière de La Réunion et de Mayotte est liée à leur dimension ultramarine, à leur environnement international, les mouvements de population induits, mais aussi au rapport des hommes et des femmes à leur santé face à des risques sanitaires, naturels et sociaux notables.

— Contexte démographique

Les populations de La Réunion et de Mayotte sont des populations très jeunes. 37 % de la population de La Réunion a moins de 20 ans, 54% à Mayotte (25% France entière).

La croissance démographique se poursuit à un rythme soutenu et l'INSEE prévoit à l'horizon 2030, 1 million d'habitants à La Réunion et 300 000 à Mayotte.

La fécondité des femmes à La Réunion se situe à un niveau largement supérieur à celui de la métropole (2,44 enfants par femme contre 1,98).

L'indice est encore plus élevé à Mayotte (5 enfants par femme en 2007) où naît chaque jour l'équivalent d'une classe scolaire d'enfants.

— Contexte socio-économique et environnemental

Les conditions socio-économiques mettent une grande partie de la population à l'écart du développement.

• A La Réunion

Le taux de chômage au sens du Bureau International du Travail est 3 fois plus important à La Réunion, que celui de la mé-

tropole. Cette fragilité sociale touche plus d'une personne sur 5 dans la tranche d'âge des 25-34 ans. Un tiers de la population bénéficie d'au moins un minimum social et 40% de la couverture maladie universelle complémentaire.

Tous les cantons de La Réunion ont un niveau de non-imposition supérieur à la moyenne nationale. Par ailleurs, plus de 20% des 20-29 ans sortent du système scolaire pas ou peu diplômés.

La Réunion est une des régions de France où la densité de logements sociaux est la plus élevée et principalement dans le territoire nord-est (45,5 % des ménages contre 16,7 en moyenne nationale). D'un point de vue territorial, l'Est et les cirques sont très touchés par une plus grande précarité (forte proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire à faibles revenus, retard scolaire).

La Réunion est une des régions françaises les plus exposées aux risques naturels en raison de ses conditions climatiques extrêmes (cyclones, fortes pluies), de son contexte géodynamique (volcanisme actif, sismicité modérée) et de sa morphologie héritée de son histoire géologique récente (mouvements de terrain, érosion).

Il existe un retard important en matière d'infrastructures d'adductions d'eau de consommation humaine. 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.

• A Mayotte

1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois. Les logements sont souvent insalubres, et 22 % n'ont ni eau ni électricité. Cette situation sociale difficile est à prendre en considération quand on évalue les be-

DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE DANS L'OcéAN INDIEN

soins de santé de ces populations.

Engagée dans un processus de départementalisation qui prévoit la mise en place des droits sociaux étalés dans le temps, Mayotte est par ailleurs confrontée à la difficile régulation de l'immigration, à l'absence d'Aide Médicale de l'Etat et donc à une problématique permanente d'accès aux soins. La question de l'immigration clandestine et de son impact en terme d'indices de santé (notamment sur les taux de natalité) constitue un particularisme mahorais.

Les risques liés à l'environnement restent un problème majeur à Mayotte. L'arrivée de produits de consommation avec des conditionnements individuels allié aux difficultés de gestion des déchets non biodégradables fragilisent l'environnement. Enfin, 25 % des ménages à Mayotte n'ont pas accès à un point d'eau individuel à domicile. Aussi, ces populations n'ont pas d'autres choix que de disposer à l'extérieur des récipients pour collecter l'eau de pluie, et permettent ainsi la naissance de gîtes larvaires.

DES DISPARITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ À La Réunion ET À MAYOTTE

— Des inégalités de mortalité

Malgré une constante augmentation, l'espérance de vie reste inférieure à celle de la métropole (**77 ans à La Réunion, 74 ans à Mayotte, 81 ans en métropole**).

Les indices comparatifs de mortalité montrent une surmortalité globale par rapport à la métropole, surmortalité qui concerne surtout les femmes à Mayotte et les hommes à La Réunion. Alors que les cancers sont la première cause de mortalité en métropole (30% des décès), les maladies cardio-vasculaires sont au premier rang à La Réunion et à Mayotte.

A La Réunion, les indices de surmortalité révèlent une surmortalité des hommes par rapport à la métropole pour les pathologies suivantes : asthme, maladies endocriniennes, conséquences de l'abus d'alcool, accidents de transport et une surmortalité chez les femmes due au diabète sucré, l'asthme, les pathologies liées à la période périnatale.

A Mayotte, la surmortalité masculine et féminine par rapport à la métropole concerne les maladies infectieuses, le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire et l'asthme. En outre, on relève une surmortalité des femmes en matière de complications de la grossesse et des accouchements.

En 2007, les taux comparatifs de mortalité prématurée survenant avant 65 ans révèlent une surmortalité régionale par rapport à la métropole quel que soit le sexe. La différence entre les sexes est très marquée à La Réunion où les décès masculins

prématurés sont deux fois plus importants que chez les femmes.

Par ailleurs, la part des décès « évitables » par des pratiques de prévention primaire portant sur les conduites addictives, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles et le sida, est de 28 % de la mortalité prématurée à La Réunion contre 11 % à Mayotte.

A Mayotte, la mortalité maternelle estimée à 50 décès pour 100 000 naissances, est près de 2 fois plus élevée qu'à La Réunion (26,4), et 6 fois plus qu'en métropole en 2007 (7,6).

Les taux de mortalité infantile sont très largement supérieurs aux taux métropolitains. Pour Mayotte, le taux de mortalité infantile est de 13,5 ‰ en 2007, soit plus de 2 fois supérieur au taux de La Réunion (6,1 ‰) et près de 4 fois plus qu'en métropole (3,6 ‰).

— Des inégalités sociales

• A La Réunion

Malgré les avancées dans les connaissances et les techniques en médecine, le développement de la prévention et l'amélioration des conditions socio-économiques, les écarts en matière de santé entre catégories sociales ne se sont pas réduits.

92 % d'enfants de cadres n'ont aucune dent cariée contre 77 % d'enfants d'employés et d'ouvriers et la proportion d'enfants obèses chez les enfants d'ouvriers est de 14,6 % contre 6,3 % chez les enfants de cadres.

DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE DANS L'OcéAN INDIEN

Une enquête en population générale a révélé une corrélation entre l'infection à Chikungunya de 2006 et les facteurs socio-culturels. La séroprévalence est liée à l'âge passant de 26,6 % pour les moins de 10 ans et atteignant plus de 45 % chez les 80 ans et plus. La fréquence était de 39,9 % pour les personnes nées à La Réunion contre 23 % pour les personnes nées en France métropolitaine. Une bonne maîtrise de la lecture, le fait d'avoir une activité professionnelle ou de suivre des études a été considéré comme un facteur protecteur vis-à-vis de l'infection au Chikungunya.

Les problèmes de santé des personnes sans domicile fixe sont essentiellement liés à leur situation d'exclusion sociale. Bien que davantage sujettes aux maladies chroniques et infections, ces personnes ont des difficultés à formuler une demande de soins explicite, et leurs problèmes de santé sont souvent axés autour de la psychiatrie et de l'alcoolisme.

Par ailleurs, les diagnostics de santé réalisés dans le cadre des ateliers santé ville à La Réunion ont mis en avant un sentiment de mal-être, d'isolement, et de souffrance psychique. Ainsi, la santé semble liée fortement aux activités, qu'elles soient sportives et/ou culturelles, et à l'appartenance à un groupe social. Les problèmes d'accès aux soins sont particulièrement ressentis par les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes isolées et les personnes en situation précaire. Toutes ces inégalités qui touchent l'individu dans sa vie quotidienne ont un retentissement en terme de santé.

• A Mayotte

Il existe des risques élevés d'accidents domestiques chez les enfants. Les brûlures chez les jeunes enfants sont un problème de santé publique et la moitié des enfants admis au Centre Hospitalier de Mayotte dans le service des brûlés sont en situation irrégulière et vivant dans des conditions d'habitat précaires.

— Des inégalités territoriales

• A La Réunion

Les **espérances de vie** varient de 71,5 ans à

Cilaos à 77,6 ans à Petite Ile. Les 2 cirques de Cilaos et de Salazie sont particulièrement marqués par une importante mortalité masculine, associée à une surconsommation d'alcool, aux maladies métaboliques et à une mauvaise hygiène de vie. Les communes les plus isolées géographiquement (La Plaine des Palmistes, Salazie, Saint Joseph, Saint Philippe, Cilaos) sont les plus exposées aux décès d'enfants de moins de 1 an. Selon une récente publication de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé, seul le canton de Saint-Paul est identifié comme une zone de surmortalité par maladies vasculaires cérébrales, par maladies infectieuses et de sous-mortalités par cancer et par cardiopathie ischémiques.

Concernant l'offre de soins, La Réunion est la région française la moins bien dotée pour le court séjour hospitalier, excepté en gynécologie-obstétrique. Par ailleurs, les taux de recours aux soins hospitaliers sont inférieurs à ceux observés en métropole quel que soit l'âge, en chirurgie et dans une moindre mesure en médecine selon les données 2009 issues des systèmes d'information hospitaliers. En revanche, on note une prise en charge satisfaisante des soins de 1er recours et une place importante des médecins généralistes libéraux auprès de la population. On constate ainsi que 65% des cantons de La Réunion sont relativement bien dotés en professionnels de santé libéraux (sauf en médecins spécialistes libéraux) mais avec des temps d'accès importants aux établissements de santé (nord, ouest, sud). Par contre, le bassin de vie est du territoire nord-est est classé en zone rurale/ périurbaine avec des densités réduites de professionnels de santé libéraux et des délais d'accès aux établissements de santé plus longs.

La dépense de santé 2009 est d'environ 2.055€ (indexation comprise) par personne protégée (2.311€ Métropole). De même, la dépense en soins de ville est d'environ 1.017€ (1.047€ Métropole) ; la dépense en soins hospitaliers est d'environ 881€ par personne protégée (1.029€ Métropole).

Concernant la prise en charge médico-sociale, la période 2006-2009 a été marquée par un effort de rattrapage de l'équipement, mais le taux d'équipements reste en des-

DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE DANS L'OcéAN INDIEN

sous de la moyenne nationale. Pour les personnes âgées, le faible taux d'équipements est compensé par une prise en charge familiale, encore très présente à La Réunion dans les zones rurales. Le taux d'équipements en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est de 62.8 pour 1000 contre 92 en métropole. Pour le secteur de l'enfance handicapée, les données d'équipement au 1er janvier 2011, font apparaître un différentiel de 443 places entre l'existant et l'offre théorique issue de l'application du taux d'équipement national au 01/01/2008 (soit 8.91‰), soit 22% de l'offre actuelle. Pour le secteur adulte, l'application des taux d'équipements traduit un différentiel de 438 places (soit 46% de l'offre régionale).

La dépense de santé 2009 en soins médico-sociaux est d'environ 157€ par personne protégée (235€ Métropole)

• A Mayotte

L'offre de soins est structurée autour du Centre Hospitalier de Mayotte assurant les prises en charge de médecine, chirurgie, obstétrique, de 4 centres de santé intercommunaux et d'un réseau de 13 centres de consultation répartis sur le territoire de santé et assurant les soins de premier recours. Il n'y a pas de structure de soins de suite et de réadaptation, ni d'hospitalisation à domicile, ni de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre d'alternatives à l'hospitalisation.

A Mayotte, 3 000 accouchements (sur les 7 700 réalisés chaque année) se font dans les 4 centres de santé intercommunaux par des sages femmes en l'absence de gynécologue-obstétricien, de pédiatre, d'anesthésiste. La prise en charge en santé mentale repose sur un service de psychiatrie de 6 lits au sein du Centre Hospitalier de Mayotte. La prise en charge des problématiques infantiles n'est pas abordée dans un véritable cadre pédopsychiatrique.

Par ailleurs, l'offre de soins libérale comprend 23 médecins généralistes et 8 médecins spécialistes, 39 kinésithérapeutes, 98 infirmiers, 9 dentistes, 16 pharmacies et 1 laboratoire de biologie médicale. Le déficit en médecins spécialistes est un des éléments les plus préoccupants en particulier dans le domaine de la périnatalité.

113.000 personnes ont des droits ouverts auprès de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte. Les non assurés représentent 166.500 séjours et consultations au Centre Hospitalier de Mayotte.

La dépense de santé par habitant à Mayotte est estimée à 739 euros en 2007.

92 % des professionnels de santé libéraux sont conventionnés et la pratique du tiers payant se généralise.

Enfin, les malades atteints de pathologies graves bénéficient d'une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (soins + médicaments) au titre des Affections de Longue Durée aussi bien dans le secteur public que libéral. Par contre, l'absence de Couverture Maladie Universelle et d'Aide médicale d'Etat associée à un faible taux de personnes disposant d'une couverture maladie complémentaire conduit les patients à privilégier le recours au secteur public plutôt qu'au secteur libéral où un ticket modérateur est appliqué. Ce dispositif constitue un frein à l'installation des professionnels de santé libéraux.

Le recours à la médecine traditionnelle reste important à Mayotte. L'enquête de séro prévalence sur le Chikungunya, a montré que la moitié de la population n'utilisait le système de santé que pour des pathologies graves.

A Mayotte, on estime à environ 1 000 le nombre de personnes ayant un handicap, hors adultes avec un handicap psychique (estimés à 500 selon les sources du centre de santé mentale du CHM). Aucune structure de prise en charge médico sociale n'est encore autorisée ni installée. Cinq associations assurent aujourd'hui majoritairement des accueils de jour (une seule, située dans le sud, assure de l'hébergement). La mise aux normes et l'accès au droit commun est en voie de concrétisation. L'Education Nationale, via les Classes d'Intégrations Scolaires (CLIS), accueillait, en septembre 2010, 581 enfants pour 60 enseignants.

Les deux îles sont donc confrontées à des niveaux de développement différents avec pour La Réunion, une politique de rattrapage et de mise à niveau des établissements et services et pour Mayotte, la mise en place de politiques médico-sociale et sociale de droit commun et donc la création d'établissements et services.

DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE DANS L'OcéAN INDIEN

3

**LES ENJEUX EN
MATIÈRE DE SANTÉ
POUR LES POPULATIONS
DE LA RÉUNION ET DE
MAYOTTE**

— Périnatalité, enfance et adolescence

A La Réunion comme à Mayotte, la mortalité maternelle est une préoccupation : elle est estimée à 50 décès pour 100 000 naissances à Mayotte, ce qui est près de 2 fois plus qu'à La Réunion (26.4), et 6 fois plus qu'en métropole en 2007 (7.6).

La mortalité infantile est également élevée : à Mayotte le taux est de 13.5 ‰ en 2007, soit plus de 2 fois supérieur au taux de La Réunion (6,1 ‰) et près de 4 fois plus qu'en métropole (3,6 ‰). Les autres indicateurs tels la mortalité périnatale et néonatale précoce affichent également une surmortalité non négligeable. Les enfants nés prématurément et les enfants de petits poids sont près de 2 fois plus nombreux qu'en métropole.

La santé des enfants est également préoccupante sur les points suivants :

- Troubles du langage et apprentissages : à La Réunion, les enfants scolarisés en grande section de maternelle sont 10% de moins nombreux qu'en métropole à utiliser avec justesse des constructions grammaticales simples. A Mayotte la question est davantage celle de la maîtrise de la langue française.
- Pathologie de la nutrition : la prévalence du surpoids et de l'obésité est de 17,5% en CM2 à La Réunion. En revanche à Mayotte, se pose la question de la prévalence du retard statural (taille/âge) est de 6,7% et celle de la maigreur (poids/taille) de 8,1% pour les moins de 5 ans.
- Asthme : la proportion d'enfants asthmatiques en grande section de classe de maternelle est presque deux fois supérieure à La Réunion qu'en métropole.
- Taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) est estimé, à 24-59 mois, à 76% à La Réunion. A Mayotte, une enquête récente effectuée par la Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie a montré qu'une partie de la population, notamment les jeunes après 6 ans, n'est couverte qu'à 40%, ce qui place l'île dans une très grande vulnérabilité par rapport aux épidémies.

— L'émergence des maladies chroniques

• Les pathologies de la nutrition

La population adulte réunionnaise est concernée par les problèmes d'obésité avec des prévalences de l'ordre de 35 % pour le surpoids et de 15 % pour l'obésité, contre respectivement 30 % et 11 % au niveau national. Les prévalences de l'obésité augmentent avec l'âge, et ce de manière très nette chez les femmes où le taux de prévalence passe de 14 % chez les 30-39 ans, à 20 % chez les 40-49 ans et atteint 27 % chez les 50-59 ans.

Mayotte entre dans une phase de transition démographique, épidémiologique et nutritionnelle. Du fait d'un moindre accès à la consommation, et d'un niveau de vie moins élevé, la population est exposée à des problèmes de déséquilibre des apports alimentaires, conduisant à des situations de carence ou inversement de surpoids et d'obésité.

Aussi, 46 % des hommes mais seulement 19 % des femmes ont une corpulence normale. Une part importante de la population est en surpoids : 52 % des hommes et 79 % des femmes. Le territoire connaît une situation nutritionnelle particulière, caractérisée par la coexistence de deux situations : de carence chez les enfants et d'excès de poids liés à la consommation croissante d'aliments riches en sucres et en graisses chez les adultes.

• Le diabète

A La Réunion, le pourcentage de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement est estimé à 7,8 % de la population en 2007 et 8,8% en 2008 (chiffres CGSS), soit plus du double de celle observée en métropole (3,9 %), ce qui place probablement l'île en tête de toutes les régions de France. Cependant, la prévalence du diabète traité ne tient pas compte des diabétiques connus non traités et des cas non diagnostiqués.

L'enquête REDIA en 1999-2001 a ainsi montré qu'un tiers des diabétiques ignoraient qu'ils étaient malades au moment de l'enquête. Selon cette étude, parmi les Réunionnais de 30-69 ans, la prévalence du diabète connu (traité et non traité) était

DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE DANS L'OcéAN INDIEN

estimée à 11,9 %, la prévalence totale brute (diabète connu + diabète dépisté) à 18,1% et la prévalence totale corrigée, à 20,9%.

A Mayotte, l'enquête MAYDIA en 2008 a révélé chez les 30 à 69 ans une prévalence du diabète connu de 4,6%, et une prévalence totale corrigée de 10,5 % (26% chez les plus de 60 ans) ; 13,5 % des plus de 30 ans étaient en stade pré-diabétique (hyperglycémie modérée à jeun et/ou intolérance au glucose) ; 1 diabétique sur 2 ignorait sa maladie au moment de l'enquête, quel que soit l'âge.

• Les pathologies cardio-vasculaires et rénales

Les taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont en baisse globale (-21% entre 2000 et 2007). Cette baisse est identique à celle de la France entière (-22%) et on l'attribue en partie à la prévention, en partie aux progrès effectués dans la prise en charge.

Néanmoins, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de façon moins marquée qu'en métropole (-17% versus -26%), et La Réunion apparaît en surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale (+32%). Par ailleurs, les accidents cardiaques surviennent en moyenne 7 ans plus tôt à La Réunion.

A Mayotte, en 2007-2008, 124 décès par maladies de l'appareil circulatoire ont été observés, dont 86 AVC, soit un décès sur 7. La proportion d'AVC dans les maladies de l'appareil circulatoire est de 25% à La Réunion comme en métropole.

Il est difficile d'estimer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale à La Réunion. Cependant on note que le nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 (Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique) a triplé entre 2000 et 2008 et que le nombre de patients dialysés a triplé en vingt ans. La prévalence brute des patients traités par dialyse est deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine. Elle est de niveau comparable à celle des U.S.A. où il existe également beaucoup de diabétiques et d'hypertendus.

• L'émergence des cancers

Du fait de la structure d'âge de la population de La Réunion et de Mayotte, l'incidence globale du cancer reste à ce jour inférieure à celle de la métropole. Mais, cette incidence est en augmentation régulière en raison du vieillissement de la population, surtout à La Réunion. Les cancers du sein, du colon-rectum, de la prostate et ceux de la trachée, des bronches et du poumon représentent près de 50 % des nouveaux cas diagnostiqués à La Réunion.

— Le vieillissement de la population et les situations de handicap

L'INSEE prévoit en 2030, 250 000 personnes âgées de plus de 60 ans, soit le ¼ de la population totale de La Réunion. A Mayotte, le vieillissement est très faible et les personnes âgées ne représentent que 4 % de la population, part inchangée depuis le précédent recensement de 2002.

Les situations d'incapacité et de dépendance apparaissent plus précocement, et le processus de vieillissement intervient plus tôt à La Réunion. Dès 50 ans, les Réunionnais apparaissent en moins bon état de santé que les métropolitains. Les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence supérieurs de 20 points à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus avancés.

Les pathologies et origines connues des déficiences de la population adulte présente dans les établissements et services pour handicapés en 2006 à La Réunion sont les suivantes : 21 % d'accidents périnataux, 9 % de psychose infantile et 8 % d'autres psychoses.

On note également que pour 8 % des adultes suivis, il s'agit d'un traumatisme crânien et de lésion cérébrale acquise (en dehors de la période périnatale). 6 % souffrent d'anomalies chromosomiques et 4 % d'autisme et de syndromes apparentés.

DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE DANS L'OcéAN INDIEN

— Les comportements à risque

• Les addictions

L'impact de l'alcoolisme est important à La Réunion. Les troubles mentaux en sont également une conséquence ainsi que les accidents de la route, les accidents du travail et les violences. Les conduites à risque concernent aussi la polytoxicomanie alcool-médicaments, alcool-cannabis et plus récemment l'apparition d'ecstasy et de cocaïne dans des milieux jeunes faisant craindre une explosion des phénomènes de dépendance et de leurs conséquences.

La consommation d'alcool à Mayotte constitue un risque nouveau qui a largement dépassé le stade de l'émergence. Ce sont les jeunes qui sont le plus exposés compte tenu de l'absence ou de l'insuffisance des infrastructures de sports et de loisirs et de l'inactivité qui en résulte notamment hors période scolaire. Ceux-ci font un mélange d'alcool, de « bangué » (cannabis local) et de médicaments psychotropes détournés de leur usage.

Un jeune sur 10 de 13 à 18 ans, a déjà fait une tentative de suicide à La Réunion, où les jeunes filles présentent généralement plus souvent des signes anxio-dépressifs.

Les violences sont fréquentes dans les 2 îles, visant les femmes et les jeunes plus particulièrement.

• Le SIDA

Concernant le SIDA, la situation à Mayotte est préoccupante et doit engager à conduire des actions globales incluant les infections sexuellement transmissibles et les hépatites. En effet, le territoire se trouve dans une zone de forte endémie d'une part, et d'autre part les habitants ont des comportements à risque. Selon le rapport d'activité 2009 du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), seuls 21% des patients suivis utilisent systématiquement le préservatif. 43% déclarent ne jamais l'utiliser, avec une différence significative entre les hommes (37%) et les femmes (52%). 77 % des consultants considèrent avoir pris un risque sexuel et 15% des consultants ont déjà des antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST).

— Risques sanitaires et environnementaux

La Réunion et Mayotte étant en région tropicale, ont de fait, une population plus exposée au risque de nature biologique que la population métropolitaine sous climat tempéré. Ces territoires partagent cependant avec la métropole des risques communs tels que l'exposition aux émissions d'origine industrielles, aux contaminations des eaux par les pesticides ou les nitrates et le bruit.

Outre le fait que ces expositions peuvent être exacerbées par un retard d'équipements en infrastructures et les conditions socio-économiques et culturelles, ces départements ont des risques sanitaires et environnementaux spécifiques.

• Le risque biologique

La Réunion comme Mayotte ont dans leur environnement les vecteurs animaux de maladies tropicales (moustiques en particulier) et sont des zones endémiques pour les maladies vectorielles transmises par les moustiques (arboviroses, paludisme). Les mouvements de populations entre Mayotte et les pays voisins, sont également des facteurs de risque de développement des maladies épidémiques. La Réunion se trouve en situation d'anophélisme depuis 1979. 150 à 180 cas importés de paludisme sont recensés par an. Il existe potentiellement un risque de réintroduction du parasite et de transmission pendant la saison des pluies, lorsque le vecteur (*Anopheles arabiensis*) prolifère.

En 2005 et 2006, l'île de La Réunion a été frappée par une crise sanitaire sans précédent : l'épidémie de Chikungunya. Au 25 septembre 2006, la CIRE Réunion Mayotte a estimé à 266 000, le nombre de personnes ayant présenté des symptômes de l'infection à Chikungunya depuis le début de l'épidémie.

A Mayotte, la présence du paludisme nécessite la mise en œuvre de mesures de lutte spécifiques et permanentes. En 2006, le Chikungunya touchait 38 % de la population. Par la suite, le Plan COMBI Arboviroses mis en œuvre par la DASS de Mayotte a incité la population à adopter des gestes simples de prévention, en vue d'éviter la création de gîtes larvaires.

DIAGNOSTIC RÉGIONAL DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE DANS L'OcéAN INDIEN

• Le risque physico-chimique

Il se traduit par l'exposition aux substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) en milieu professionnel mais aussi au sein de la population : 49 cas de saturnisme infantile en février 2011 ont été diagnostiqués dans la ville du Port à La Réunion en proximité d'un sol pollué par des batteries de voiture.

L'activité soutenue du Piton de la Fournaise entraîne des rejets et retombées volcaniques dont les conséquences sont sans doute insuffisamment évaluées. Il en est ainsi de la composition chimique des sols,

riches en éléments trace métallique(ETM).

L'exposition aux nitrates et pesticides est à considérer de la même manière qu'en métropole.

L'habitat insalubre et les retards dans les équipements d'infrastructures pour l'eau potable et le traitement des eaux usées sont une composante forte de ces deux îles. Cette absence des garanties minimales d'hygiène et de sécurité sanitaire pour une fraction significative de la population entraîne une surexposition aux risques biologique et physico-chimique.

CONCLUSION

Au total, La Réunion et Mayotte sont caractérisées par des problématiques communes avec des niveaux d'expression spécifiques :

- une population en forte progression démographique,
- une population jeune, présentant une fécondité élevée,
- un contexte social très défavorisé avec une part importante de la population qui connaît d'importantes difficultés sociales,
- une surmortalité par maladies cardiovasculaires et une sous-mortalité par cancers, au sein d'un environnement naturel très spécifique,
- des taux de recours hospitaliers inférieurs à ceux de la métropole,
- une offre de soins moins importante qu'en métropole,
- des inégalités sociales de santé marquées,
- un vieillissement marqué de la population à La Réunion et en devenir à Mayotte.

Ce diagnostic sous-tend les actions que l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) doit conduire et promouvoir auprès de ses partenaires.

La réussite des actions menées dans ce sens est subordonnée :

- au développement de la connaissance de l'état de santé et de ces déterminants à un niveau territorial mais aussi au niveau des communes, voire des quartiers ;
- à la prise en compte des rapports individuel, familial et social à la santé afin de mieux comprendre les attentes des populations pour construire les programmes d'action ;
- à la coordination des acteurs pouvant intervenir sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé dans le cadre des autres politiques publiques de santé.

TROIS AXES STRUCTURANTS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

1

BIEN CONNAÎTRE POUR MIEUX AGIR

Les enjeux en matière de santé dans l'Océan Indien nécessitent de développer une culture approfondie et multidisciplinaire étendue à toutes les dimensions de la santé afin que la réalité des phénomènes de santé s'accorde avec la réalité de tous les acteurs (malades, usagers, professionnels de la santé, anthropologues, sociologues, élus politiques,...).

L'objectif étant de guider et d'évaluer les actions de santé publique.

Il s'agit donc de développer la connaissance et le suivi des indicateurs de santé, d'affiner les démarches d'observation et d'analyse en santé, de les affiner à plusieurs niveaux (territoires de santé, infra-territorial, communal, voire des quartiers) et de mieux identifier les conditions d'exposition aux facteurs de risque, notamment en développant de nouveaux outils de compréhension des déterminants des inégalités sociales en santé.

2

AFFIRMER LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

La place de l'utilisateur au sein du système de santé doit être valorisée. Le premier mouvement a été engagé lors de l'introduction de représentants des usagers dans les instances de gouvernance et de concertation. Au-delà du droit de chacun d'être informé et associé aux stratégies thérapeutiques le concernant, la démocratie sanitaire doit permettre à chacun de participer aux choix collectifs en matière de santé.

En plaçant la démocratie sanitaire comme une priorité, l'Agence de santé Océan Indien propose à tous les acteurs de san-

té (malades, usagers, professionnels de santé, membres des instances représentatives,...) de participer activement à la gouvernance de la santé dans l'Océan Indien. Les modes de fonctionnement de cette démocratie sanitaire se structurent autour des actions suivantes : dynamiser les instances existantes, former à la santé publique les membres des commissions mises en place par la loi Hôpital Patient Santé Territoires du 21 juillet 2009, faire émerger des débats publics sur les grandes questions de santé, en lien avec les autres politiques de santé.

TROIS AXES STRUCTURANTS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

3

PROMOUVOIR UN ESPACE FAVORABLE À LA SANTÉ

La santé de chaque individu est d'origine multifactorielle, influencée par les décisions individuelles et collectives, le style de vie ainsi que l'environnement social et physique, eux mêmes souvent conditionnés par l'itinéraire familial, scolaire et professionnel, les conditions de ressources, le statut social et le lieu de résidence.

Les décisions impactant la qualité de l'air et de l'eau, la configuration des villes, la place faite à l'activité physique et aux loisirs dans la vie de chacun, comptent aussi. La santé constitue la première condition pour mener une vie active et satisfaisante et son amélioration est un acte individuel mais aussi collectif.

Mobiliser tous les acteurs sur des déterminants tels les habitudes de vie, l'alimentation, la nutrition, l'éducation, la promotion des activités physiques et sportives, le logement, le transport, l'aménagement urbain, l'environnement physique, l'environnement social et la pauvreté est un moyen de créer du capital santé et de générer du bien vivre.

Et donc, il convient de s'attacher à porter une attention renforcée à la santé des populations les plus vulnérables en lien avec les collectivités territoriales du fait de leurs connaissances des situations locales et avec l'appui de l'ensemble des services de l'Etat, à améliorer le dispositif global de santé en développant l'offre et en favorisant la coordination des différents secteurs (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers et accompagnement médico-social), l'accessibilité à des prises en charge de qualité, la formation, l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé.

La création du centre hospitalier universitaire (CHU) de l'Océan Indien, acteur clef du lancement d'une dynamique de recherche et d'enseignement, est un facteur primordial de la structuration du système de santé, participant ainsi à son rayonnement dans l'espace Océan Indien.

Tenir compte de l'environnement ultramarin et international pour connaître, développer ou consolider, les échanges d'expériences et les réseaux, notamment ceux de veille sanitaire, avec les pays de la zone.



PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— Un modèle de santé pluridimensionnel

Le Projet de Santé fait référence à un modèle de santé pluridimensionnel porteur de :

- **Transversalité,**

en cohérence avec le parcours de vie des personnes. Il s'agit de développer des coopérations transversales entre des secteurs jusqu'ici séparés : (promotion de la santé, sécurité sanitaire, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers et prises en charge médico-sociales). Ces transversalités s'expriment en particulier dans le Plan Stratégique de Santé et aussi dans le cadre des programmes qui, sur une thématique donnée, prévoient des actions et des financements relevant de plusieurs schémas. Les schémas correspondent à l'étape nécessaire de mise en œuvre et d'organisation par secteur, même si les coopérations et articulations avec les autres schémas et autres politiques doivent y figurer (voir art. R1434-3, 1434-4 et 1434-6 du Code de Santé Publique).

- **Inter-sectorialité :**

mise en place de coopérations avec d'autres politiques portées par l'État ou les collectivités territoriales pour une approche intersectorielle de la santé, voire une intégration de la santé dans l'ensemble des politiques régionales, notamment pour lutter contre les inégalités sociales de santé (voir art. L.1432-1 R. 1432-2 et D1432-1 et suivants du Code de Santé Publique).

— 5 domaines stratégiques d'action et un objectif transversal pour le Plan Stratégique de Santé

Le Conseil National de Pilotage des ARS a validé 5 domaines d'action pour l'élaboration des plans stratégiques régionaux de santé :

- **Périnatalité et petite enfance**
- **Maladies chroniques**
- **Handicap et vieillissement**
- **Santé environnemental dont risques sanitaires** (l'intitulé national « risques sanitaires devant s'entendre comme concernant essentiellement les risques environnementaux)
- **Santé mentale, y compris addictions et la santé des jeunes**

Un objectif transversal majeur sous-tend ces 5 domaines d'action : la performance du système de santé.



PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— Les 14 priorités du Plan
Stratégique de Santé

Domaines d'action	Priorités
1 - PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE	La maîtrise pour chaque femme ou chaque couple de son projet d'enfant. Le capital santé des enfants L'observation en santé
2 - MALADIES CHRONIQUES	La prévention des maladies chroniques L'adaptation du système de santé à la prise en charge des maladies chroniques
3 - HANDICAP ET VIEILLISSEMENT	La prévention et l'accompagnement précoce Le respect du projet de vie La fluidité des parcours
4 - SANTÉ MENTALE, y compris LES ADDICTIONS ET LA SANTÉ DES JEUNES	La promotion de la santé mentale et prévention des conduites à risques La prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ou de publics spécifiques
5 - SANTÉ ENVIRONNEMENT DONT RISQUES SANITAIRES	L'espace de vie et l'environnement urbain Les maladies infectieuses et les intoxications aiguës La veille sanitaire et la réponse aux situations d'urgence
6 - PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	La performance du système de santé

PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

1

PERINATALITE ET PETITE ENFANCE

Problématique

La mise en œuvre de la politique de santé en matière de périnatalité et de petite enfance implique une coordination transversale de tous les acteurs intervenant dans la prévention, les soins et le médico-social et notamment les collectivités territoriales, l'Education Nationale, l'Assurance Maladie mais aussi, la population générale représentée par les associations et les usagers. La place des professionnels de santé libéraux étant prépondérante. A La Réunion et à Mayotte, les domaines périnatal et de la santé des jeunes enfants sont des enjeux porteurs de notre avenir. Si à La Réunion, la démarche s'inscrit plutôt dans une amélioration de la qualité; à Mayotte, il s'agit de privilégier avant tout la sécurité sanitaire de la mère et de l'enfant.

— Priorités et objectifs

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
La maîtrise pour chaque femme ou chaque couple de son projet d'enfant.	Permettre aux femmes et aux hommes de maîtriser leur fécondité	Développer l'information sur la sexualité et l'accès à la contraception et prévenir la survenue de grossesses précoces Faciliter l'accès à l'assistance médicale à la procréation aux couples demandeurs Faciliter l'accès au diagnostic prénatal
	Améliorer la santé maternelle	Réduire la mortalité maternelle évitable en impliquant les professionnels de santé libéraux à La Réunion et à Mayotte, assurer le suivi des femmes enceintes le plus précocement possible afin de dépister les situations à risque Impulser la démarche qualité dans le suivi prénatal, y compris en soins de ville et avec une mobilisation communautaire Réduire la fréquence des césariennes pour les grossesses à bas risque
	Accompagner les femmes et les couples	Personnaliser le suivi de chaque femme enceinte Informier et accompagner les femmes qui ont choisi d'allaiter Anticiper la sortie de maternité et structurer le suivi post-natal Améliorer l'accueil des femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale Prendre en charge les grossesses précoces

PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Le capital santé des enfants	Réduire la morbidité et la mortalité infantiles	Organiser le suivi régional des enfants présentant à la naissance un risque de handicap Réduire la mortalité infantile évitable A Mayotte, mettre en place un dispositif de dépistage des déficiences A Mayotte, réduire la prévalence de la malnutrition quantitative et qualitative
	Réduire les incapacités liées aux troubles sensoriels	Développer le dépistage de la surdité permanente néonatale Structurer l'offre de prise en charge diagnostique et thérapeutique
	Dépister et prendre en charge les troubles du langage et des apprentissages	Savoir repérer et dépister précocement les troubles du langage et des apprentissages dès le premier recours Organiser une offre graduée de prise en charge des enfants dépistés en lien avec les professionnels de santé libéraux
	Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les jeunes enfants	Informier et former les professionnels de santé de premier recours Systématiser le dépistage en école maternelle par la protection maternelle et infantile et la médecine scolaire Poursuivre l'organisation d'une offre graduée de prise en charge des enfants dépistés Renforcer les actions de prévention Mettre en place les indicateurs régionaux d'évaluation des actions
	Faire progresser la couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole à La Réunion de 76% à 80% et le taux de couverture vaccinale à Mayotte de 40% à 80%	Sensibiliser les professionnels de santé sur le respect du calendrier vaccinal Sensibiliser et informer les familles sur l'intérêt de la vaccination
L'observation en santé	Instaurer un système d'informations en périnatalité	Définir des indicateurs de suivi et d'évaluation en périnatalité et petite enfance pour l'Océan indien Mettre en place pour Mayotte et conforter à La Réunion un recueil épidémiologique en périnatalité, y compris pour les soins de ville

PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

2

**MALADIES
CHRONIQUES**

Problématique

La finalité est d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité, de réduire la mortalité prématurée évitable et d'engager une cohérence globale entre toutes ces approches par pathologies. Le poids des maladies chroniques dans les inégalités sociales de santé justifie des actions envers les populations particulièrement défavorisées mais aussi tout au long du gradient social de santé. L'accès à toutes les dimensions de la prévention est un enjeu fort. A Mayotte, l'émergence des maladies de civilisation se surajoutant aux problématiques des maladies infectieuses impose une amplification significative de l'offre en santé.

— Priorités et objectifs

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Prévention des maladies chroniques	Agir sur les déterminants de santé afin de prévenir l'apparition de certaines pathologies (cancer, diabète, sida, maladies cardio vasculaires et rénales, asthme...).	<p>Poursuivre d'une part les études sur les facteurs de risque des maladies chroniques, individuels, sociaux, collectifs et environnementaux, d'autre part évaluer les interventions et les actions de prévention</p> <p>Impliquer les porteurs de politiques publiques dans la promotion de la santé (conditions de vie, habitat, aménagement urbain, transports, milieu de travail)</p> <p>Favoriser la coordination et la synchronisation des actions et des messages des différents intervenants du territoire : associations, médecine scolaire, santé au travail, PMI, collectivités locales, travailleurs sociaux, professionnels de santé libéraux...)</p>
	Promouvoir l'accès des populations à risque à une prévention personnalisée et au dépistage	<p>Adapter les actions de prévention, de dépistage et de diagnostic précoce aux spécificités de l'Océan Indien et de ses différents territoires</p> <p>Inscrire toute démarche de prévention dans une logique de proximité (communes, quartier,...)</p> <p>Encourager la mobilisation communautaire, notamment des populations en situation de précarité</p>
Adaptation du système de santé à la prise en charge des maladies chroniques	Optimiser le parcours de santé et sa coordination pour les personnes atteintes de maladies chroniques	<p>Inscrire la prise en charge de la maladie chronique dans un dispositif de coordination des parcours de santé à l'échelle du territoire</p> <p>Faire évoluer les pratiques médicales et soignantes, vers un exercice coordonné et pluridisciplinaire</p> <p>Encourager le développement d'une éducation thérapeutique de qualité et de proximité en lien les associations d'usagers</p>

PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

3

HANDICAP ET VIELLISSEMENT

Problématique

La croissance démographique, le vieillissement de la population et la persistance de classes d'âge jeunes et nombreuses vont modifier sensiblement la répartition du handicap et de la perte d'autonomie dans un contexte de plus forte prévalence des déficiences à tous âges et d'un vieillissement biologique précoce. L'offre médico-sociale reste globalement insuffisante, voire inexistante à Mayotte, avec des effets de retard de prise en charge, d'éviction ou d'accompagnement réduit et de risque de sur-handicap. La priorité donnée au maintien à domicile ou en milieu ordinaire doit ressortir du projet de vie des personnes âgées et exige le soutien des aidants.

— Priorités et objectifs

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
La prévention et l'accompagnement précoce	Prévenir l'apparition des déficiences et la perte d'autonomie, tout au long de la vie	<p>Favoriser la précocité du dépistage et de la prise en charge des déficiences, dans la petite enfance et la prévention des carences éducatives</p> <p>Prévenir les chutes et la dénutrition des personnes âgées</p> <p>Favoriser la prévention, le diagnostic et la prise en charge précoces de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées</p> <p>Favoriser l'accès et la reconnaissance des droits des personnes en situation de précarité</p>
Le respect du projet de vie	Adapter l'offre d'accompagnement des personnes handicapées et âgées à leurs besoins de compensation et à l'évolution de leurs projets de vie	<p>Disposer d'un système d'information fiable et actualisé de connaissance des déficiences et des besoins de prise en charge</p> <p>Permettre le maintien à domicile choisi des personnes handicapées et personnes âgées dépendantes, au travers de la mobilisation d'aide technique et humaine, de services, et de soutien aux aidants notamment lorsque la solidarité familiale ne peut être sollicitée</p> <p>Mettre en adéquation l'offre médico-sociale avec les besoins au plus près des territoires et en favorisant la qualité et l'innovation des prises en charge</p> <p>Promouvoir la formation et l'insertion professionnelle des personnes handicapées</p>
La fluidité des parcours	Favoriser la continuité des prises en charge et accompagnements par la coordination des acteurs autour des bénéficiaires	<p>Développer les coopérations entre l'offre de soins sanitaire, médico-social, l'accompagnement social et le milieu ordinaire</p> <p>Structurer les coopérations autour de l'enfance (périnatalité, Centre d'action médico-sociale précoce, Protection Maternelle et Infantile, Aide Sociale à l'Enfance, Education Nationale, les structures d'accueil)</p> <p>Consolider les filières de soins gériatriques et promouvoir des coordinations locales des aides/soutiens aux personnes âgées.</p>

PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

4

**SANTÉ MENTALE
y compris
LES ADDICTIONS ET LA
SANTÉ DES JEUNES**

Problématique

A La Réunion et de Mayotte, des inégalités de l'offre en santé mentale sont repérées et la situation de certaines populations (jeunes enfants, adolescents, détenus et personnes âgées) identifiée. Les enjeux pour les populations se situent dans l'accès à des dispositifs adaptés, la continuité des prises en charge et la transition entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

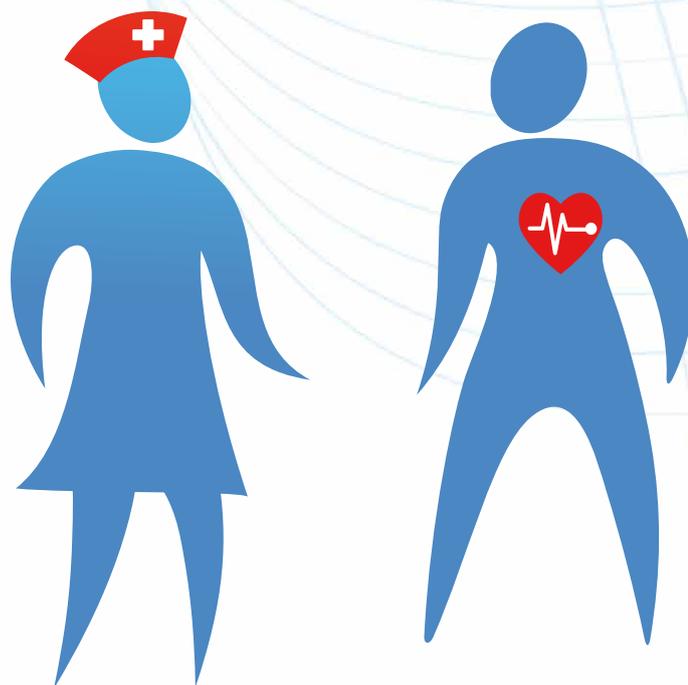
— Priorités et objectifs

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Promotion de la santé mentale et prévention des conduites à risques	Promouvoir la santé mentale	Promouvoir la bienveillance à domicile Promouvoir la bienveillance au travail
	Renforcer les mesures de prévention des conduites à risque	Agir sur les déterminants de santé Structurer et coordonner l'offre de prévention auprès du public jeune Améliorer la formation des acteurs de prévention
Prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ou de publics spécifiques	Améliorer la prise en charge des patients	Développer le repérage précoce des troubles psychiques Faciliter le recours aux soins psychiatriques Consolider le dispositif de soins psychiatriques à La Réunion Développer l'offre de soins en psychiatrie générale et créer une offre en pédo-psychiatrie à Mayotte Améliorer la prise en charge des malades difficiles Prendre en charge les morbidités somatiques associées et les problématiques liées aux conduites addictives
	Développer la réhabilitation psychosociale	Systématiser l'accès à une offre graduée de soins de réhabilitation psychosociale Renforcer la coopération avec les médecins traitants Développer l'alliance et l'éducation thérapeutiques

PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— Priorités et objectifs (suite)

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ou de publics spécifiques	Consolider l'offre de prise en charge des patients en difficultés avec les addictions	Développer l'offre de prise en charge résidentielle dans le secteur médico-social (communautés thérapeutiques, centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie avec hébergement, équipes mobiles intervenant dans les structures d'hébergement social) Renforcer l'articulation avec la psychiatrie Améliorer la prise en charge de la toxicomanie Développer l'offre de soins pour les addictions sans substance
	Faciliter le recours aux soins des publics spécifiques	Favoriser l'accès aux soins des enfants et des adolescents en difficultés aux structures dédiées Favoriser l'accès aux soins des victimes de violences Développer la prise en charge des auteurs de violences graves nécessitant des soins Améliorer la prise en charge de la santé mentale des détenus Développer la prise en charge des malades psychiatriques vieillissants



PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

5

**SANTÉ
ENVIRONNEMENT dont
risques sanitaires**

Problématique

La question des inégalités face à l'environnement est centrale dans ce domaine.

Il s'agit de disposer d'un réseau réactif et précis de recueil des données (surveillance de l'environnement, risques infectieux), d'observation de la santé, de protocoles de gestion des crises en vue d'orienter les actions. La prévention concerne l'observation et la surveillance.

La conduite des politiques publiques nécessitera un accompagnement des collectivités territoriales en particulier dans le domaine de la salubrité publique.

— Priorités et objectifs

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
L'espace de vie et l'environnement urbain	Prévenir et/ou réduire les facteurs de risques pour la santé dans l'espace de vie et dans l'environnement urbain y compris professionnel	<p>Réduire les poches d'insalubrité et lutter contre l'habitat indigne, touchant tout particulièrement les populations en situation de précarité</p> <p>Assurer une bonne gestion de la ressource en eau : garantir pour tous l'accès à l'eau potable et un traitement satisfaisant des eaux résiduaires</p> <p>Assurer une bonne gestion des déchets (ménagers, verts, industriels et liés aux activités de soins)</p> <p>Réduire la fréquence des accidents de la vie courante en particulier chez les enfants et les personnes âgées</p> <p>Réduire les risques d'exposition aux CMR (et les affections liées à la pollution de l'air, intérieur et extérieur)</p> <p>Assurer l'information-formation de la population et des élus aux risques environnementaux (impact sanitaire du volcanisme, pesticides, pollens allergisants, gestion des sols chargés en ETM)</p> <p>Renforcer la prévention et la protection des populations vis-à-vis du bruit.</p>

PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— Priorités et objectifs (suite)

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Les maladies infectieuses et les intoxications aiguës	Réduire l'incidence des maladies infectieuses d'origine environnementale et celles liées aux soins	<p>Elever auprès de la population le niveau de connaissance des maladies infectieuses d'origine environnementale et faire adhérer le plus grand nombre aux gestes de prévention et de lutte</p> <p>Prévenir les infections associées aux soins (réduction de la morbi-mortalité et des résistances bactériennes)</p> <p>Prévenir les risques d'introduction des arboviroses et du paludisme et réduire la transmission locale de ces maladies</p> <p>Diminuer l'incidence de la leptospirose, en particulier en milieu professionnel.</p>
La veille sanitaire et la réponse aux situations d'urgence	Préparer la réponse et gérer les situations d'urgence et de crise sanitaires en renforçant les dispositifs de surveillance et les plans	<p>Elaborer, adapter et tester des plans de réponse aux crises sanitaires</p> <p>Développer et renforcer les partenariats en matière de veille et de réponses aux urgences sanitaires pour étendre les réseaux de surveillance au niveau des deux îles, et avec les autres pays de la zone sud-ouest de l'Océan Indien</p>

PRIORITÉS DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

6

PERFORMANCE
du système de santé

Problématique

La recherche de l'efficience du système de santé est indissociable des autres domaines d'action. Il s'agit d'utiliser au mieux les ressources disponibles afin de répondre aux besoins et à la satisfaction des patients et des usagers.

— Priorités et objectifs

Priorités	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Performance (cohérence, pertinence, efficience, efficacité) du système de santé	Favoriser la cohérence des stratégies de l'ensemble des acteurs du système de santé	Favoriser la coordination des politiques publiques contribuant à la santé de la population Développer les coopérations entre acteurs de santé et favoriser l'émergence de communauté de travail sur les territoires Impliquer tous les acteurs du système de santé y compris les usagers dans l'amélioration du système de santé
	Optimiser la pertinence des prises en charge et l'efficacité des modes d'organisation	Favoriser les démarches privilégiant la continuité des parcours de santé des patients Décloisonner les modes de prises en charge ambulatoire, hospitalier et médico-social Développer la télémédecine dans l'Océan Indien Développer les bonnes pratiques des professionnels de santé pour garantir la qualité, la sécurité des soins et la pertinence des actes Mesurer la qualité du service rendu aux usagers par le système de santé
	Evaluer l'efficience des actions en santé	Généraliser les démarches d'évaluation des organisations en santé en terme de résultats et de ressources mobilisées Poursuivre le développement de la gestion du risque assurantiel Réaliser des études médico-économiques

SUIVI ET ÉVALUATION DU PROJET DE SANTÉ DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE

L'article R.1434-2 du Code de la Santé Publique stipule que les Plan Stratégique Régionaux de Santé doivent comporter un volet sur « l'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé ».

— Le suivi

Distinct de l'évaluation, le suivi est indispensable pour le pilotage des projets de santé publique. Le suivi consiste à apprécier périodiquement le degré de déploiement des actions ou activités et à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus dans le temps et dans l'espace ou par rapport à une norme. Il permet de faire des réajustements pour le pilotage des programmes.

Le suivi repose sur la mise en place d'une observation adéquate, de tableaux de bord alimentés par une collecte régulière et organisée de données. Les indicateurs constituant le tableau de bord devront être identifiés, de même que les sources d'informations qui permettront de les produire.

Les résultats du suivi feront l'objet d'une présentation annuelle aux conférences de santé et de l'autonomie de La Réunion et de Mayotte.

— L'évaluation

L'évaluation a pour objet de rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus d'une politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés. L'évaluation consiste à mesurer l'efficacité et la pertinence d'une politique, d'un programme ou d'un projet et à former un jugement sur leur valeur.

L'évaluation sera mise en œuvre dans le respect des principes fixés par la Charte de l'évaluation (Société Française de l'Évaluation. Juin 2006) : pluralité, distanciation, compétence, respect des personnes, transparence, opportunité et responsabilité.

Le champ de l'évaluation recouvrira le Projet de Santé dans toutes ses composantes.

Le calendrier de l'évaluation comportera deux évaluations :

- Une évaluation intermédiaire à mi-parcours (2013),
- Une évaluation finale (2015).

Le dispositif de l'évaluation, notamment l'instance d'évaluation, ainsi que la méthodologie, en particulier le choix du recours à une évaluation externe ou à une évaluation menée en interne, devra être précisé.

Dans tous les cas, il conviendra de privilégier la cohérence avec les dispositifs de pilotage national et notamment les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). L'évaluation du PRS pourra s'appuyer sur certains indicateurs nationaux retenus dans le CPOM.

L'organisation mise en place pour le suivi et l'évaluation explicitera le rôle des instances de l'ARS-OI, notamment les conférences de santé et d'autonomie de Mayotte et de La Réunion et les commissions de coordination des politiques publiques, dont les missions prévoient leur contribution à l'évaluation de la politique régionale de santé.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

1.

ETAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DE LA RÉUNION ET DE MAYOTTE

– Océan Indien –

Le Plan Stratégique de Santé (PSS) prévoit une évaluation des besoins de santé et de leur évolution, qui tient compte de la situation démographique, de l'état de santé et des risques sanitaires, des inégalités sociales et territoriales de santé, des déterminants de santé et des situations de handicap.

Le PSS distingue 5 domaines stratégiques, qui vont ainsi être déclinés : les risques sanitaires, le handicap et vieillissement, la périnatalité et petite enfance, la santé mentale et les maladies chroniques.

— Situation sociodémographique

Avec 825 000 habitants au 1er janvier 2010, La Réunion est le département d'outre-mer le plus peuplé. La croissance de la population y est 2 fois plus rapide qu'en France entière.

Mayotte est une collectivité d'outre-mer en passe de devenir le 101ème département français. En 2007 la population mahoraise était de 186 452 habitants. L'accroissement moyen annuel y est particulièrement élevé puisqu'il se traduit par un doublement de la population tous les 17 ans. Cette évolution tient à une pression migratoire importante, couplée à une forte natalité : avec 7000 naissances annuelles, la maternité de Mamoudzou constitue la plus grosse maternité de France.

La Réunion et Mayotte ont une population très jeune, quoique plus vieillissante pour La Réunion (Tableau 1).

A Mayotte, 54 % de la population a moins de 20 ans, contre 37 % à La Réunion et 25 % en France entière.

L'INSEE prévoit qu'à l'horizon 2030, La Réunion avoisine le million d'habitants et Mayotte 300 000 personnes.

A La Réunion, le taux de chômage au sens du BIT est 3 fois plus important que celui de la métropole¹.

Au 1er janvier 2008, un tiers de la population réunionnaise (268 771) bénéficiait d'au moins un minimum social². Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire étaient au nombre de 271 601 en 2009 (318 600 en 2005) ce qui représente près de 40 % de la population.

Pour sa part, Mayotte a une population particulièrement pauvre : 1 habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois, le revenu moyen annuel est de 4 480 € pour les Français de Mayotte et de 2 280 € pour les étrangers vivant à Mayotte. Les revenus des personnes les plus riches sont 10 fois supérieurs à ceux des plus pauvres³. En 2001 à La Réunion, le rapport est de 4,3 et en métropole de 3,4. Les logements sont souvent insalubres, et éloignés des centres d'activité et des centres de soins ; 22 % n'ont ni eau ni électricité. En moyenne, on compte 4,3 personnes par logement à Mayotte, contre 3 à La Réunion.

Le PIB par habitant représente 2/3 du PIB moyen national à La Réunion, 1/5 à Mayotte.

Tableau 1 : Données démographiques 2007

	Réunion	Mayotte	France entière
Croissance de la population	1,5%	3,1%	0,7%
Densité (habitants/km ²)	325	511	100%
Moins de 20 ans	37%	54%	25%
Moins de 30 ans	49%	70%	30%
Plus de 60 ans	11%	3,7%	21%

Source INSEE

1. Fin août 2010, 110 140 réunionnais sont inscrits à Pôle emploi en catégorie A (en recherche active d'emploi, disponibles et sans aucune activité), soit une hausse de 0,5 % sur un mois et de 14,7 % sur un an.

2. 9 minima sociaux versés dans les DOM.

3. Source INSEE, enquête budget de famille 2005. Mayotte : les personnes les plus démunies celles qui ont un niveau de vie de 838 euros par an au plus (premier décile, 10% de la population) et les personnes les plus riches celles qui ont un niveau de vie de 8 142 euros ou plus (dernier décile, 10% les plus riches).

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

• Analyse de la mortalité.

En 2007, le taux brut de mortalité de la population à La Réunion est de 5,01 ‰, supérieur à celui de Mayotte (3,15 ‰) mais inférieur à celui de la métropole (8,4 ‰), ce qui s'explique essentiellement par la jeunesse des populations, la mortalité restant faible jusqu'à 30 ans.

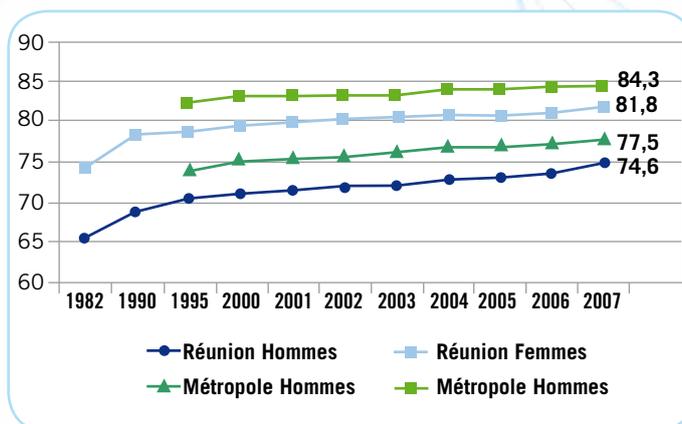
Pour éliminer les effets de la structure d'âge, il est préférable de calculer des indices comparatifs de mortalité. L'indice comparatif de mortalité (ICM) consiste à faire le rapport entre le nombre de décès observés sur le nombre de décès « attendus » si La Réunion ou Mayotte avaient la même mortalité que la métropole, c'est-à-dire en appliquant les taux de mortalité par âge de la métropole⁴.

Tableau 2 : Indices comparatifs de mortalité

	Métropole	La Réunion		Mayotte	
		ICM	Intervalle de confiance	ICM	Intervalle de confiance
Hommes	100	124,5%	119,4-129,7	140,3%	124,4-156,2
Femmes	100	123,9%	118,1-129,7	243,5%	215,1-271,9
Total	100	123,6%	119,8-127,4	183,5%	168,6-198,3

Sources : INSERM CepiDC, INSEE, Recensements de la population, exploitation ARS-OI

Graphique 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe- Réunion-Métropole



Sources : INSEE

4. Les ICM des hommes et des femmes ne sont pas comparables entre eux. L'intervalle de confiance présente l'étendue des valeurs dans lesquelles se trouve la valeur réelle avec un risque d'erreur de 5 %. Un ICM supérieur à 100 signifie qu'il existe un excédent de mortalité dans la population étudiée par rapport à la mortalité de référence.

5. Tableau Economique de Mayotte (TEM)

On peut dire avec une probabilité de 95 % que la mortalité globale est plus forte dans les départements de la zone Océan-Indien qu'en métropole. Le risque de mourir est plus élevé de 24 % à La Réunion et de 84 % à Mayotte. La mortalité féminine particulièrement forte à Mayotte : le risque de mourir pour une femme est deux fois et demi plus élevé qu'en métropole.

Ainsi, l'espérance de vie (indépendante des effets de structures d'âges), est de 77 ans à La Réunion, de 74 ans à Mayotte, et de 81 ans en métropole.

Les progrès accomplis dans la mortalité se lisent dans l'augmentation continue de l'espérance de vie à La Réunion, bien que l'écart avec la métropole reste à peu près constant (graphique 1).

Les progrès sont globalement plus favorables aux hommes. En effet, depuis 1990, l'espérance de vie des hommes a progressé de 3,6 ans contre 1,8 an pour les femmes. L'écart entre les femmes et les hommes se restreint ainsi sensiblement : il est de moins de 8 ans en 2006 contre 9 ans ½ en 1990.

A Mayotte, la qualité des données de l'Etat civil ne permet pas d'appréhender précisément l'écart entre l'espérance de vie des femmes et celle des hommes. Mais, selon l'INSEE, l'espérance de vie augmente progressivement pour les hommes, et stagne pour les femmes. En 2006, l'INSEE⁵ estimait que les Mahorais vivaient en moyenne autant que leurs homologues réunionnais (environ 73 ans), du fait de pratiques à risque (alcool, tabagisme, conduite à risque) moins prégnantes à Mayotte. Les Mahoraises auraient quant à elles une espérance de vie sensiblement inférieure à celle des Réunionnaises (76 versus 81 ans).

Le taux de mortalité prématurée est un indicateur classique, présent dans de nombreuses analyses, qui témoigne de la mortalité survenue avant un âge donné, habituellement 65 ans. Cet indicateur peut être présenté sous forme standardisée, on parle alors de taux standardisé ou comparatif de mortalité prématurée.

Si en 2007, en métropole, la part des décès prématurés s'élève à 20,7 %, à La Réunion, le nombre de décès prématurés est de 1532, soit 38,2 % de l'ensemble des dé-

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

cès. A Mayotte, en 2008-2009, la mortalité prématurée est beaucoup plus importante puisqu'elle représente 58,2 % des décès. Cet écart en défaveur de Mayotte s'explique d'une part, par la jeunesse de la population sur l'île (la part des décès avant 65 ans est par conséquent plus grande) et d'autre part, par une mortalité avant un an importante : le taux brut de mortalité infantile⁶ est de 13,5 ‰ à Mayotte contre 6,1 ‰ à La Réunion et 3,6 ‰ en métropole⁷.

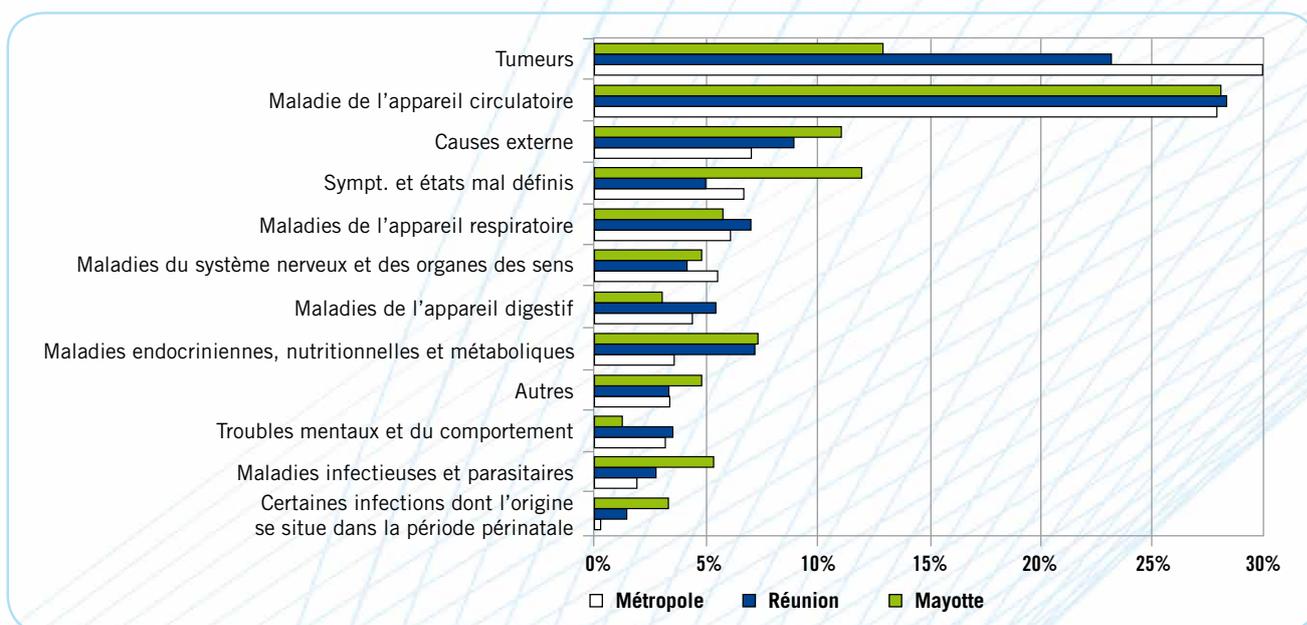
Afin d'éliminer ces effets de structures d'âge, on calcule donc des taux comparatifs de mortalité prématurée.

Tableau 3 : Evolution du taux comparatif* de mortalité prématurée à La Réunion et en métropole (pour 100 000 habitants)

Année	Métropole		Réunion		Mayotte	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1990	419	168	597	235		
2000	333	143	506	199		
2005	295	130	422	180		
2007	283	127	365	156	315	323

Source : Cepidc INSERM, INSEE Estimations de population, Exploitation ARS-OI
* Taux de mortalité par sexe standardisé sur la population de la France entière, RP 2006, deux sexes.

Graphique 2 : Répartition des causes de décès



Source : Cepidc INSERM

Ceux-ci ont nettement diminué, particulièrement chez les hommes (-39 % entre 1990 et 2007 pour les hommes à La Réunion et -32 % en métropole contre respectivement -34 % et -24 % pour les femmes). L'écart métropole/Réunion tend à se réduire. Même si la diminution des décès prématurés est plus favorable chez les hommes, le taux masculin reste nettement plus élevé, soit plus de deux fois supérieur à celui observé chez les femmes (taux comparatif de mortalité avant 65 ans de 365 décès pour 100 000 contre 156 pour les femmes). Le différentiel homme/femme est en revanche en défaveur des femmes à Mayotte.

L'analyse des causes de décès permet d'approfondir la connaissance de la mortalité. En 2008 et 2009 le CépiDc (INSERM) a procédé au codage des bulletins de causes de décès de Mayotte, ceux-ci n'ont pas pu être confrontés aux données de l'INSEE, faute de données fiables d'Etat Civil, et sont certainement sous estimés. Pour La Réunion et la métropole on dispose des données 2007.

Alors que les cancers sont la première cause de mortalité en métropole, les maladies de l'appareil circulatoire restent la cause de décès la plus fréquente à La Réunion et à Mayotte (graphique 2).

6. Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.
7. Source : INSEE, Bilan démographique

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Les causes de décès sont très liées à la structure d'âge, ainsi chez les enfants de moins de 1 an, les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, représentent plus de 60 % des causes de décès (28 % pour Mayotte), devant les anomalies congénitales (17 % contre 16 % à Mayotte). Arrivent en troisième position à Mayotte les symptômes et états morbides mal définis (12 %). Chez les moins de 15 ans, les causes principales de décès sont les causes externes de blessure et d'empoisonnement.

Entre 15-44 ans, chez les hommes, 42 % des décès sont dus à une cause externe (37 % à Mayotte), alors que chez les femmes, pour la même tranche d'âge, ce sont les tumeurs qui arrivent en première position (26 % à La Réunion et 20 % à Mayotte).

De 45 à 74 ans, les 2 causes principales de décès sont les tumeurs puis les maladies de l'appareil circulatoire (inversement pour Mayotte). A partir de 75 ans, à La Réunion, les maladies de l'appareil circulatoire arrivent devant les tumeurs et à Mayotte, les maladies cardiovasculaires sont toujours la première cause de décès suivi des symptômes et états morbides mal définis.

Seule l'analyse des taux comparatif permet des comparaisons fines et sans effet lié à l'âge.

Les taux comparatifs de mortalité par cause, (tableau 4) révèlent en 2007 par rapport à la métropole une surmortalité générale réunionnaise de +15 %, pour les hommes et de +22 % pour les femmes. Cette surmortalité a nettement baissé, elle était respectivement de +52 % et de +40 % en 2000. La plus grande surmortalité est celle du diabète sucré pour les femmes (4 fois plus), et des conséquences de l'abus d'alcool pour les hommes (3 fois plus). Notons qu'en ce qui concerne les cirrhoses alcooliques, la surmortalité féminine est plus élevée : 1,9 fois plus, +22 % pour les hommes. La surmortalité par asthme est également importante (près de 4 fois plus pour les 2 sexes).

Même si l'écart entre hommes et femmes tend à se réduire depuis plusieurs années, la situation des femmes reste toujours plus favorable. Cette réduction est due principalement à la diminution de la mortalité par maladies cardiovasculaires, à la baisse des décès liés au tabac et aux morts violentes chez les hommes, tandis que les femmes voient leur risque de mortalité liée au tabac s'aggraver.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Tableau 4 : Taux comparatifs* de mortalité par cause principale de décès à La Réunion, Mayotte et en métropole (pour 100000 habitants)

	Métropole		Réunion		Mayotte	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses et parasitaires	20,5	11,8	34,6	22,4	41,0	45,6
Tumeurs	353,7	170,7	287,2	154,1	217,3	121,4
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	4,3	2,7	1,1	3,7	0,3	14,5
Maladies endoc., nutri. et métaboliques	33,7	25,3	75,6	74,5	109,1	159,5
<i>Diabète sucré</i>	12,8	14,3	7,7	60,2	37,1	102,8
Troubles mentaux et du comportement	29,6	22,0	46,2	14,6	17,3	12,7
<i>Abus d'alcool</i>	7,8	1,8	23,9	3,3	5,6	0,0
Maladie du système nerveux et des organes des sens	47,6	40,4	50,3	34,4	40,3	21,2
Maladies de l'appareil circulatoire	289,9	178,0	374,8	252,0	566,9	560,7
Maladies de l'appareil respiratoire	74,3	34,9	123,3	52,4	66,5	59,0
<i>Asthme</i>	1,4	1,7	5,1	6,0	22,2	12,0
Maladies de l'appareil digestif	27,5	19,0	37,3	19,6	41,2	25,3
<i>Maladies chroniques du foie</i>	18,5	6,7	22,6	12,3	8,6	2,1
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2,3	2,6	2,2	2,9	0,0	10,8
Maladies du système ostéo-articulaire	4,8	5,5	4,7	3,6	7,3	2,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	18,2	10,4	18,4	12,5	9,4	10,8
Complications de grossesse, accouchement	-	0,2	-	0,8	-	3,0
Certaines infections périnatales	2,5	1,9	4,9	5,7	2,3	5,3
Malformations congén. Et anom. Chromosomiques	2,9	1,2	2,5	3,4	5,4	2,8
Symptômes et états morbides mal définis	64,9	43,9	61,2	47,2	191,8	245,0
Causes externes	82,3	37,4	86,7	36,0	102,9	56,2
<i>Accidents de transport</i>	11,8	3,4	16,2	3,4	13,0	5,7
<i>Suicides</i>	25,9	8,2	22,5	4,7	12,7	1,0
Total	1079	617	1238	756	1427	1359

Sources : INSERM-CépiDc, INSEE (estimations de population) – Exploitation ARS-OI
 (*) Taux de mortalité par cause de décès standardisé sur la population France entière, RP 2006, deux sexes.

A Mayotte, l'analyse des taux comparatifs indique une surmortalité importante par rapport à la métropole, en ce qui concerne les maladies infectieuses (2 fois plus pour les hommes, 4 fois plus pour les femmes), le diabète (3 et 7 fois plus), les maladies de l'appareil circulatoire (2 et 3 fois plus), les complications de la grossesse et accouchements (1,5 fois plus pour les femmes). **Mais les petits effectifs concernés demandent la plus grande prudence dans les interprétations.**

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considé-

rées comme «**évitables**», c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans. Nous considérons ci après uniquement les causes liées aux comportements individuels⁸.

La part de décès « évitables » s'élève à 28 % de la mortalité prématurée à La Réunion contre 11 % à Mayotte. Plus précisément, cette part est de 33 % chez les hommes et de 18 % seulement chez les femmes à La Réunion (données 2007). Ces

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

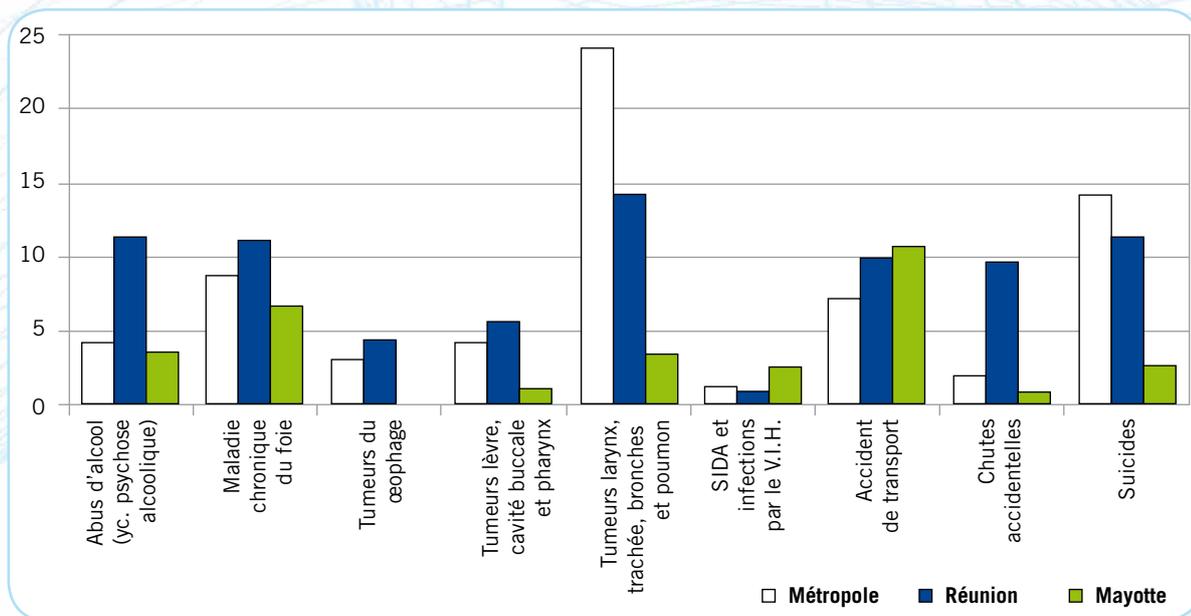
taux sont moins élevés que ceux observés en métropole la même année (respectivement 37 % et 24 %) mais beaucoup plus que ceux de Mayotte (respectivement 14 % et 8 %).

La mortalité prématurée est donc largement plus élevée chez les hommes (80 % des décès évitables concernent les hommes à La Réunion et 66 % à Mayotte contre 77 % en métropole).

Le calcul de **taux comparatifs, à âge égal, de mortalité évitable**, permet de comparer La Réunion, Mayotte et la métropole, en éliminant les effets des structures d'âge différentes des 3 populations (graphique 3).

Il apparaît un risque de mortalité évitable important pour les hommes réunionnais, expliquant leur faible différence d'espérance de vie avec leurs homologues mahorais, lié à la consommation d'alcool, de tabac et une part plus importante de suicides. A Mayotte, les accidents de transport sont, parmi les décès évitables, les plus fréquents. Les femmes Mahoraises manifestent un risque de mortalité évitable lié au sida-Vih, mais qui mérite d'être validé en raison de la faiblesse actuelle des effectifs ; il faut néanmoins souligner que le dépistage est systématique pour les femmes enceintes de Mayotte et donc la prévalence de la maladie élevée.

Graphique 3 : Taux comparatifs de mortalité évitable Réunion Mayotte Métropole



Sources : INSERM, CépiDc, INSEE, RP2007, Estimation ARS-OI

*Taux provisoires car calculés avec la population au 1er janvier 2007.

Ainsi, malgré une amélioration récente, en particulier pour les hommes (diminution des maladies cardiovasculaires, des décès liés au tabac et mort violentes), La Réunion accuse toujours un certain retard par rapport à la métropole en matière de mortalité. L'abus d'alcool pour les hommes, et le diabète pour les femmes restent aujourd'hui encore les principales causes de surmortalité.

La part des décès évitables est plus importante à La Réunion qu'à Mayotte ou qu'en

métropole. Les comportements à risque les plus remarquables sont l'alcool et les chutes accidentelles à La Réunion, les accidents de transport à Mayotte alors qu'il s'agit du tabac en métropole.

8. Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses. Les causes de décès « évitables » retenues sont les cancers des voies aéro-digestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les causes directement liées à l'alcool (psychoses alcooliques, les cirrhoses), les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida. Liste INSERM Cépidc.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— Les inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités sociales commencent dès la naissance avec un enfant né prématuré et/ou de « petit poids ». Or, d'après l'enquête périnatale 2003⁹, 12 % des enfants nés à La Réunion cette année là sont nés prématurés, soit près du double de la moyenne métropolitaine. A Mayotte, une 1ère estimation de l'enquête périnatale de 2009¹⁰ indique 14,7 % de prématurés (<37 SA) et 20,1 % d'enfants de moins de 2500 g à la naissance contre 12,2 % à La Réunion en 2003.

• La Réunion

On a pu mettre en évidence le lien entre l'origine sociale de la mère et un certain nombre de critères touchant la prévention et la santé dans certaines enquêtes malheureusement trop rares. Dans l'enquête sur le recours à l'IVG 2007¹¹ on relève que les femmes au foyer sont plus « à risque » de recourir à l'IVG (1,9 fois), alors que les actives ayant un emploi sont sous représentées (0,81). Le risque est multiplié par 3,6 pour les femmes de catégorie socioprofessionnelle « ouvriers ».

Par ailleurs, une femme sur deux (53 %) pratiquant une IVG à La Réunion vit dans un ménage percevant moins de 1 200€ net. 7 femmes sur 10 (70 %) en France entière bénéficie d'un revenu mensuel d'au moins 2 400€.

Certaines femmes pratiquent ce qu'on nomme des IVG « itératives »¹² : ceci concerne une IVG sur cinq (19,8 % versus 15,5 % en France). Les femmes recourant de façon répétée à l'IVG semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières. Elles vivent plus souvent seules que l'ensemble des femmes, surtout les plus jeunes (Risque 5 fois supérieur avant 20 ans, et 2 fois entre 20 et 24 ans). Elles sont également beaucoup nombreuses à se déclarer au chômage que l'ensemble des femmes à La Réunion pour chaque groupe d'âge.

Les données de l'enquête scolaire diligentée par la DREES sur les CM2 mettent également en évidence le lien entre catégories sociales et recours aux soins¹³ : 18 % des

enfants scolarisés en CM2 ont au moins une dent mal soignée et 8 % en ont au moins deux. Or, les enfants de cadre ou ceux dont le père exerce une profession intermédiaire ont les pourcentages de dents mal soignées les plus faibles : 92 % d'enfants de cadres n'ont aucune dent cariée contre 77 % d'enfants d'employés et d'ouvriers. De même, on trouve plus d'enfants obèses chez les enfants d'ouvriers : 14,6 % sont obèses contre 6,3 % enfants de cadres ; en France entière, 6,1 % d'enfants d'ouvriers contre 0,6 % d'enfants de cadres sont obèses.

Par ailleurs, les problèmes de santé des Sans Domicile Fixe¹⁴ sont essentiellement liés à leur situation d'exclusion sociale. Bien que davantage sujettes aux maladies chroniques et infections, les personnes vivant dans la rue ont des difficultés à formuler une demande de soins explicite. La santé n'est « souvent pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver » comme l'a souligné un rapport de Médecins du Monde. Dans ce contexte, elles font appel au système de soins plus tardivement que la population générale. Ce retard entraîne des pathologies aggravées et des polyopathologies. La plupart ont un médecin traitant bien identifié. Mais elles répugnent à franchir la porte des cabinets médicaux, pour ne pas avoir à subir le regard des autres. Leur premier contact avec le système de soins se fait généralement aux urgences, dans un état souvent sévère. Selon Médecins du monde, trois types de pathologies sont majoritairement rencontrées chez ce public : dermatologiques, psychiatriques et ostéo-articulaires. Au second plan arrivent des pathologies dites de médecine générale : plaies et affections saisonnières pour la plupart.

Les problèmes de santé les plus importants sont bien ceux liés à la psychiatrie et à l'alcoolisme.

9. Source : « L'enquête nationale périnatale 2003 à La Réunion : évolution et comparaison avec la métropole », DRASS Réunion, 2005.

10. 204 questionnaires saisis au 31 Août 2010

11. Enquête sur le recours à l'IVG à La Réunion-DRASS-DREES Enquête nationale 2007. Infos Réunion Etudes et Statistiques, n°15, Novembre 2009, COABS, ARS-OI

12. La femme a eu 3 ou plus de 3 IVG, ou elle a eu une 2ème IVG à moins de 3 ans d'intervalle.

13. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 à La Réunion, Infostat, DRASS

14. Etude ORS 2010

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

On note par ailleurs à La Réunion des contrastes infrarégionaux importants¹⁵ :

Ainsi, ce sont les communes les plus isolées, La Plaine des Palmistes, Salazie, St Joseph, St Philippe ou Cilaos qui sont le plus exposées à des décès d'enfants de moins de 1 an. Ce sont justement ces communes qui sont le plus isolées géographiquement, qui ont conservé des comportements traditionnels et une natalité élevée et où le développement de l'offre de soins peut poser problème. Ces communes sont fortement touchées par un processus de précarisation avec un taux de chômeurs et de Rmistés élevés.

Les variations communales des espérances de vie varient de 71,5 ans à Cilaos à 77,6 ans à Petite Ile. Les différences entre les communes sont plus marquées pour le sexe masculin, les hommes de Cilaos affichant près de 8 ans de moins que ceux de Petite Ile. Pour les femmes le record de longévité est détenu par l'Entre deux, 83 ans, soit 5,5 ans de plus que les femmes de Cilaos.

La diversité entre les communes de l'île semble essentiellement tenir à la surmortalité masculine. Les 2 cirques, Cilaos et Salazie sont particulièrement marqués par cette importante mortalité masculine, associée à la surconsommation d'alcool, aux maladies multimétaboliques liées à une mauvaise hygiène de vie et alimentation. Par ailleurs, le relatif isolement de ces zones défavorisées, leur enclavement va de pair avec un moindre recours aux soins et de moins bonnes conditions socioéconomiques.

En revanche, il est remarquable de constater que les communes de l'Entre Deux, Etang Salé, Petite Ile ou les Avirons, ont une espérance de vie élevée. Elles sont peu touchées par les maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives. Il s'agit de communes plus traditionnelles où l'offre de soins est satisfaisante, où la population est à l'écart des stress de la surconsommation. L'Entre Deux ou les Avirons bénéficient également de conditions socioéconomiques favorables. Dans sa globalité, l'Est et les cirques sont très touchés par une forte proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire à faibles revenus. L'Etang-Salé et l'Entre Deux apparaissent épargnées, tout comme Petite-île ou La Plaine des Pal-

mistes. Le lien est fort également avec le retard scolaire et l'éducation.

Le lien explicatif le plus fort des inégalités de santé est donc bien celui des inégalités socioéconomiques.

• *Mayotte*

Des risques importants d'accidents domestiques existent qui font que les brûlures en particulier chez les jeunes enfants sont un problème de santé publique à Mayotte, la moitié des enfants admis au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) au service des brûlés étant en situation irrégulière.

La survenue de ces accidents est favorisée par des conditions d'habitat précaires et les habitudes concernant la préparation des repas (réchaud à pétrole à même le sol). Par ailleurs, il est noté un manque de surveillance des enfants par les parents, notamment pendant les périodes des mariages et le mois de Ramadan, périodes auxquelles on note une augmentation des cas accueillis en réanimation.

Il n'existe pas actuellement de système organisé de recueil de données épidémiologiques concernant le traitement des brûlés. Soignés en réanimation pour les cas les plus graves, les patients brûlés pris en charge sont surtout des enfants et des nourrissons, victimes d'accidents domestiques. Outre le jeune âge, la prise en charge de ces patients doit également tenir compte de plusieurs particularités : prise en charge médicale tardive après application de remèdes plus ou moins adaptés, conditions d'hygiène délicates s'opposant à un maintien au domicile, éloignement entre le domicile et le centre hospitalier rendant le suivi en externe aléatoire et difficile.

En 2007 et 2008, le CHM a enregistré environ 1 000 passages au bloc brûlé. Enfin, les personnes évacuées sanitaires en provenance des Comores sont le plus souvent dans un état critique.

15. Une analyse de la mortalité par commune se heurte à la faiblesse des effectifs concernés. Cette analyse a néanmoins été tentée en regroupant les données sur 10 ans (Ined IRD, 2007, Barbiéri, Catteau)

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

1^{ER} DOMAINE DU PLAN STRATÉGIQUE : LES RISQUES SANITAIRES

— Le risque biologique lié à l'environnement

La Réunion est une des régions françaises les plus exposées aux risques naturels en raison de ses conditions climatiques extrêmes (cyclones, fortes pluies), de son contexte géodynamique (volcanisme actif, sismicité modérée) et de sa morphologie héritée de son histoire géologique récente (mouvements de terrain, érosion)¹⁶.

Le monoxyde de carbone, qui est l'une des principales causes d'intoxication accidentelle en milieu domestique en France : ce gaz incolore, inodore et mortel, se diffuse très rapidement dans l'atmosphère, plus particulièrement en cas d'habitat vétuste, défaut d'entretien des appareils, mais surtout en cas de froid, brouillard et par les mauvaises conditions d'aération-ventilation des logements.

La problématique du monoxyde de carbone est moindre à La Réunion, où on recense très peu de cas (1 à 2 cas certaines années), même si un risque potentiel existe lié aux chauffe-eaux non raccordés à un conduit d'évacuation des gaz ; il existe en outre une petite proportion d'habitations, situées dans les hauts de l'île, qui ont recours, temporairement en hiver austral, à des appareils de chauffage d'appoint.

Les ressources en eau peuvent être dégradées, de façon diffuse ou ponctuelle, par des polluants issus des activités humaines. Au cours des dix dernières années, il a été constaté une augmentation des teneurs en nitrates sur certaines ressources en eaux souterraines, 38% des captages présentant désormais une émergence supérieure au bruit de fond géochimique ; de même, l'apparition de teneurs récurrentes en pesticides sur une quinzaine de captages (8 à 10%), bien que conforme aux normes, constitue un signal préoccupant. La qualité des ressources en eau superficielle se dégrade de façon intermittente mais chronique lors des pluies, par lessivage des sols et entraînement de matières terrigènes en suspension sur lesquelles peuvent être adsorbés des germes ainsi que des résidus d'engrais ou de pesticides.

Au cours de l'année 2003, 23 % de la population réunionnaise ont été alimentés par de l'eau du réseau public ayant été non

conforme pour les paramètres microbiologiques. Ce pourcentage reste très supérieur à la moyenne nationale (5.6% en 2003). En 2006, la situation de La Réunion semble s'être améliorée avec un pourcentage de la population desservie par une eau non conforme aux paramètres microbiologiques comprise entre 10 % et 20 %, ce qui reste néanmoins élevé.

La Réunion présente un retard significatif en matière d'infrastructures d'adduction d'eau de consommation humaine. Les besoins sont considérables : 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'eaux usées) ou aux dégradations indirectes (entraînements terrigènes liés aux pluies).

Cependant, on observe depuis 2002 une tendance à l'amélioration de la qualité de l'eau de la distribution publique.

A Mayotte plus encore les risques liés à l'environnement restent un problème majeur. En effet, dans cette île l'arrivée de produits de consommation « modernes » (cannettes, emballages...), le maintien d'un comportement individuel de non élimination de ces déchets non biodégradables, et l'absence d'une politique de gestion efficace fragilisent l'environnement. Le défaut d'assainissement et d'entretien du réseau pluvial dans les communes fait que les déchets jetés dans les caniveaux entravent la bonne circulation des eaux pluviales et forment des barrages assimilables à des gîtes larvaires¹⁷. Enfin, il convient de signaler que 25 % des ménages de Mayotte n'ont pas accès à un point d'eau individuel dans la maison ou dans la cour. Ces populations n'ont d'autres choix que de disposer à l'extérieur des récipients pour collecter l'eau de pluie, et créent ainsi de très nombreux gîtes larvaires. Ces réserves volontaires d'eau peuvent constituer jusqu'à 45 % des gîtes larvaires positifs en saison.

16. Pour faire face aux risques naturels qui sont la cause de dégâts importants et mettent en péril des vies humaines, la loi "Barnier" du 2 février 1995 a institué la mise en place d'un document unique dont l'élaboration et la mise en œuvre sont du ressort de l'État : le Plan de prévention des risques (PPR) naturels prévisibles.

17. Etat des lieux de la lutte antivectorielle à Mayotte et propositions de réduction des risques et impacts de la lutte chimique au profit d'une action intégrée contre les vecteurs, Rachel Mussard, ENSP septembre 2007

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

A Mayotte donc, les risques infectieux sont latents (maladies vectorielles, leptospirose, maladies entériques et parasitoses intestinales) car favorisés par les conditions climatiques mais aussi par le retard d'équipement en infrastructures, notamment en matière de traitement des eaux (potabilisation des eaux de consommation, collecte et épuration des eaux résiduaires) et par la proportion résiduelle d'habitat insalubre.

— Les maladies vectorielles

La Réunion comme Mayotte ont dans leur environnement les vecteurs animaux de maladies tropicales (moustiques en particulier) et sont des zones endémiques pour les maladies vectorielles transmises par les moustiques dont les arboviroses (chikungunya, dengue) et le paludisme. Les mouvements de populations entre Mayotte et les pays voisins, sont également des facteurs déterminants dans la prise en compte des risques de développement des maladies épidémiques.

• La Réunion

La Réunion a longtemps été une zone de transmission du paludisme, première cause de mortalité (2 000 morts par an) au début des années 1950 ; depuis l'éradication du parasite sur l'île, qui date de 1979, La Réunion se trouve en situation d'anophélisme sans paludisme ; 150 à 180 cas importés sont recensés par an (90% des contaminations provenant des Comores et de Madagascar). Il existe potentiellement un risque de réintroduction du parasite et de transmission pendant la saison des pluies, lorsque le vecteur (moustique *Anopheles arabiensis*) prolifère. Des cas sporadiques de paludisme autochtone ont été recensés en 1991, 2001 (1 cas mortel) et 2005.

Par ailleurs, La Réunion n'avait pas connu d'épidémie de dengue depuis celle de 1977-1978 (170.000 cas). En 2004, 250 cas suspects et confirmés ont été déclarés, essentiellement dans l'Ouest de l'île. Le vecteur identifié est *Aedes albopictus*, moustique urbain, qui prolifère essentiellement dans des gîtes anthropiques. Une des souches virales identifiées était identique à celle provenant des Seychelles, atteintes

deux mois auparavant par une épidémie de dengue.

En 2005 et 2006, l'île de La Réunion a été frappée par une crise sanitaire sans précédent, l'épidémie de Chikungunya s'est répandue rapidement, surprenant les autorités sanitaires locales et nationales. Les premiers diagnostics positifs chez des patients réunionnais datent du mois de mars 2005. L'épidémie a ensuite progressé irrégulièrement avec une forte accélération en début d'année 2006. L'épidémie atteint sa phase explosive durant l'été austral c'est-à-dire entre décembre 2005 et janvier 2006. Le premier trimestre 2006 est celui qui a connu le plus grand nombre de cas avec 221 000 cas estimés par la cire Réunion Mayotte [PEH Chik du 11 mai 2006]. Au 25 septembre 2006, la CIRE-RM estime à 266 000 le nombre de personnes ayant présenté des symptômes de l'infection à Chikungunya depuis le début de l'épidémie.

L'enquête transversale pilotée par le CIC-EC de La Réunion, s'est déroulée sur deux mois, du 17 août au 20 octobre 2006 en population générale à l'île de La Réunion, sur un échantillon représentatif de 2442 personnes.

Cette enquête indique un taux de séroprévalence de 38,2 %. (IC 95 % : 35,9-40,5), ce qui correspond environ à 300 000 personnes. L'un des intérêts de l'étude a été de comparer la sérologie avec les déclarations du Chikungunya. Ainsi, 35,9 % de la population déclarent avoir le Chikungunya, 56,8 % déclarent ne pas l'avoir et 7,3 % ne sait pas. Parmi ces derniers, les trois quarts ne sont pas immunisés. Les « asymptomatiques » représentent 5,0 % des cas, sérologie positive alors que la déclaration est « non ». Les « faux positifs » représentent 4,5 % des cas, sérologie négative alors que la déclaration est « oui ». Le pic épidémique est fortement marqué entre février et mars 2006.

15. Une analyse de la mortalité par commune se heurte à la faiblesse des effectifs concernés. Cette analyse a néanmoins été tentée en regroupant les données sur 10 ans (Ined IRD, 2007, Barbiéri, Catteau)

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

L'analyse bivariée révèle que l'infection à Chikungunya est liée, voire fortement liée à divers facteurs :

- l'âge : la séroprévalence augmente avec l'âge passant de 26,6 % pour les moins de 10 ans et atteignant plus de 45 % chez les 80 ans et plus. Soulignons toutefois que la séroprévalence des 10-19 ans est de 42 %.
- le lieu de naissance ; les personnes nées à La Réunion ont des prévalences atteignant les 39,9 % contre 23 % pour les personnes nées en France métropolitaine ou ailleurs (hors zone Océan Indien).
- une bonne maîtrise de la lecture, le fait d'avoir une activité professionnelle ou de suivre des études réduit également considérablement l'infection au Chikungunya.

Tous les facteurs se rapportant à l'habitat, le bassin (nord, ouest, est, sud), la situation (urbain, rural, rurbain et dans les écarts), l'altitude (frange littorale, mi-pentes et hauts), le type d'habitat (individuelle et collectif), le type de construction (maison en dur,... bois sous tôle, habitat de fortune) sont fortement liés à l'infection.

On observe une certaine recrudescence de la syphilis à La Réunion¹⁸. Si cette pathologie a concerné dans un 1er temps des populations spécifiques : des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des sujets infectés par le VIH, des personnes marginalisées, ou des sujets incarcérés, il est maintenant observé une augmentation de l'incidence de la maladie chez les jeunes, quel que soit leur sexe, hétérosexuels et séronégatifs pour le VIH. L'apparition depuis 2008 de plusieurs cas de syphilis congénitale, entraîne une certaine inquiétude sur le dépistage et la prise en charge de la maladie chez les femmes enceintes.

L'épidémie de grippe A en 2009 n'a pas suscité de surmorbidity particulière, malgré un réseau de surveillance actif (médecins sentinelles et passages aux urgences via le système Oscour).

• **Mayotte**

Le paludisme a connu une baisse allant de 2 000 cas recensés en 2002 à 411 en

2008. La présence de cette maladie parasitaire à transmission vectorielle nécessite la mise en œuvre de mesures de lutte spécifiques et permanentes.

En 2006, le Chikungunya touchait 38 % de la population. Par la suite, le Plan COMBI Arboviroses mis en œuvre par la DASS a mobilisé la population à adopter des gestes simples de prévention, en vue d'éviter la création de gîtes larvaires.

En 2007, apparaissent les premiers cas humains de Fièvre de la Vallée du Rift. Deux autres cas ont été détectés en 2009. C'est le transport clandestin d'animaux (zébus, cabris) en provenance des Comores qui est le risque majeur d'importation de cette maladie animale transmissible à l'homme. La circulation du virus ayant été détectée dans le cheptel mahorais, celui-ci est sous surveillance depuis 2007 par la DSV.

Après un renforcement de la surveillance fin 2008, le nombre de diagnostics de leptospirose au laboratoire du CHM a fortement augmenté, passant de 23 cas en 2007 à 83 cas en 2009. Cette tendance ne se poursuit pas en 2010: malgré une augmentation importante du nombre d'analyses, le nombre de cas diagnostiqués est plus faible (50 versus 72 cas). Globalement, l'incidence de la leptospirose à Mayotte demeure sous-estimée, puisque ce sont principalement des personnes ayant une forme sévère qui bénéficient d'une recherche biologique. La saisonnalité est très marquée, avec une recrudescence en fin de saison des pluies, de mars à mai. Sont concernés essentiellement des hommes (80%), d'un âge moyen de 48 ans. Avec un taux d'incidence de 42 cas confirmés par 100 000 habitants en 2009, la leptospirose reste une maladie avec une morbidité importante à Mayotte.

Concernant le SIDA, la situation à Mayotte est préoccupante. En effet, le territoire se trouve dans une zone de forte endémie d'une part, et d'autre part les habitants présentent des comportements à risque révélés. Selon le rapport d'activité 2009 du CDAG, il ressort que seuls 20,8 % des patients suivis utilisent systématiquement le préservatif, 42,9 % déclarent ne jamais l'utiliser, avec une différence significative entre les hommes (37,1 %) et les femmes (51,8 %), 77 % des consultants consi-

18. BVS N°6/2010 ARS INVS

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

dèrent avoir pris un risque sexuel, 14,6 % des consultants ont déjà des antécédents d'IST.

Les IST¹⁹ : En 2009, le laboratoire du CHM a traité 8 200 prélèvements pour le diagnostic de la syphilis, 287 pour les PCR chlamydiae et 235 prélèvements urétraux.

En ce qui concerne les chlamydiae, le nombre de demandes de diagnostics est en hausse constante depuis 2007 : En 2009, le laboratoire a identifié 43 PCR chlamydiae positives, et il y a eu autant de demandes durant les 6 premiers mois de 2010 que durant toute l'année 2009...

En ce qui concerne les gonococcies, le pourcentage d'isolements semble en dimi-

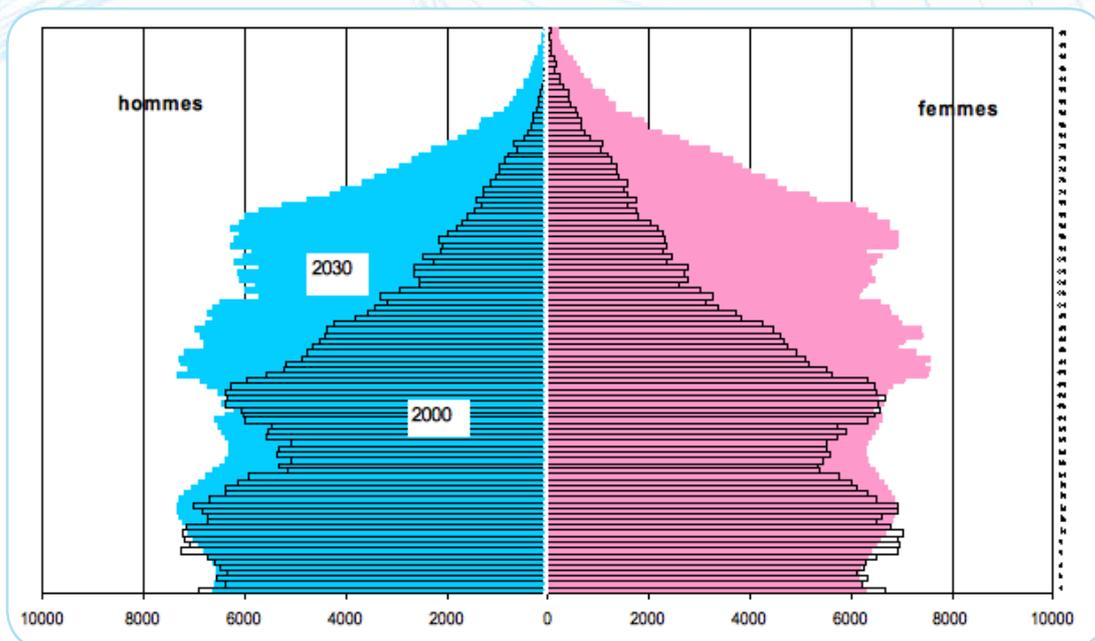
nution après un pic en 2008 qui correspondait aussi à une augmentation du nombre de prélèvements urétraux. En 2009, 102 résultats positifs pour le gonocoque ont été identifiés au laboratoire du CHM.

En 2007, la cellule de veille épidémiologique du CHM recensait 593 cas d'urétrites masculines parmi les personnes ayant consulté dans l'ensemble des dispensaires de l'île (surveillance prospective et rétrospective à partir des données du registre médical de chaque dispensaire) ; la même année, le laboratoire recevait 223 prélèvements urétraux, ce qui montre que le diagnostic et le traitement reposent avant tout sur la clinique.

2^{ÈME} DOMAINE DU PLAN STRATÉGIQUE : HANDICAP ET VIEILLISSEMENT

Le vieillissement attendu de la population réunionnaise est très important, comme le montre la déformation prévisible de la pyramide des âges (Graphique 4).

Graphique 4 : Comparaison des pyramides des âges 2000 et 2030 :



Source : INSEE

19. Les données présentées ici reposent sur le laboratoire du CHM (nombre de demandes, nombre de cas identifiés et pourcentage de positivité), sur le modèle de ce qui est fait en métropole.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

En 30 ans, de 1967 à 1999, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est passé de 22 000 à 71 000. En 2006 on estime cette population à 94 400 personnes, et en 2030 l'INSEE en prévoit 250 000, soit le ¼ de la population totale. A Mayotte, le vieillissement est très faible et les personnes âgées ne représentent que 4 % de la population, part restée inchangée depuis le précédent recensement de 2002.

A La Réunion, en 2006, un Réunionnais de 60 ans a une espérance de vie de 19 ans soit 2,8 ans de moins qu'un métropolitain (21,8 ans) et une femme réunionnaise peut espérer vivre 23,9 ans, soit 2,7 ans de moins qu'en métropole (26,6 ans)²⁰. Cependant les situations d'incapacité et de dépendance apparaissent plus précocement, et le processus de vieillissement intervient plus tôt à La Réunion.

C'est ce qui ressort en particulier de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID), largement inspirée de celle réalisée au niveau national, qui a été réalisée en 2004 à La Réunion. Selon les données de l'étude, 27 % de la population déclarent au moins une déficience. Les déficiences qu'elles soient motrices, viscérales ou visuelles surviennent principalement à partir de 50 ans, elles augmentent ensuite avec l'âge. A La Réunion comme en métropole, les taux de prévalence sont plus forts pour les déficiences motrices, puis pour les déficiences viscérales. Les données de l'enquête révèlent que les déficiences sont plus fréquentes à La Réunion qu'en métropole et qu'elles surviennent également plus précocement. Ainsi, les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence supérieurs de 20 points à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus avancés. Et dès 50 ans, les Réunionnais apparaissent en moins bon état de santé que les métropolitains.

L'étude PAQUID²¹, bien que controversée, est la seule qui permet actuellement une approche du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : en 2006, 3 600 personnes de plus de 75 ans seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer sur l'île et qu'il y aurait environ 900 nouveaux cas de plus de 65 ans chaque année dont près de 70 % de femmes. En 2008, près de 300 personnes ont été nouvellement admises

en Affection de Longue Durée pour Maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés (ALD 15), à La Réunion, quel que soit le régime d'assurance maladie. Au 31/12/2009, parmi les personnes affiliées au régime général d'Assurance maladie uniquement, on recense près de 1 300 personnes reconnues en ALD au titre de la maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15). Le diabète, le surpoids-obésité, les accidents vasculaires cérébraux et l'environnement social sont des facteurs de risque de maladie d'Alzheimer bien présents à La Réunion.

Les pathologies et origines connues des déficiences de la population adulte présente dans les établissements et services pour handicapés au 31 décembre 2006 à La Réunion sont réparties de la manière suivante : 21 % d'accidents périnataux, 9 % de psychose infantile et 8 % d'autres psychoses. On note également que pour 8 % des adultes suivis, il s'agit d'un traumatisme crânien et de lésion cérébrale acquise (en dehors de la période périnatale). 6 % souffrent de trisomie et autres anomalies chromosomiques, et 4 % d'autisme et syndromes apparentés. Ce constat illustre la problématique omni présente à La Réunion de l'alcool et de ses conséquences: On estime qu'environ 5 % des grossesses se déroulent dans un contexte d'alcoolisation maternelle, et donc avec des risques de troubles du développement pour l'enfant à naître.

A La Réunion, le SAF (syndrome d'alcoolisme fœtal) représente la première cause de retard mental non génétique et de surcroît totalement évitable : il serait en cause pour 10 % des enfants en institutions spécialisées²². Dans les pays industrialisés, on estime que 1 à 3 enfants sur 1 000 seront atteints de SAF à la naissance, chaque année. A La Réunion, l'incidence annuelle du SAF est élevée : 4 à 8 enfants pour 1 000 naissances vivantes sur l'île.

20. TER INSEE

21. PAQUID : étude épidémiologique ayant pour objectif d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, sur une cohorte 4134 personnes suivies depuis 1988 en Gironde et Dordogne

22. Enquête DRASS 2000.

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

On relève par ailleurs que, à La Réunion, les accidents cardiovasculaires : angines de poitrine, infarctus aigus du myocarde et autres cardiopathies ischémiques aiguës représentent 20 % de l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire. C'est plus qu'en métropole où ils ne sont que 16 % et ils surviennent en moyenne 7 ans plus tôt à La Réunion. La mortalité par accidents vasculaires cérébraux (AVC) est à âge égal,

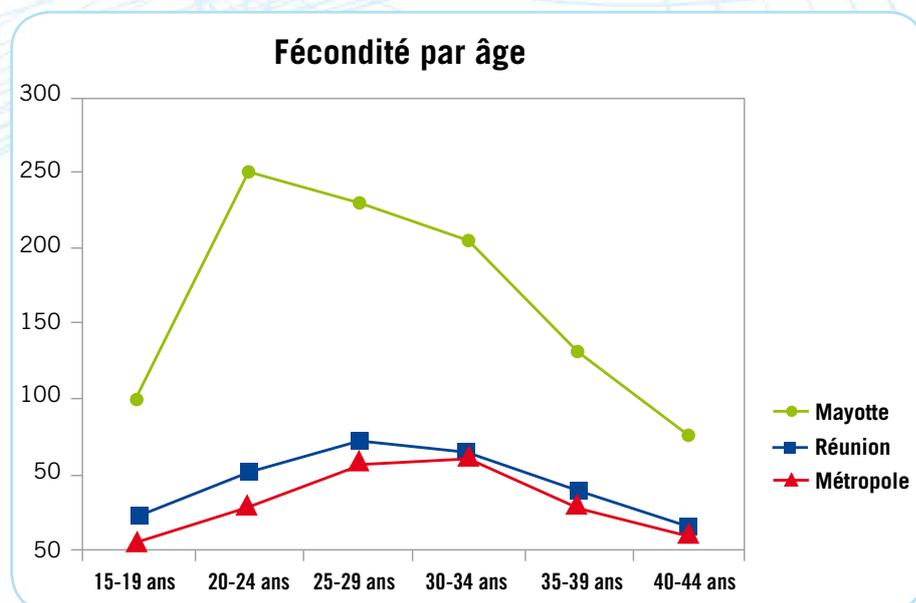
2 fois supérieure à celle de la métropole. Les conséquences de ces accidents se traduisent bien entendu par des handicaps précoces.

A Mayotte on estime à environ 1 000 le nombre de personnes ayant un handicap, hors adultes avec un handicap psychique (estimés à 500 selon les sources du centre de santé mentale du CHM).

3^{ÈME} DOMAINE DU PLAN STRATÉGIQUE : PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Les Réunionnaises ont **une fécondité beaucoup plus élevée** que les Métropolitaines, surtout avant 25 ans. Pour les moins de 20 ans, le taux de fécondité est près de 5 fois plus élevé qu'en métropole ; à Mayotte, il est près de 10 fois supérieur.

Graphique 5 : Taux de fécondité par âge comparés



Source : INSEE TER TEM

Cette fécondité précoce surtout à Mayotte explique en partie la forte fécondité, et le niveau élevé de l'indice synthétique (4,5 enfants par femme). En conservant la structure par âge de la population mahoraise et en appliquant les taux de fécondité de La

Réunion, on obtiendrait 3 684 naissances à Mayotte au lieu de 7 452 constatées en 2004. Ainsi, si l'ensemble des femmes à Mayotte avaient la même fécondité que les femmes de La Réunion, il y aurait presque la moitié des naissances en moins.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

On relève que, à Mayotte, la moitié des accouchements sont réalisés dans des dispensaires par des sages femmes en l'absence de gynéco obstétricien, de pédiatre, d'anesthésiste. **La mortalité maternelle** à Mayotte en 2008 et 2009 serait de 31.3 pour 100 000 naissances²³, mais elle est estimée à 50 pour 100 000²⁴, ce qui serait près de 2 fois plus qu'à La Réunion (26.4), et 6 fois plus qu'en métropole en 2007 (7.6 décès pour 100 000 naissances).

Concernant **la mortalité infantile**, les taux réunionnais restent encore très largement supérieurs aux taux des départements métropolitains mais se situent derrière les taux de la Guyane et de la Martinique. Pour Mayotte le taux de mortalité infantile est très élevé, il est de 13.5‰ en 2007, soit plus de 2 fois supérieur au taux de La Réunion (6,1‰) et près de 4 fois plus qu'en métropole (3,6‰), ce qui s'explique en partie par les conditions socio économiques défavorables et la forte proportion d'accouchées en situation précaires (63 % des femmes accouchant à Mayotte ne sont pas affiliées à la Sécurité Sociale).

Le nombre total d'IVG réalisées en 2009 à La Réunion est de 4486. Le taux d'IVG pour 1000 femmes en âge de procréer est de 21,1(en 2008) au lieu de 14.7 en métropole. En 2006 à Mayotte le nombre d'IVG est de 1648 (dont 1607 au sein de l'unité d'orthogénie du CHM), ce qui représente 17,4 IVG pour 100 conceptions soit moins qu'en 2005 (18,4). Près de 13 % des IVG ont concerné une jeune fille mineure à Mayotte contre 12 % à La Réunion, soit deux fois plus qu'en métropole (6 %). A Mayotte, on constate une augmentation importante des IVG en particulier auprès des mineures, ce qui pose un problème des conduites sexuelles à risque des jeunes adolescents.

A La Réunion, l'extension de l'enquête nationale DREES²⁵ a pu mettre en évidence un 1er recours important au généraliste : Les femmes consultent plus volontiers leur médecin habituel qu'un professionnel de centre hospitalier ou de planning familial., le premier contact (y compris téléphonique) avec un professionnel de santé ayant été pour six Réunionnaises sur dix leur médecin généraliste habituel (versus 3 femmes sur 10 en France). Enfin, 28 % des praticiens ont réalisé l'acte d'IVG sur une de

leur patiente habituelle (contre 16,8 % en France entière).

A La Réunion, **l'étude ETADAR**²⁶ montre que 80 % des jeunes ont utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel, ils ne sont plus que 67 % à l'avoir utilisé lors de leur dernier rapport sexuel, la différence étant plus marquée chez les jeunes filles (56 % au dernier rapport). A l'inverse, l'utilisation de la pilule augmente entre le premier rapport et le dernier rapport sexuel chez les jeunes filles (15 % à 34 %). La proportion de jeunes ayant déclaré ne pas utiliser de moyen de contraception reste stable, aux alentours de 15 %, entre le premier et le dernier rapport sexuel. 10 % des jeunes filles sexuellement actives ont déclaré avoir déjà pratiqué une interruption volontaire de grossesse, et 42 % ont utilisé la pilule du lendemain.

Les enquêtes de santé scolaire menées à La Réunion en 2000 révèlent, outre des problèmes d'obésité naissants, et d'asthme à 5-6 ans, un suivi dentaire insuffisant : seulement 60% des enfants réunionnais scolarisés en grandes sections de maternelles n'ont aucune dent cariée non soignée, contre 85% d'enfants métropolitains.

A Mayotte, les dentistes du CHM tirent la sonnette d'alarme sur un état bucco-dentaire dégradé des enfants. A ce jour, il y a dix fois moins de dentistes à Mayotte qu'en Métropole.

Une enquête de l'antenne UFSBD²⁷ auprès de 600 élèves (300 de 6 ans et 300 de 12 ans) a permis de dépister 2463 atteintes carieuses. Cela se traduit par un indice CAO mixte de 4,10²⁸ et place Mayotte en haut du niveau moyen (le niveau élevé étant entre 4,5 et 6,5).

A titre indicatif de comparaison, l'indice actuel de Mayotte était celui de France métropolitaine en 1987 avec un CAO de 3,73 chez les 6 ans et 4,20 chez les 12 ans.

23. Données INSERM, Cépidc

24. Source ARS OI

25. Op.citée

26. Enquête Tabac, Alcool, Drogues 2006-2007, Rectorat, DRASS, CIC-EC

27. Premiers résultats d'une étude réalisée en 2009, en cours d'exploitation, par l'antenne UFSBD de Mayotte

28. L'indice CAO est la moyenne qui résulte du nombre total des dents Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement d'une population donnée que l'on divise par le nombre de personnes examinées.

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

La couverture vaccinale, révélée par les enquêtes de santé scolaires, est proche vers 5-6 ans à La Réunion de celle observée en France entière, et pour l'hépatite B les enfants réunionnais sont nettement mieux vaccinés (83% versus 52%).

Par ailleurs, une enquête de couverture vaccinale a été réalisée en 2009 par l'ORS en lien avec la CIRE²⁹. Selon les résultats de cette enquête, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) serait, à 24-59 mois, de 76.6% pour la rougeole, 76.2% pour les oreillons et 76.2% pour la rubéole; à 7-8 ans, de 94% pour la rougeole, 93.6% pour les oreillons et la rubéole;

82.5% des vaccins chez les 24-59 mois sont réalisés par les médecins généralistes libéraux. Puis viennent les pédiatres libéraux (12.5%). La PMI n'en fait plus que 2.6% alors qu'elle effectuait 14.4% des vaccins il y a une quinzaine d'années. Par rapport aux recommandations nationales, il existe un retard dans la réalisation du ROR à La Réunion puisque ce n'est que vers

7-8 ans (et non avant 2 ans) que 93% des enfants ont reçu une dose.

A Mayotte, la couverture vaccinale pour le ROR à l'âge de 2 ans en 2009 est estimée à 76% (données PMI). Ce chiffre est à confirmer par les résultats d'une enquête de couverture vaccinale menée par la CIRE en mai 2010, dont les résultats sont attendus pour la fin de l'année.

Concernant le langage, nous constatons qu'à La Réunion, toujours selon les résultats de l'enquête DREES EN, les enfants scolarisés en grandes sections de maternelles sont 10% de moins qu'en métropole à utiliser avec justesse des constructions grammaticales simples (respectivement 82.4% contre 92.5%). L'enquête n'a pas été réalisée à Mayotte, raison pour laquelle nous n'avons pas de données comparables.

Un peu plus tard, en CM2, les données de santé des enfants se confirment, ils sont nettement en surcharge pondérale, la santé buccodentaire est plus dégradée, les problèmes auditifs sont plus fréquents.

4^{ÈME} DOMAINE DU PLAN STRATÉGIQUE : SANTÉ MENTALE

L'impact de l'alcoolisme est considérable à La Réunion, et l'alcool est 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. Les conduites à risque ne concernent pas seulement l'alcool.

La polytoxicomanie alcool-médicaments, alcool-cannabis et plus récemment l'apparition d'ecstasy et de cocaïne dans des milieux jeunes fait craindre une explosion des phénomènes de dépendance et de leurs conséquences.

Néanmoins, il est à noter qu'on observe depuis 2001 une baisse des indicateurs en ce qui concerne les pathologies associées à l'alcool.

Bien que la consommation d'alcool à Mayotte soit nettement moindre qu'à La Réunion, des inquiétudes existent pour les

jeunes : ceux-ci font un mélange d'alcool, de « bangué » (cannabis local) et de médicaments psychotropes détournés de leur usage.

En 2002, une étude transversale descriptive³⁰ sur la consommation du tabac, alcool, cannabis auprès de 3 852 jeunes âgés de 12 à 25 ans a été réalisée à la demande de la DASS : 1 jeune sur 10 déclarait boire de l'alcool (12%), dont 22% des garçons et 3% des filles. Il s'agit essentiellement de bière (92%), de vin (52%), d'alcool fort (46%), et de « trimbo » (vin de palme) (23%). 36% des jeunes buveurs déclarent boire 7 verres et plus lorsqu'ils s'alcoolisent.

29. Enquête de couverture vaccinale à La Réunion en 2009 ORS Mars 2010

30. Enquête sur la consommation tabac, alcool, stupéfiants auprès des jeunes âgés de 12 à 26 ans en 2002 à Mayotte – Rapport de synthèse par IPSOS

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

En 2009, 720 **accidents corporels de la route** ont été recensés à La Réunion (770 en 2006). La même année, 48 personnes sont décédées dans les 30 jours suivant l'accident (71 en 2006).

Le taux de mortalité est donc en baisse : il était de 101 contre 78 par million d'habitants en métropole en 2006. L'alcool au volant est un phénomène important sur l'île : environ la moitié des accidents mortels sont liés à l'alcool contre 30 % en métropole.

Le taux comparatif de mortalité est de 13 **suicides** pour 100 000 Réunionnais sur la période 2005-2007, soit stable par rapport à la période précédente, 2003-2005, contre 16 pour 100 000 en métropole. Contrairement à la situation métropolitaine les personnes âgées sont peu concernées : 28% des suicides se font après 65 ans en métropole, alors que cette tranche d'âge ne représente que 16% de la population totale : à La Réunion, on compte 10% de suicides chez les plus de 65 ans (8% de la population totale) . Par contre, entre 15 et 24 ans, le suicide représente 17% du total des décès et constitue la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation. Les suicides sont essentiellement masculins (80%), alors que les tentatives de suicides concernent d'avantage les femmes. La tendance globale de la mortalité par suicide est à la baisse mais on observe des tendances à la hausse récentes dans certains groupes de population (les hommes, les 55-64 ans).

Le suicide est très rare à Mayotte (6 suicides sur 2 ans, soit un taux de 1 pour 100 000). Par contre le nombre de mineurs victimes de violences ou d'agressions physiques et/ou psychologiques ne cesse de croître : leur nombre aurait doublé entre 2008 et 2009.

Les violences sont fréquentes dans les 2 îles : selon l'enquête ENVEFF réalisée à La Réunion en 2003, une femme sur 5 (20 %) a subi au moins une forme de violence dans l'espace public au cours des 12 derniers mois, soit près de 42 000 femmes, ce qui est 1,5 fois plus qu'en métropole.

Une récente enquête faite en milieu scolaire à La Réunion³¹ révèle que chez les jeunes de 13 à 18 ans, 6 % ont déjà fugué et 11 % ont fait une tentative de suicide. Les jeunes filles présentent généralement plus souvent

des signes anxio-dépressifs.

L'enquête ETADAR révèle que 38 % des jeunes de 13 à 18 ans ont déjà été auteur de violence au cours des 12 derniers mois (coups et/ou vols et/ou racket et/ou actes racistes et/ou violences verbales), il s'agit plus souvent de garçons (43 % versus 32 % ; $p < 0.0001$). 53 % ont déjà été victimes de violence. Ces actes se passent le plus souvent au sein des collèges/lycées, et concernent plus les garçons. A contrario, les filles déclarent plus souvent que les garçons avoir été victimes de violences verbales et physiques au sein de leur famille.

8 % des jeunes filles déclarent avoir été victimes d'au moins une agression sexuelle (tentative de viol, viol ou autre agression sexuelle), 4 % d'une tentative de viol et 1% d'un viol.

Par ailleurs, **les diagnostics de santé** réalisés dans le cadre des ateliers santé ville à La Réunion mettent en avant un sentiment de mal-être, d'isolement, et de souffrance psychique, qui serait la condition première à une meilleure santé physique. Ainsi, la santé semble liée fortement aux activités, qu'elles soient sportives et/ou culturelles, et à l'appartenance à un groupe social. La santé passe avant tout par un bien être psychologique, physique et social. Les problèmes d'accès aux soins sont particulièrement ressentis par les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes isolées et les personnes en situation précaire. Et toutes les thématiques ayant trait à la santé sont à repenser en fonction de ces populations isolées et précaires.

La solution proposée est de créer et coordonner des réseaux locaux composés d'acteurs des champs sanitaires, sociaux et éducatifs, et le rôle essentiel de l'éducation à la santé est souligné.

En ce qui concerne Mayotte, il est important de rappeler ses caractéristiques socio-culturelles, qui peuvent influencer sur la santé mentale de la population : Mayotte connaît une très forte densité de population. Celle-ci se concentre essentiellement sur le littoral Nord/Est (54 %) et de plus en plus, dans les habitats très denses des villes.

31. Enquête ETADAR (2006-2007 sur un échantillon de plus de 4500 jeunes)

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

A la fois musulmane et africaine, la population mahoraise est profondément marquée par l'islam (95 % de la population est musulmane) et par les croyances ancestrales austronésienne et bantou. La société s'organise sur un mode traditionnel et fonctionne sur les principes de la prééminence du groupe sur l'individu, de la matrilinearité (filiation dans la lignée de la mère) et matrilocalité (résidence de la famille chez la mère).

L'une des grandes particularités de Mayotte réside dans la forte pression migratoire issue des Comores ; on estime à plus de 80 000 le nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire vivant dans des conditions de précarité extrêmes.

Cette société traditionnelle, en mutation rapide, est l'objet de changements sociaux fondamentaux : affaiblissement des structures familiales, rupture entre les modes de vie d'une génération à l'autre, urbanisation massive et multiplication des « abris de fortune ».

Les moins de 20 ans, qui constituent aujourd'hui plus de 50 % des habitants de l'île, sont particulièrement exposés à cette mutation sociétale, ce qui peut engendrer des conflits familiaux et ruptures des liens

familiaux et sociaux, des violences physiques ou sexuelles sur mineur, des échecs scolaires, des troubles du comportement social et conduites addictives.

Un récent rapport de la DSP montre une aggravation de la délinquance chez les mineurs (+190,5 % en 2008). Le nombre de mineurs en errance ou isolés est en augmentation constante : des enfants et des jeunes peuvent ainsi se retrouver, de manière ponctuelle ou plus durablement, sans liens ni référents familiaux : pour exemple, en 2009, plus de 3500 mineurs ont été signalés au Parquet suite à la reconduite à la frontière de leurs parents et 1056 enquêtes réalisées ont permis de mobiliser le dispositif d'accompagnement social des mineurs isolés, financé par la DASS, au profit de 415 mineurs sur l'année 2009. Enfin, le nombre de mineurs victimes de violences ou agressions physiques et/ou psychologiques ne cesse de croître : les travailleurs sociaux intervenants dans le cadre de l'aide aux victimes dans les Commissariats et Gendarmerie de l'île ont eu à traiter en 2009 407 situations de mineurs victimes de maltraitements, agressions, violences intrafamiliales ou viols contre 295 l'année précédente...

5^{ÈME} DOMAINE DU PLAN STRATÉGIQUE : LES MALADIES CHRONIQUES

• Nutrition et obésité

La population adulte réunionnaise est davantage concernée par les problèmes d'obésité que la métropole. L'enquête Obépi 2003 révélait des prévalences de l'ordre de 30 % pour le surpoids et de 11 % pour l'obésité au niveau national, contre respectivement 35 % et 15 % sur l'île.

Les prévalences locales de l'obésité sont respectivement d'environ 10 % chez les hommes et de 20 % chez les femmes ; en métropole, elles avoisinent les 11 % chez les hommes comme chez les femmes.

Les prévalences de l'obésité augmentent avec l'âge, et ce de manière très nette chez les femmes où le taux de prévalence passe de 14 % chez les 30-39 ans à 20 % chez les 40-49 ans jusqu'à 27 % chez les 50-59 ans. En revanche, on observe un inflé-

chissement de cette tendance à partir de 65 ans chez les hommes comme chez les femmes. Quant aux conduites alimentaires, elles évoluent vers une surconsommation glucido-lipidique avec des effets déjà visibles sur l'obésité des jeunes.

Mayotte connaît une phase de transition démographique, épidémiologique et nutritionnelle. Du fait d'un moindre accès à la consommation, et d'un niveau de vie moins élevé, certains types de décès sont moins fréquents, et la moindre consommation d'alcool entraîne moins de conséquences sur la santé. Par contre, la population est exposée à des problèmes de déséquilibre des apports alimentaires, conduisant à des situations de carence ou inversement de surpoids et d'obésité. Les habitudes alimentaires et les systèmes traditionnels de production évoluent rapidement. Le régime

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

alimentaire traditionnel de base se compose essentiellement de riz, de tubercules et de légumes, et inclut de faibles quantités de produits d'origine animale. Au total, 46 % des hommes mais seulement 19 % des femmes ont une corpulence normale. Une part importante de la population est en surpoids (IMC compris entre 25 et 29 kg/m²) ou obèse (IMC 30 kg/m²). 52 % des hommes et 79 % des femmes.

Suite à l'épidémie de Béri-Béri³² infantile ayant conduit au décès de 20 nouveau-nés en 2004, une étude « Nutrimay³³ » a été réalisée en 2006: Chez les enfants, on note la prévalence du retard statural (taille/âge) de 6,7%, celle de la maigreur (poids/taille) de 8,1% pour les moins de 5 ans ; une consommation très faible de produits laitiers (seuls 3,6% des enfants âgés de 5 à 14 ans), mais aussi des fruits et légumes (seuls 8,4 %).

Chez les adultes : 28,1 % des femmes étaient en surpoids, 27,4 % étaient obèses et 56,3 % présentaient un niveau d'activité physique faible selon les critères d'IPAQ³⁴ ; une consommation très faible de produits laitiers (seuls 2% présentaient une consommation conforme aux recommandations nutritionnelles) ; une consommation faible de fruits et légumes : 70% des adultes considérés comme de « petits consommateurs » (inférieur à 3,5 fruits et légumes par jour).

Ainsi, le territoire connaît une situation nutritionnelle préoccupante caractérisée par la coexistence de deux situations : de carence chez les enfants et d'excès liées à la consommation croissante d'aliments riches en sucres et en graisses, source de surpoids et d'obésité chez les adultes.

• Diabète

A La Réunion, le pourcentage de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement est estimé à 7,8 % de la population en 2007 et 8,8% en 2008 (chiffres CGSS), soit plus du double de celle observée en métropole (3,9 %), ce qui place probablement l'île en tête de toutes les régions de France. On note une sur-morbidité féminine, au contraire de la métropole, avec 8,6 % pour les femmes contre 6,8 % pour les hommes à La Réunion. Cependant, la prévalence du

diabète traité ne tient pas compte des diabétiques connus non traités et des cas non diagnostiqués.

L'enquête REDIA en 1999-2001 a ainsi montré qu'un tiers des diabétiques ignoraient qu'ils étaient malades au moment de l'enquête. Selon cette étude, parmi les Réunionnais de 30-69 ans, la prévalence du diabète connu (traité et non traité) était estimée à 11,9 %, la prévalence totale brute (diabète connu + diabète dépisté) à 18,1% et la prévalence totale corrigée, à 20,9%.

A Mayotte, l'enquête MAYDIA en 2008 a révélé chez les 30 à 69 ans une prévalence du diabète connu de 4,6%, et une prévalence totale corrigée de 10,5 % (26% chez les plus de 60 ans) ; 13,5 % des plus de 30 ans étaient en stade pré-diabétique (hyperglycémie modérée à jeun et/ou intolérance au glucose) ; 1 diabétique sur 2 ignorait sa maladie au moment de l'enquête, quel que soit l'âge ; 73 % des diabétiques souffraient d'une hypertension artérielle, avec une prévalence plus élevée chez les femmes (75,8 % contre 70,2 % chez les hommes) ; 32 % des femmes avaient un surpoids et 47 % étaient obèses ; ces chiffres étaient respectivement de 35 % et 17 % chez les hommes.

• Maladies de l'appareil circulatoire

Les taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont en baisse globale (-21% entre 2000 et 2007). Cette baisse est identique à celle de la France entière (-22%), et on l'attribue en partie à la prévention, en partie aux progrès effectués dans la prise en charge.

Néanmoins, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de façon moins marquée qu'en métropole (-17% versus -26%), et La Réunion apparait en surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale (+32%).

32. Maladie due à une carence en vitamine B1 (thiamine) due à l'alimentation par du riz décortiqué. Cette avitaminose se caractérise cliniquement par des troubles moteurs du système nerveux moteur et du système nerveux sensitif.

33. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire- Mayotte : une problématique sanitaire particulière- n°48-49 du 4 décembre 2007

34. International Physical Activity Questionnaire

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

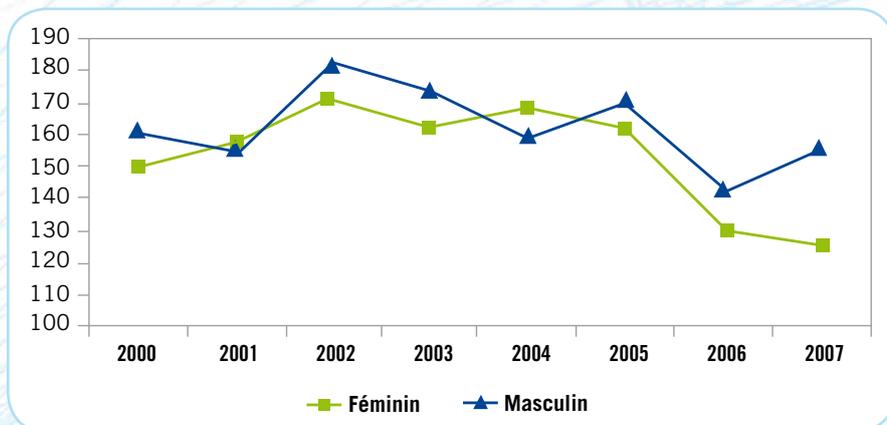
En 1999, on dénombrait 342 décès par AVC, en 2000 on en compte 309 et 280 en 2007. La baisse a surtout concerné les femmes (graphique 6).

L'âge moyen de survenue d'un AVC est nettement inférieur à La Réunion, de 7.3 ans pour les hommes (62.6 ans versus 69.9 ans en métropole) et de 6.7 ans pour les femmes. (68.5 versus 75.2)

Entre 1999 et 2005, on note une stabilité des séjours hospitaliers pour AVC (1251-1231) à La Réunion, alors qu'ils sont en diminution en métropole.

A Mayotte, en 2007-2008, 124 décès par maladies de l'appareil circulatoire ont été observés, dont 86 AVC, soit un décès sur 7. La proportion d'AVC dans les maladies de l'appareil circulatoire est de 25% à La Réunion comme en métropole.

Graphique 6 : Evolution du nombre d'AVC à La Réunion



Source: PMSI

• IRCT

Il est difficile d'estimer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale à La Réunion. Cependant on note que le nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 (Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique) a plus que triplé entre 2000 et 2008 (le taux brut d'incidence passe de 88 en 2000, 274 en 2004 et 282 en 2008), que le nombre de patients dialysés a triplé en vingt ans, passant de 375 en 1989 à 1 051 en 2008 (1er janvier). Ainsi, la prévalence brute des patients traités par dialyse est deux fois plus

élevée qu'en France métropolitaine. Elle est de niveau comparable à celle des U.S.A. où il existe également beaucoup de diabétiques et d'hypertendus.

Enfin, le nombre de patients greffés suivis à La Réunion a été multiplié par 10 entre 1989 et 2008, bien que le nombre de greffés diminue de 39 en 2002 à 29 en 2006. En 2007, 35 patients ont bénéficié d'une greffe rénale, ce qui témoigne que, malgré les campagnes de sensibilisation sur le don d'organe, l'activité de greffe rénale diminue avec un indicateur de pénurie supérieur au niveau national.

• Asthme

La problématique de l'asthme doit être soulignée à La Réunion : Le taux d'incidence des personnes en affection longue de durée pour asthme (ALD14) ne cesse d'augmenter, de 29/100 000 habitants en 2000 à 54/100 000 habitants en 2004. Depuis 2004, on observe une tendance à la baisse, de l'incidence des personnes nouvellement admises en ALD 14 dans notre région (47 en 2008).

Les enquêtes en milieu scolaire montrent que la prévalence de l'asthme chez les enfants est plus élevée à La Réunion qu'en France métropolitaine. Ainsi, en 2000, la proportion d'enfants asthmatiques en classe de maternelle était presque deux fois supérieure à La Réunion (21,9 %) qu'en France métropolitaine (11,6 %).

Les enquêtes scolaires de 2000-2001 et 2003-2004 ont montré que la prévalence de l'asthme chez les adolescents scolarisés en troisième augmentait (11,5 % en 2001 et 12,5 % en 2004) tandis qu'en France elle diminuait (9,8 % en 2001 et 7,5 % en 2004).

En 2002, la proportion d'enfants asthmatiques scolarisés en CM2 était plus élevée dans les départements d'outre mer (13,4 %) qu'en France métropolitaine (9,3 %).

Et les enfants scolarisés en grandes sections de maternelles à La Réunion sont 14.5% à être diagnostiqués comme étant asthmatiques ou ayant un équivalent asthmatique contre 5.8% en métropole (respectivement 11.7% contre 6.6%).

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

• **Cancer**

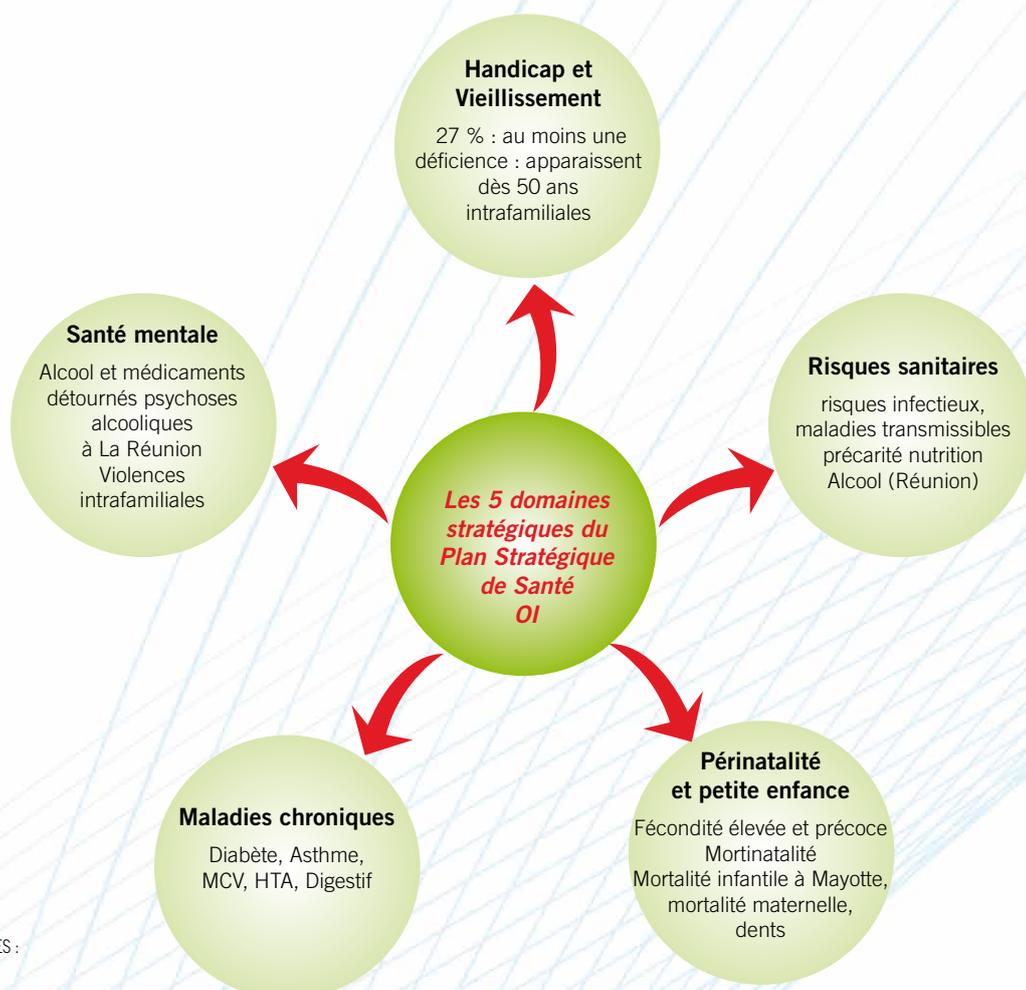
Du fait de la jeunesse de la population, l'incidence globale du cancer reste à ce jour inférieure à celle de la métropole, plus particulièrement à Mayotte.

Cette incidence est pourtant en voie d'augmentation régulière à cause en particulier du vieillissement de la population. Les cancers du sein, du côlon-rectum, de la prostate et ceux de la trachée, des bronches et du poumon représentent près de 50 % des nouveaux cas diagnostiqués à La Réunion.

On note en particulier une forte incidence du cancer du col de l'utérus à Mayotte et à

La Réunion, liée à des facteurs de risques particulier: la précocité des rapports sexuels, les mariages précoces, la multiplicité des partenaires sexuels, les grossesses (accouchements) multiples avec la première grossesse avant 20 ans, les IST et également le bas niveau socio-économique.

Le taux standardisé d'incidence est de 13 pour 100 000 à La Réunion, contre 7.1 en France en 2005. Ce taux a globalement diminué depuis 20 ans, mais il reste le 3ème cancer le plus fréquent (6ème en métropole). A Mayotte, l'incidence du cancer du col chez les femmes de plus de 20 ans a été estimée à 29 par 100 000 h.



PRINCIPALES SOURCES UTILISEES :
Tableaux de bord ORS
Enquêtes Scolaires DREES EN
Enquêtes CIC_EC
Enquêtes CIRE
Enquêtes DRASS
Fichier Cépidc INSERM

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

2.

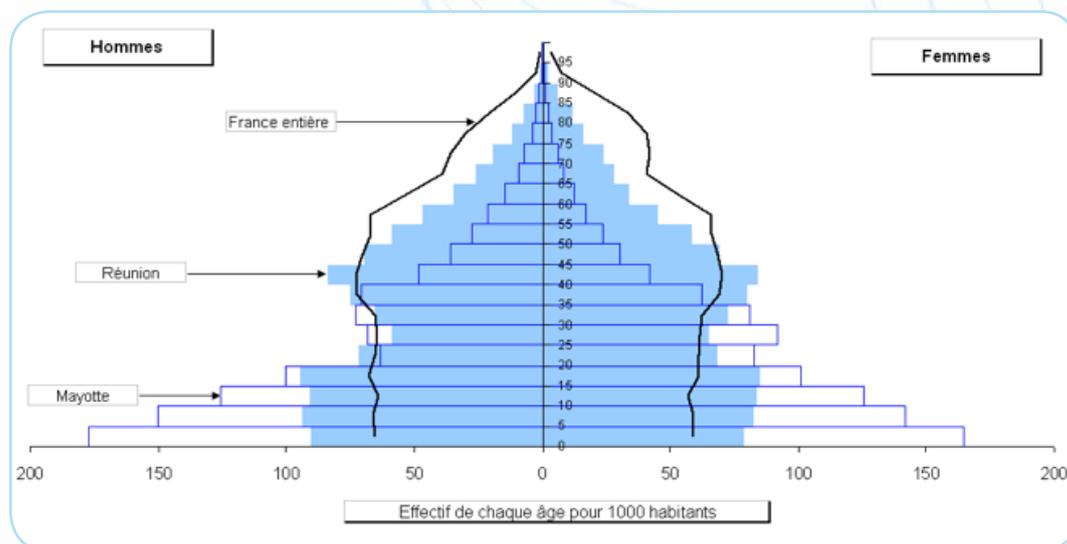
ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE SOINS À LA RÉUNION ET À MAYOTTE

Le Plan Stratégique de Santé prévoit une analyse de l'offre et de son évolution prévisible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie

— Contexte

Les besoins en terme d'offre de soins ne sont pas les mêmes selon les régions et dépendent de plusieurs facteurs tels que la structure d'âge de la population, les enjeux de santé publique... Ainsi, La Réunion et surtout Mayotte, caractérisées par une population jeune (graphique 1) et un contexte socio-économique difficile se rapprochent des autres régions d'Outre Mer ; et sont à l'opposée des régions méridionales (Aquitaine, PACA, Corse) où se concentrent des personnes âgées.

Graphique 1 : Pyramides des âges Réunion (2008) – Mayotte (2007) - France entière (2008)



Source : INSEE- Recensements de la population.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Les taux de natalité et de fécondité à La Réunion et à Mayotte sont les plus élevés des régions françaises (18,7 versus 40 naissances pour 1000 habitants en 2007 contre 12,7 en métropole et 2.45 enfants par femme à La Réunion, 5 à Mayotte et 1.9 en métropole). Ainsi les besoins en sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et pédiatres sont plus importants pour ces régions.

De plus, les indicateurs liés à la périnatalité sont en décalage défavorable par rapport à la métropole. En 2006, la mortalité maternelle à Mayotte (50 pour 100 000) était 2 fois supérieure à celle de La Réunion (26.2), elle-même 3 fois supérieure à celle de métropole (9.6). Les taux de mortalité infantile et de mortalité néonatale sont élevés, surtout pour Mayotte.

L'espérance de vie n'est que de 74 ans à Mayotte, 77 ans à La Réunion au lieu de 81 ans en métropole³⁵.

— Offre de prévention

• La Réunion :

Plusieurs opérateurs interviennent dans le domaine de la prévention. Le principal est l'Institut Régional d'Éducation Prévention Santé (IREPS)³⁶ dont les missions sont d'accueillir et de documenter le public, d'amplifier les campagnes nationales, de développer localement des programmes prioritaires, d'assurer la formation initiale et continue.

Les autres opérateurs de prévention sont la Caisse Générale de Sécurité Sociale, les Mutuelles, les infirmières de l'Éducation Nationale, les points santé du Conseil Général, la médecine du travail, la DDJS et les missions locales, qui ont un rôle éducatif de proximité. On peut citer aussi la Justice, la DPJJ, la Préfecture et les forces de police et de Gendarmerie...

Les Campagnes nationales d'éducation pour la santé et les plans de prévention sont déclenchés après qu'une information des acteurs de terrain ait été réalisée suffisamment en amont pour que son accompagnement local puisse être préparé.

Quelques exemples de programmes de prévention à La Réunion :

- Prévention des addictions : Les moyens à mettre en œuvre sont de trois ordres : préventifs et curatifs et le rappel à la loi.
- Prévention des comportements sexuels à risque : La prévention des comportements sexuels à risque chez les adolescents porte essentiellement sur l'infection par le VIH, le virus responsable du sida, et sur les grossesses précoces non désirées.
- La nutrition est devenue un enjeu de santé publique. En effet, l'obésité croît rapidement et concerne de plus en plus de jeunes. Elle concerne surtout les populations défavorisées. Par ailleurs, les pathologies associées à une mauvaise nutrition comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, sont particulièrement importantes à La Réunion.
- Les maladies vectorielles

Il s'agit en fait de la priorité depuis 2005 de la DRASS puis de l'ARS et de ses partenaires.

L'importance de l'épidémie de chikungunya a conduit à la modification des objectifs de l'axe 9 du PRSP.

Les démarches déjà engagées sont poursuivies et amplifiées; en particulier, le plan de mobilisation social et l'utilisation du concept " COMBI " : n'émettre qu'un message à visée changement d'un comportement.

Il est à souligner le travail important des acteurs de terrain, les réseaux de santé : pour information, en 2009 le Groupement Régional de Santé Publique a reçu 111 propositions d'actions de prévention de la part des associations de terrain (115 en 2008) , pour un montant total accordé de 2 666 690€ (2 500 545€ en 2008).

35. Source INSEE

36. Ex CRES : Comité Régional d'Éducation pour la Santé

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Tableau 1 : GRSP 2009

LIGNE DE FINANCEMENT	DOSSIERS PRE-SENTES	DOSSIERS ACCEPTES	MONTANT ACCORDE
Lutte contre le cancer	6	4	504119,00
Observation de la santé	1	1	182000,00
Promotion de l'éducation pour la santé	2	2	102400,00
Alerte et gestion des situations d'urgence	3	3	70628,00
Accès à la prévention et aux soins des plus démunis	16	10	129496,00
Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques	3	0	0,00
Santé en milieu scolaire et universitaire	10	7	151172,00
Lutte contre les maladies à transmission vectorielle et zoonose	2	2	38000,00
Perte d'autonomie des personnes âgées	7	4	24530,00
Risques liés aux comportements sexuels	12	8	658339,00
Troubles nutritionnels et maladies cardio circulatoires	19	11	320750,00
Les conduites à risques	28	18	432467,00
Santé environnementale	2	2	53000,00
TOTAL	111	72	2666901,00

• Mayotte :

Un comité de prévention a été constitué autour de la santé au travail. Il est composé de l'inspection du travail, le médecin inspecteur d travail Réunion-Mayotte, le service prévention de la CSSM et les médecins du travail. Ce comité coordonne les actions de prévention, contrôle les structures et contribue à l'amélioration de la connaissance des risques professionnels. Il faut souligner le travail essentiel accompli dans les dispensaires. Ce comité a pour objectif d'améliorer la politique de prévention, qui ne pourra se faire sans un appui technique des acteurs associatifs. Il conviendra d'accompagner les structures existantes pour monter et mener à bien leur projet. Il s'agira aussi de favoriser le développement d'associations thématiques pour plus d'efficacité et de pérennité dans les actions. Par ailleurs, une meilleure coordination des opérateurs permettra la mutualisation des compétences des intervenants et une répartition optimale de l'offre au niveau du territoire.

Pour atteindre ces objectifs, les autorités sanitaires réaffirment le rôle central de l'IREPS Mayotte (relais local de l'INPES).

L'ambition est ici de développer une culture d'éducation pour la santé, élaborée à partir de concepts validés et partagés, de mieux définir ses moyens d'action et de garantir son financement. Il doit donc affirmer la place du pôle régional (Réunion-Mayotte) de compétences, au service de tous les acteurs de la région, dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et actions et optimiser l'organisation des services et la répartition de l'offre sur le territoire.

La formation intervient de façon déterminante pour garantir la qualité des actions d'éducation pour la santé. En permettant aux acteurs de l'éducation pour la santé d'acquérir des connaissances et des pratiques opérationnelles, elle améliore l'efficacité de leurs interventions.

Elle s'adresse à la fois aux professionnels et aux opérateurs associatifs. L'accent doit être mis en particulier sur deux approches :

- La promotion de la santé communautaire³⁷ qui a comme objet le maintien et l'amélioration de l'état de santé au moyen de mesures préventives, curatives et de réadaptation. Elle désigne les efforts collectifs déployés par une communauté en vue d'accroître sa maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière. A titre d'exemple, pour Mayotte, il a été essentiel d'appréhender au travers de la crise sanitaire telle que l'épidémie du chikungunya, la potentialisation qu'apportent les relais communautaires aux efforts des professionnels.
- La formation en éducation thérapeutique des professionnels de santé à l'écoute des malades, à établir un diagnostic éducatif, à choisir un mode d'apprentissage adapté à chacun de leurs malades. Les étapes de l'éducation thérapeutique comprennent la réalisation d'un diagnostic éducatif, par un entretien individuel et structuré permettant d'identifier les besoins et les ressources du malade ; la détermination d'objectifs réalistes d'apprentissage, s'inscrivant dans un contrat d'éducation modulable ; l'évaluation des pratiques qui prend en compte les résultats de l'apprentissage du malade dans les domaines cognitif, instrumental et psychoaffectif, l'évolution de sa maladie et la façon dont il la gère au quotidien.

37. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire. La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation, Centre International de l'Enfance, Paris, 1990, pp. 95-178

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Pour information, état des sommes consacrées par la DASS en 2009 à la prévention, pour un total de 2751 155€.

Résidence accueil pour personnes fragiles	18 500
Cotes : nutrition et santé	13 000
Les enfants de la lune enfants atteints de xeroderma pigmentosum	70 457
Chm : may'diabète	22 000
Chm : vih-sida / ist	300 450
Chm : vaccinations tuberculose et lèpre	1 514 421
Yasmine junior : diabète	3 800
Club des familles d'enfants diabétiques dépistage et éducation thérapeutique	12 000
Solidarite mayotte : paniers repas diabetiques	8 000
Chm : prevention du beri beri	46 500
CHM dépistage 5 maladies : fièvre vallée du rift, paludisme, leptospirose, dengue, chikungunya	210 000
Association toioussi : nutrition et santé	7 750
Prévention hygiène buccale et dépistage caries	15 000

— Offre de soins

• La Réunion :

L'organisation sanitaire est structurée autour de 3 territoires de santé :

- Le territoire sanitaire Nord-Est (39% de la population) rassemble les communes de St Denis, Ste Marie, Ste Suzanne, St André, Bras-Panon, Salazie, St Benoît, Plaine des Palmistes et Ste Rose.
- Le territoire sanitaire Ouest (22% population) rassemble les communes de la Possession, le Port, St Paul et Trois Bassins. La commune du Port est particuliè-

rement bien dotée en établissement de santé mais c'est la commune qui connaît la plus forte densité de population (2295 habitants au km² contre 969 à St-Denis).

- Le territoire sanitaire Sud (39% population) regroupe les autres communes, de Saint Leu, Les Avirons, Etang Salé, Entre Deux, St Louis, Le Tampon, Cilaos, St Pierre, Petite Ile, St Joseph et St Philippe. Le Groupe Hospitalier Sud Réunion dont l'entité juridique est basée à St-Pierre comporte des centres hospitaliers au Tampon, à St-Joseph, à St-Louis et à Cilaos.

Tableau 2 : Territoires de sante Réunion

Territoire	Nord + Est	Sud	Ouest	REUNION
% population	39%	39,20%	21,80%	100%
Densité*	298	289	407	312
Nombre de décès	1 715	1 804	804	4 323
Taux brut de mortalité**	5,6	5,9	4,7	5,5
Structures Médecine Chirurgie Obstétrique	8	5	4	17
Structures Soins de Suite et Réadaptation	2	1	6	9
Structures Psychiatriques	1	0	2	3

Source : INSEE (recensement de population 2006) – Exploitation ARS-OI

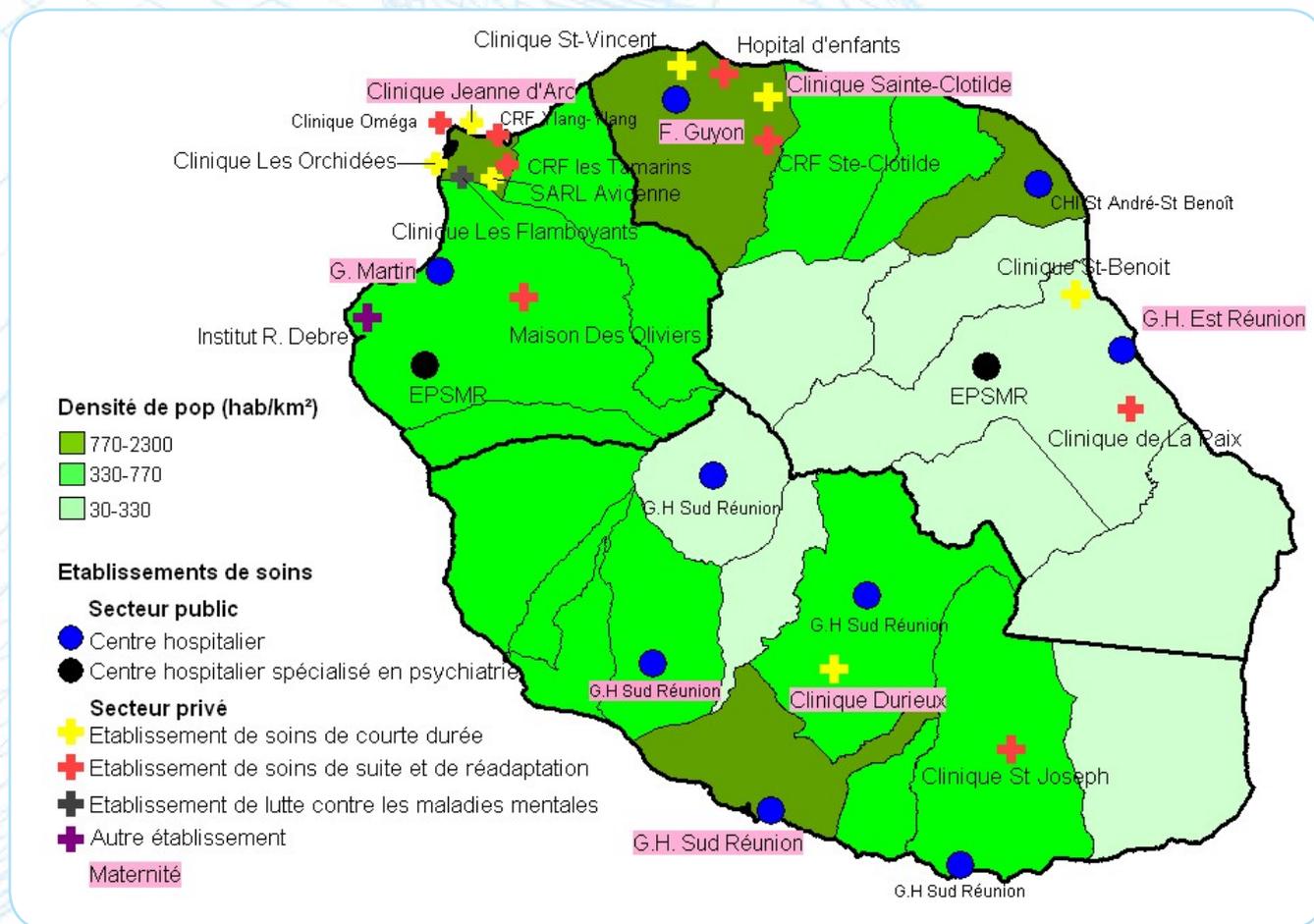
NB (*) : nombre d'habitants par km²

NB (**): pour 1 000 habitants (recensement de population 202006)

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Au total, 8 de ces établissements sont dotés d'une maternité (Graphique 2).

Graphique 2 : Etablissements de soins (Etablissements sanitaires publics et privés au 01/01/2010)



La Réunion est la région française la moins bien dotée pour le court séjour hospitalier, excepté en gynécologie-obstétrique (Tableau 3). En effet, les besoins sont importants sur l'île en raison de la forte fécondité. En médecine et chirurgie, La Réunion compte les taux d'équipement les plus faibles contrairement au Limousin qui compte les taux d'équipement les plus forts et contrairement aux Antilles-Guyane

qui ont des taux d'équipements proches de ceux de la métropole.

Concernant les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie générale, les taux d'équipement sont également les plus faibles pour la région Réunion. Toute fois, en SSR, plusieurs autorisations n'ont pas été mises en œuvre dans chacun des 3 territoires de santé.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Tableau 3 : Taux d'équipement en lits et places pour 1000 habitants au 01/01/2008
(Sources : Statiss DRASS)

	COURT SÉJOUR HOSPITALIER			SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (MOYEN SÉJOUR)		PSYCHIATRIE		PERSONNES ÂGÉES ***		HANDI-CAP ****
	Médecine (yc HAD)	Chirurgie	Gynécologie-Obstétrique	Réadaptation fonctionnelle	Equipement global	Infanto-juvénile*	Générale	EHPA	Lits médicalisés	Lits-places d'enfants
Alsace	2,35	1,62	0,41	0,47	1,62	1,04	1,31	124	114	9,58
Aquitaine	2,21	1,77	0,33	0,67	1,73	1,30	1,78	114	87	10,56
Auvergne	2,26	1,77	0,34	0,56	1,75	1,28	2,50	122	122	11,17
Bourgogne	2,55	1,65	0,36	0,43	1,59	0,92	1,50	138	125	9,17
Bretagne	2,18	1,46	0,35	0,56	1,62	1,16	2,09	134	119	8,8
Centre	1,98	1,44	0,36	0,33	1,48	0,95	1,49	117	102	9,78
Champagne-Ardenne	2,30	1,83	0,39	0,33	1,06	0,92	1,33	119	99	10,78
Corse	2,09	1,75	0,40	0,86	2,00	1,05	1,60	36	86	7,47
Franche-Comté	2,11	1,62	0,41	0,49	1,42	0,89	1,55	99	89	11,55
Ile-de-France	2,06	1,56	0,39	0,51	1,49	0,86	1,15	112	82	6,7
Languedoc-Roussillon	1,92	1,67	0,33	1,08	2,08	0,83	1,74	88	81	8,36
Limousin	2,81	1,95	0,31	0,39	1,54	1,06	2,39	100	106	11,23
Lorraine	2,53	1,67	0,41	0,53	1,54	0,77	1,52	123	99	10,45
Midi-Pyrénées	1,97	1,57	0,32	0,69	1,77	1,26	1,84	111	96	11,28
Nord-Pas-de-Calais	2,10	1,58	0,43	0,55	1,43	0,51	1,42	103	76	9,35
Basse-Normandie	2,53	1,56	0,40	0,65	1,55	0,92	1,63	137	107	11,69
Haute-Normandie	1,90	1,38	0,35	0,36	1,34	1,07	1,22	151	96	10
Pays de la Loire	1,80	1,35	0,36	0,43	1,49	0,83	1,47	156	124	8,88
Picardie	2,01	1,32	0,41	0,60	1,49	1,37	1,57	120	138	9,16
Poitou-Charentes	1,95	1,44	0,34	0,34	1,39	1,35	1,39	128	108	10,75
PACA	2,22	1,78	0,35	0,80	2,27	0,83	1,82	95	73	7,09
Rhône-Alpes	2,02	1,51	0,35	0,49	1,56	0,62	1,40	127	104	8,61
Métropole	2,12	1,58	0,37	0,56	1,61	0,92	1,54	118	98	8,91
Antilles-Guyane	2,15	1,15	0,57	0,39	1,18	0,42	1,11	35	45	5,18
Réunion	1,58	0,87	0,44	0,28	0,65	0,73	1,05	45	38	6,36
Mayotte								0	0	0
Position de La Réunion	24/24	24/24	2ème	24ème	24ème	21ème	24ème	22ème	24ème	23ème

Taux d'équipement le plus important
 Taux d'équipement le plus faible

(*) Pour 1000 enfants de 0 à 16 ans.
(**) Pour 1000 habitants de plus de 16 ans.
(***) Pour 1000 habitants de 75 ans et plus
(****) Pour 1000 jeunes de moins de 20 ans

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Ainsi, malgré une espérance de vie plus basse à La Réunion, les taux de recours aux soins hospitaliers y sont inférieurs à ceux de métropole quelque soit l'âge, en médecine comme en chirurgie, ce qui pourrait être la conséquence d'un moindre équipement hospitalier³⁸.

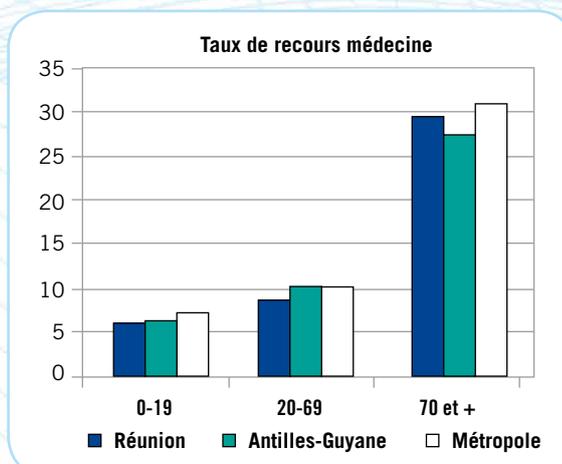
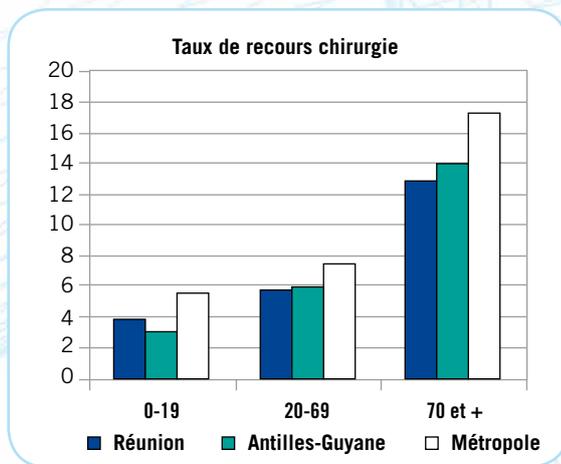
L'essentiel de l'activité hospitalière, comptabilisée en nombre de séjours (entrées et venues), est constitué par le court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : celui-ci représente 64 % à La Réunion et 66 % en métropole. Environ 20 % des entrées et venues relèvent de la psychiatrie, comme en métropole. Le moyen séjour, atteint 16 % à La Réunion. Le long séjour sanitaire tient une part très faible dans l'activité, tout comme en France métropolitaine.

En MCO la tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) observée en métropole est encore plus forte à La Réunion où elle est de 4.4 jours (5.3 en métropole).

Seuls les taux de recours en médecine des plus de 60 ans se rapprochent du taux national, du fait du peu de places en structures médicalisées pour les personnes âgées.

Par contre, on observe des taux de recours en chirurgie particulièrement faibles à La Réunion après 60 ans : On note ainsi un ICH³⁹ de 78.7 pour La Réunion, 2^{ème} région après la Martinique à afficher un taux de recours aussi faible par rapport à la moyenne nationale.

Graphique 3 : Taux de recours Chirurgie et Médecine comparés Réunion, Antilles-Guyane et métropole



38. Source PMSI 2008

39. Indice de comparaison hospitalière base 100 métropole.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

L'offre de soins se décline également en nombre de séjours et par territoires hospitaliers (SROS2004) :

Les tableaux 4, 5 et 6 détaillent l'offre de soins existante par discipline

Tableau 4.1 : Le court séjour hospitalier : nombre de séjours MCO en 2009 rapporté à la population de chaque territoire (GO : femmes de 15-49 ans)

		Médecine	Chirurgie	Gynécologie-Obstétrique
Territoire Nord-Est	Public	9,8	3,5	7,7
	Privé	4,3	3,6	4,2
	Total	14,1	7,1	11,9
Territoire Ouest	Public	6,2	1,9	7,8
	Privé	1,7	6,0	3,8
	Total	7,8	7,9	11,6
Territoire Sud	Public	9,3	2,4	10,1
	Privé	0,6	3,3	1,6
	Total	9,9	5,8	11,8
Réunion	Public	8,8	2,7	8,7
	Privé	2,3	4,0	3,1
	Total	11,1	6,8	11,8
Mayotte	Public	0,7	0,2	18,4

En ce qui concerne la médecine, le taux de recours est plus important dans le territoire Nord Est, alors que le territoire Ouest, en particulier pour le privé affiche un taux de recours plus important en chirurgie.

En Gynécologie obstétrique, la situation semble équilibrée entre les 3 territoires Réunionnais, avec cependant un secteur public plus représenté, mais Mayotte se distingue, sans doute par sous estimation du nombre de femmes au dénominateur.

On constate par ailleurs que, sur l'ensemble de la région Réunion et par territoire, les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) maximums de médecine et de chirurgie ne sont pas dépassés et les minimums ne sont pas atteints (Tableau 4.2).

En ce qui concerne le SSR, l'atteinte des Objectifs Quantifiés est très inégal selon les territoires et les niveaux (Tableau 5). Pour le niveau 1 l'Ouest paraît bien équipé, alors que le Sud affiche un déficit de journées réalisées par rapport à son objectif.

Tableau 5 : L'offre de soins en SSR par niveaux⁴⁰ et territoires

Nombre de journées réalisées sur autorisées			
Territoire			
	Nord-Est	Ouest	Sud
Niveau 1	48,6	90,3	19,1
Niveau 2	60		6,9
Niveau 3	53,4		
Réunion	50,5		

Tableau 4-2 : Les objectifs quantifiés de l'Offre de Soins (MCO)

		Territoire NE	Territoire Ouest	Territoire Sud	Total Réunion
Médecine	Tous séjours 2008	42 948	13 228	30 692	86 868
	Tous séjours 2009	44 142	13 683	30 951	88 776
	Evolution	2,8%	3,4%	0,8%	2,2%
	OQOS réalisés	37 217	10 706	25 182	73 105
	OQOS autorisés	36 864	12 066	33 143	82 073
Chirurgie	Tous séjours 2008	21 742	12 418	17 120	51 280
	Tous séjours 2009	22 270	13 695	18 065	54 030
	Evolution	2,4%	10,3%	5,5%	5,4%
	OQOS réalisés	21 456	12 700	17 239	51 395
	OQOS autorisés	22 367	15 096	18 368	55 831
Obstétrique	Tous séjours 2008	9 877	5 588	9 797	25 262
	Tous séjours 2009	10 280	5 486	9 761	25 527
	Evolution	4,1%	-1,8%	-0,4%	1,0%

En termes de séjours SSR, La Réunion se démarque des Antilles par une très forte activité en hospitalisation partielle. Elle enregistre près de 38 500 venues contre 9 000 en Martinique.

40. niveau 1 : SSR de proximité et spécialisation en locomoteur, neurologie et addictologie
niveau 2 : SSR spécialisés en cardiologie, respiratoire et pédiatrie
niveau 3 : SSR spécialisés dans la prise en charge des grands brûlés, rééducation nutritionnelle.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

La prise en charge des patients en IRC est différente selon les 2 zones géographiques, Nord et Sud. On observe davantage d'hémodialyse en centre ou en unité médicalisée dans le Nord, dans le Sud les patients sont davantage pris en charge en auto dialyse ou en DP (Tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de patients pris en charge en IRC en 2009 par modalité de prise en charge

	Nord	%	Sud	%
Hémodialyse en centre	385	50,33	180	45,8
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	121	15,82	35	8,91
Hémodialyse en unité d'auto-dialyse	218	28,50	130	33,08
Dialyse à domicile par hémodialyse et dialyse péritonéale	41	5,36	47	11,96
Toutes modalités confondues	765	100	393	100

Les inégalités territoriales se traduisent également par des taux d'attractivité et de fuite : Le tableau 7 montre que le territoire Ouest connaît un taux de fuite en médecine important vers le Nord. Son taux de fuite en chirurgie semble compensé en partie par une attractivité des patients du Sud

Tableau 7 : Flux de patients par territoires de santé

Flux 2009				
Territoire		Taux d'attractivité	Taux de fuite	Solde
Nord-Est	M	20,01%	2,86%	18,8%
	C	17,03%	7,73%	9,1%
	O	6,44%	1,76%	4,0%
Ouest	M	12,03%	33,7%	-25,5%
	C	26,45%	20,69%	6,5%
	O	9,42%	10,31%	-1,3%
Sud	M	5,78%	11,16%	-6,7%
	C	5,5%	16,7%	-12,9%
	O	1,9%	4,6%	-3,2%

— La santé mentale

En hospitalisation complète, La Réunion compte un nombre de lits supérieur à celui des Antilles (358 contre 308 en Martinique et 21 en Guadeloupe), Elle réalise plus de 7500 entrées contre 2 000 en Martinique et 2 500 en Guadeloupe. Ce qui s'explique par une durée moyenne de séjour bien plus faible à La Réunion que dans les autres DOM: 14,6 jours contre 54,9 en Martinique et 31,6 en Guadeloupe.

La prise en charge de la santé mentale repose essentiellement sur une offre de psychiatrie sectorisée :

La Réunion est le département d'Outre mer où l'activité en hospitalisation partielle est la plus développée (46500 venues). A l'opposé la Guyane enregistre 2 500 venues, alors que la Martinique et la Guadeloupe en comptent aux alentours de 10 000.

Mayotte

L'organisation du système de soins est centrée autour du centre hospitalier de Mayotte, établissement public de santé créé en 1997.

Le Centre Hospitalier de Mayotte dispose :

- d'un hôpital à plateau technique (chirurgie, obstétrique, imagerie, psychiatrie, réanimation, urgences, spécialités médicales) à Mamoudzou.
- de 3 hôpitaux intercommunaux ou dispensaires de référence :
 - 1) DZAOUZDI qui comporte un service d'urgence, 8 lits de maternité et 14 lits de médecine
 - 2) CHIRONGUI et KAHANI qui comptent 40 lits de maternité
 - 3) Un 4ème hôpital intercommunal situé à DZOUMOGNE sera opérationnel fin 2010 ; actuellement, les accouchements sont encore réalisés dans les maternités rurales du nord de l'île
- d'un réseau de 14 dispensaires.

Le budget du CHM est de 130 M€. Sa ca-

ANNEXE

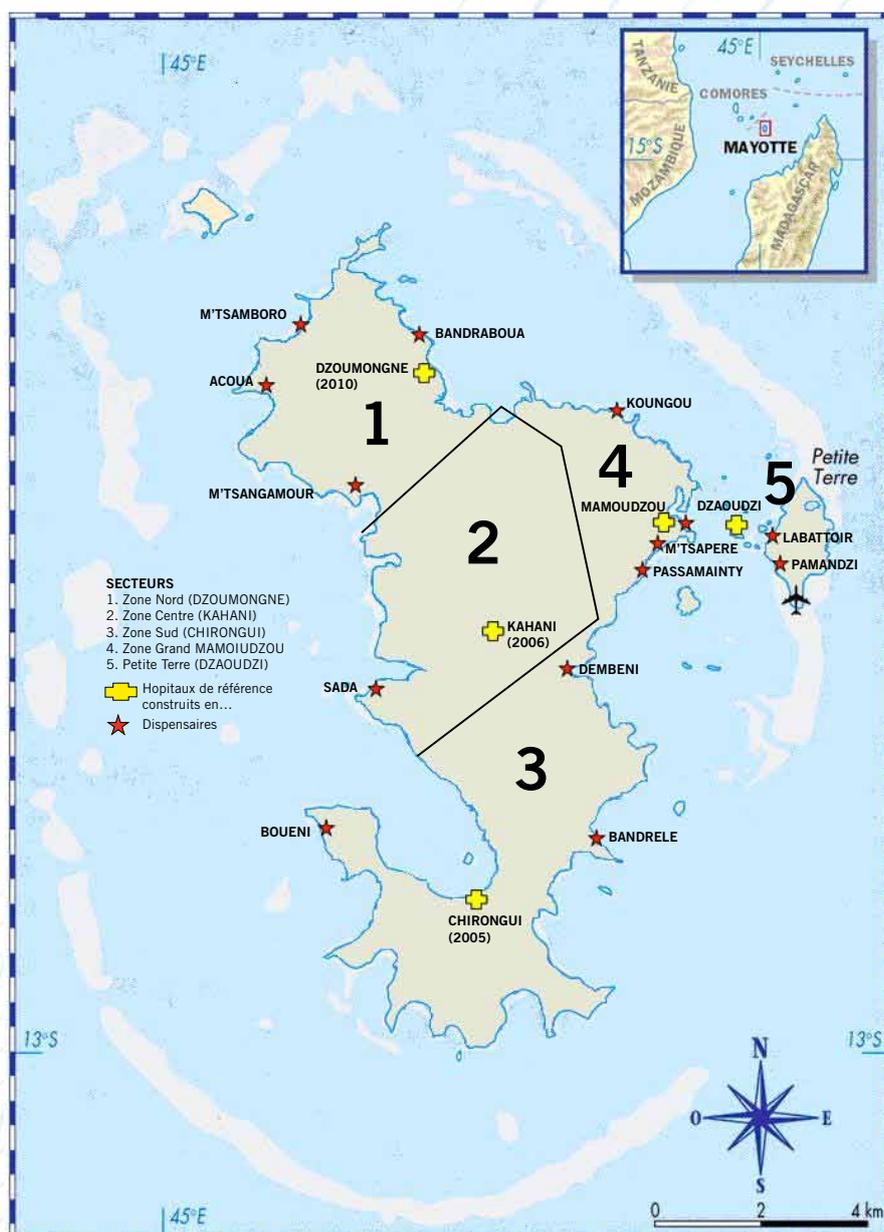
DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

capacité globale est de 253 lits. Il a bénéficié de financements importants notamment dans le cadre du plan hôpital 2007 (opération de restructuration / agrandissement du site principal : 56 M€). L'établissement a déposé 4 autres dossiers, (blocs opératoires, hôpital de Petite Terre, plateforme de Longoni, systèmes d'information) actuellement en cours d'instruction dans le cadre du plan hôpital 2012. Le centre hospitalier

emploie plus de 2000 agents, dont 195 médecins.

Un centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale par hémodialyse, géré par une clinique privée de La Réunion a été autorisé en 2008 et devrait ouvrir dans le courant 2011.

La carte ci-dessous présente les 5 secteurs sanitaires de Mayotte : Zone de desserte hospitalière



ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

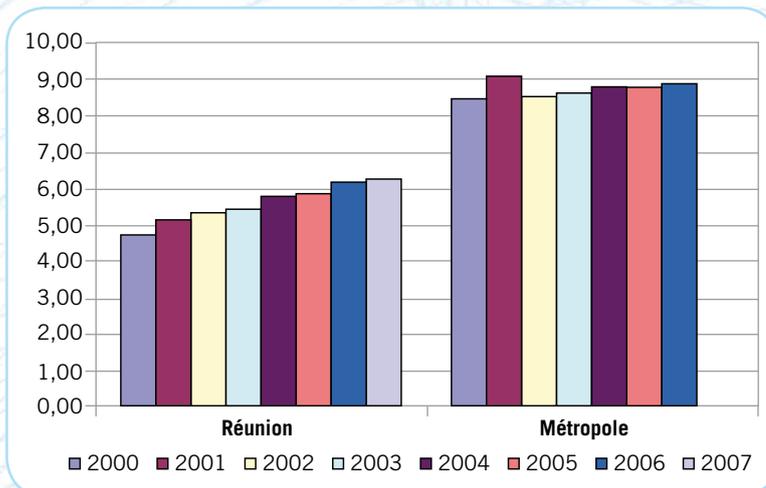
— Prise en charge médicosociale

Réunion

Concernant le secteur des personnes handicapées, La Réunion a été marquée sur la période 2006-2009 par un effort de rattrapage de l'équipement médico-social qui s'est traduit par l'autorisation d'un nombre significatif de nouvelles structures (graphiques 3 et 4). La situation est inégale selon qu'il s'agit du secteur des enfants

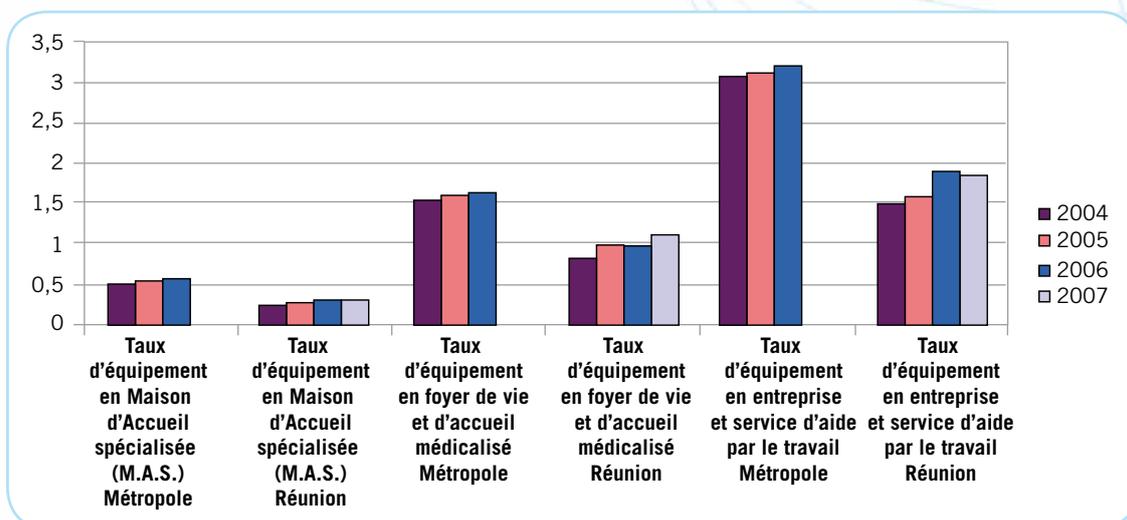
handicapés, plus réactif aux mesures nouvelles (le secteur s'est surtout développé autour d'établissements et services déjà existants dans le cadre de renforcements capacitaires) et le secteur des adultes qui doit composer avec les difficultés mentionnées précédemment et avec la difficulté de monter en charge au même rythme avec le co-financeur qu'est le Conseil Général. Pour l'enfance et la jeunesse, on compte 868 lits ou places pour déficients mentaux, 125 pour polyhandicapés, 103 pour handicapés moteurs, 175 pour déficients sensoriel et 485 lits ou places en service de soins et d'éducation spécialisée à domicile

Graphique 3 : Accueil des enfants handicapés*



* nombre de lits et places des établissements pour 1000 jeunes de moins de 20 ans

Graphique 4 : Accueil des adultes handicapés



ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Situation actuelle (01/01/2010)

Taux d'équipement ESAT				
Micro-régions	Places	Taux d'équipement	Capacités projetées en 2010/2011/2012	Taux d'équipement avec les nouvelles capacités
Nord (pop 2007 : 158 225)	299	1,88	299	1,88
Est (pop : 119 867)	120	1	160	1,3
Ouest (pop : 179 786)	73	0,4	160	0,88
Sud (pop : 210 062)	393	1,87	400	1,90
Total (population 2007: 794 106)	885	1,11		

Éléments comparatifs (rapportés à une population de 1000 adultes de 20 à 59 ans) :
 Taux d'équipement national (pour 1000 adultes de 20 à 59 ans) : 3,26
 Taux d'équipement locale (pour 1000 adultes de 20 à 59 ans) : 2,08

Equipement SSIAD			
Dénomination SSIAD	Places autorisées	Places installées	Zone de couverture
SSIAD Croix -Rouge Française	263	263	St-Denis, Ste-Marie, Ste-Suzanne, Bras-Panon, St-Benoît, La Plaine des Palmistes, La Possession, Le Port, St-Paul, Le Tampon
SSIAD de l'association les Attes	32	32	St-André
SSIAD de du CIAS de la CIVIS	185	185	St-Louis, Etang-Salé, St-Joseph, Petite-Ile, St-Philippe, St-Pierre, Entre-Deux, Cilaos,
SSIAD du CCAS de St-André	29	29	St-André
Total	509	509	

Concernant le secteur personnes âgées, en 2007, La Réunion compte 19 structures d'accueil dont 17 maisons de retraites et 2 établissements de soins de longue durée, pour un total de 12 EHPAD. La capacité d'accueil s'élève à 1 150 lits, sans compter les structures locatives (environ 23 résidences). Le faible taux d'équipement pour ces établissements s'explique par la tradition de prise en charge familiale très présente à La Réunion et particulièrement dans les zones rurales.

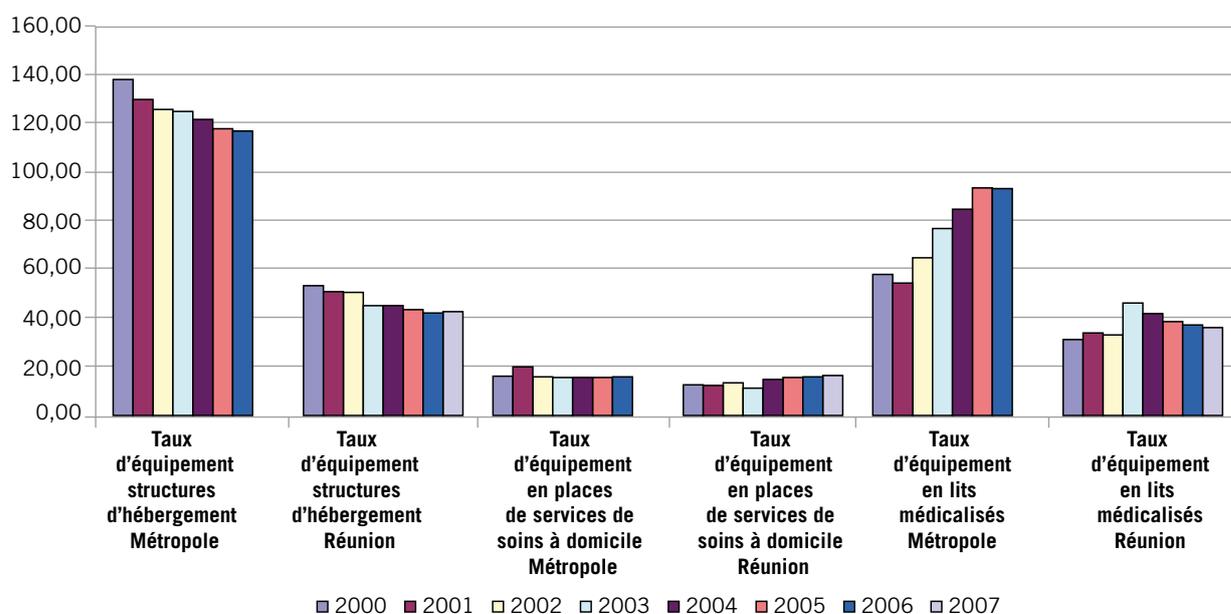
Pour ce secteur Personnes Agées, il convient là aussi de distinguer l'offre de ser-

vice, dont la réalisation des mesures nouvelles seulement soumise à des embauches de personnels est rapide, de celle des établissements conditionnée à des investissements lourds dans un contexte local de foncier peu disponible et avec l'incertitude du suivi du co-financier Département.

La réponse à la diversification des modes d'accompagnement, et en particulier le soutien au maintien à domicile est une préoccupation prise en compte dans les choix d'allocation budgétaire et de programmation. Le graphique 5 ci-dessous illustre cet effort vers le maintien au domicile.

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Graphique 5 : Taux d'équipement personnes âgées Réunion/métropole



NB : Structures d'hébergement : maisons de retraite , logements de logements-foyers, lits en hébergement temporaire

Lits médicalisés : section de cure médicale, soins de longue durée

Mayotte

A Mayotte, La politique de prise en charge du handicap et de création des services est en cours. Un schéma du handicap a été écrit et acté, la Maison Pour le Handicap (MPH) en est la 1ère mise en oeuvre.

La prise en charge des personnes âgées est inexistante à ce jour.

Les Prestations en faveur des personnes handicapées :

- L'allocation adulte handicapé (AAH) : seule prestation légale, récemment revalorisée à 239€, concerne actuellement près de 240 adultes.
- Les aides sociales du Conseil Général, attribuées dans le cadre de son règlement territorial d'action sociale : l'allocation enfant handicapé (100€) et l'allocation « tierce personne » (150€). En 2007, près de 600 personnes ont bénéficié de ces aides.

- La Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) : dans le cadre de son budget d'action sociale, des aides individuelles permettent d'assurer le financement de mesures susceptibles de participer à la compensation des conséquences du handicap (aide à domicile, appareillage, transport, adaptation du logement,...).

Si l'ordonnance n°2008-859 du 28 août 2008 prévoit la création de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, la question de la prestation compensatrice du handicap demeure.

Les Prises en charge associatives :

A défaut de base juridique permettant la mise en place et le fonctionnement de services et établissements médico-sociaux, des actions associatives soutenues par les pouvoirs publics (Etat, Conseil Général, Caisse de Sécurité Sociale) permettent d'assurer une première prise en charge des besoins des personnes handicapées, notamment s'agissant des enfants.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

- L'association TOIOUSSI propose un accueil de jour pour des enfants présentant une déficience intellectuelle, des troubles de la conduite ou du comportement voire un polyhandicap et met en place des prestations socio-éducatives, de la guidance parentale ainsi que des actions d'information des familles. 4 centres sont répartis sur le territoire et accueillent un total de 117 enfants, dont 73 sont en intégration scolaire. Le personnel se compose d'éducateurs spécialisés ou de jeunes enfants, de moniteurs éducateurs et d'assistantes familiales.
- L'association pour les déficients sensoriels de Mayotte (ADSM) propose un accueil de jour pour des enfants présentant une déficience auditive ou visuelle et accompagne quelques adultes (40 enfants accueillis) ; elle a mis en place un service de dépistage précoce du handicap sensoriel pour lequel elle bénéficie d'une mise à disposition, par le Centre Hospitalier de Mayotte, d'un temps d'orthophoniste et d'ORL. Elle propose également des prestations visant à assurer un suivi socio-éducatif et des actions de formation et d'information. L'association dispose d'un personnel comprenant notamment 2 éducateurs spécialisés et un moniteur éducateur.
- L'association les enfants de la lune accueille des enfants souffrant d'une maladie génétique rare, Xéroderma Pigmentosum, afin d'assurer un suivi pédagogique et éducatif, de scolariser sans risque les enfants et d'accompagner les familles (10 enfants accueillis). L'association bénéficie d'une mise à disposition, par l'Education Nationale, d'un enseignant à temps plein.
- L'association M'sanda Mayotte délivre des prestations d'aide à domicile aux bénéficiaires des personnes handicapées (enfants ou adultes) et des personnes âgées afin de leur apporter une aide dans les actes essentiels de la vie, de les accompagner dans leur activité sociale et de soutenir les familles (une cinquantaine de personnes accompagnées).

Les moyens institutionnels :

- **Education Nationale :** Les moyens mis en place par l'éducation nationale en faveur de la scolarisation des enfants handicapés sont les suivants :

- 28 classes d'intégration scolaire, 10 PPF-AIS, 4 UPI, représentant un total de 528 enfants scolarisés, auxquels il faut rajouter 15 enfants en intégration individuelle dans le 1er degré et 5 dans le second degré.

- 18 personnes assurant le suivi des enfants handicapés, répartis sur les 8 circonscriptions : 8 psychologues, 8 enseignants « référents », 1 secrétaire et 1 Inspecteur AIS.

- **Conseil général :** Une équipe composée de 21 professionnels intervient dans la prise en charge des personnes handicapées. Leur activité se répartit entre les 5 unités d'action sociale réparties sur le territoire. Les effectifs se déclinent entre 14 Auxiliaires de vie sociale, 5 moniteurs éducateurs, 1 assistante sociale, 1 éducateur spécialisé, chef de service.

- **Etat :** La DASS participe au financement des associations par l'attribution de subventions de fonctionnement. Les crédits ainsi mobilisés sont imputés sur le BOP 123, « conditions de vie outre-mer », au titre de l'action 4 dont l'objet est de compenser les dépenses hospitalières pour les soins délivrés aux non assurés sociaux.

Associations	2008	2009
TOIOUSSI	460 000 €	601 880 €
ADSM	140 000 €	180 000 €
Enfants de la lune	38 000 €	70 457 €
M'SANDA Mayotte	40 000 €	45 000 €
Total	678 000 €	897 337 €

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— Professionnels

• A La Réunion

Le secteur de la santé regroupe plusieurs professionnels qui interviennent dans la prise en charge des patients. On dénombre au 1er janvier 2010, 10 920 professionnels de santé. Les infirmiers sont de loin les plus représentés (5 534), suivis par les médecins (2 104) et les masseurs-kinésithérapeutes (1 177).

La Réunion enregistre des densités inférieures au niveau national pour plusieurs professions, notamment les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les infirmiers. Mais la mesure de la densité ne tient pas compte de la structure par âge de la population. Ainsi, La Réunion, composée d'une population jeune aurait des besoins particuliers en sages-femmes, en gynécologie-obstétrique ou pédiatrie.

La Réunion connaît des inégalités quant à la répartition communale des professionnels de santé. Ceux-ci sont plus fréquemment concentrés dans les grandes villes ou à proximité. Les professions offrant des soins de proximité comme les infirmiers libéraux, les médecins généralistes, les sages-femmes libérales, les opticiens-lunetiers, bien que couvrant l'ensemble de l'île, sont cependant répartis inégalement et attirés par les zones climatiquement plus agréables à vivre (Ouest et Sud), ce s'illustre parfaitement sur la carte ci-dessous.

Certains métiers sont, à l'inverse, très dépendants de l'implantation du secteur hospitalier et leur répartition apparaît alors moins homogène sur le territoire réunionnais. Comme par exemple les orthoptistes qui sont essentiellement concentrés à Saint-Denis, Saint-Pierre et le Tampon. C'est le cas également des professions qui relèvent majoritairement du salariat comme les manipulateurs radio, les psychomotriciens, les ergothérapeutes...

De 2005 à 2010, la population réunionnaise a augmenté de 1,1 % en moyenne annuelle. Les professions de santé, ont connu, dans le même temps une plus grande augmentation de leurs effectifs. Les densités se sont donc accrues. La croissance la plus forte depuis les 5 dernières années concerne les ergothérapeutes (+ 13,3 % annuels). Les effectifs en masseurs-kinésithérapeutes ont

également connu une très forte augmentation (+ 10,2 %). Les médecins et chirurgiens-dentistes enregistrent, sur 5 ans, des taux de croissance plus réduits : + 4,5 % pour les généralistes, + 2,8 % pour les spécialistes et + 1,8 % pour les dentistes.

La structure par âge des professions de santé est un indicateur du renouvellement des effectifs. On constate des différences notables entre les professions.

Si les diététiciens comptent la part la plus importante de professionnels de 55 ans et plus (population encline à partir en retraite à court ou moyen terme), elle voit sa relève assurée par une forte proportion de moins de 35 ans (61 %). Les opticiens-lunetiers, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes sont en moyenne les plus jeunes. En effet, la part des 55 ans et plus pour ces professions est faible (allant de 1 % à 9 %) et celle des moins de 35 ans est particulièrement forte (62 % à 65 %).

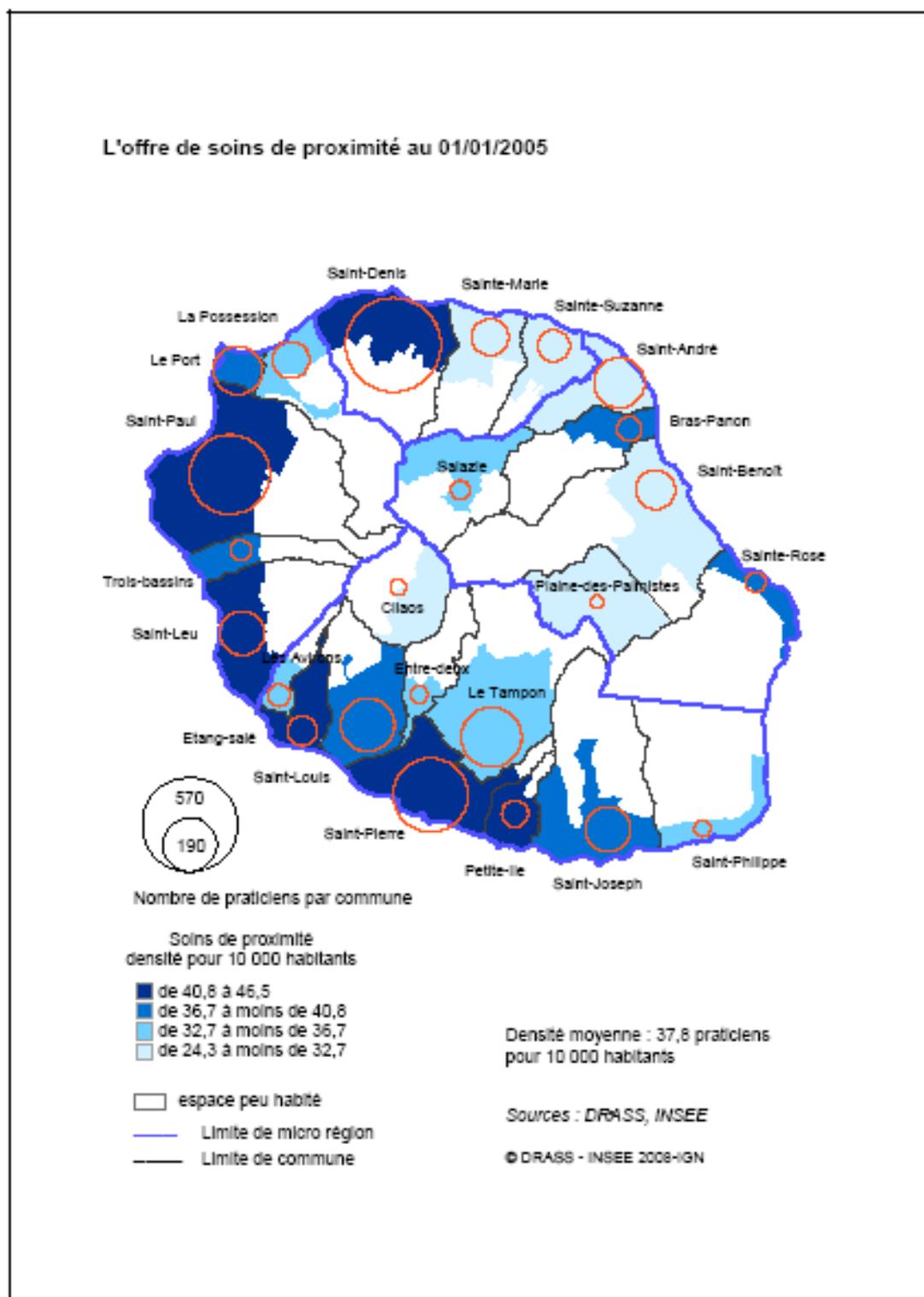
En revanche, certaines professions sont plus vieillissantes et voient coexister une part importante des 55 ans et plus avec une faible proportion de moins de 35 ans. Il s'agit des médecins et des chirurgiens-dentistes. De plus, ces trois professions sont celles dont les effectifs augmentent le moins rapidement.

Il n'y a pas actuellement à La Réunion de Maison de santé pluridisciplinaire. Les structures ambulatoires répondent au dispositif de permanence des soins :

- 3 maisons médicales de garde (MMG) fonctionnent actuellement (dont 2 adossées à un établissement hospitalier CHGM et GHSR) et 2 cabinets médicaux de garde. Une seule MMG, implantée à André (Maison de soins de l'est) est financée sur le FIQCS.

ANNEXE DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Graphique 6 : Répartition communale des professionnels de proximité (médecins généralistes, infirmiers, sage-femmes, opticiens lunettiers et masseurs-kinés, tous libéraux)



ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

• A Mayotte

A Mayotte, Le secteur libéral ne s'est guère développé du fait de la conjugaison des éléments suivants :

- une montée en charge progressive du régime d'assurance maladie ne couvrant pas encore la totalité de la population susceptible d'être affiliée ;
- une forte majorité des assurés sociaux qui ne disposent pas de revenus leur permettant de faire l'avance des frais ou de prendre en charge le ticket modérateur (consultation médicale, analyses biologiques, examens radiologiques...), le secteur mutualiste étant actuellement inexistant à Mayotte;
- le monopole de fait du CHM au travers de la gratuité des soins dans les dispensaires et l'hôpital ainsi que la distribution des médicaments ;

Ainsi, depuis 2004, l'offre de soins libérale n'a que peu évolué, avec une stabilité du nombre de médecins, comme du nombre d'officines de pharmacie, fortement concentré sur le Grand Mamoudzou. Seul le secteur des infirmiers libéraux s'est très fortement développé et peu notamment s'expliquer par une forte prévalence du diabète, qui peut représenter une niche rémunératrice.

Le nombre total de professionnels de santé de ce secteur libéral, dont la quasi totalité est conventionnée, s'élève actuellement à 186 et se répartit de la manière suivante :

- 15 médecins généralistes,
- 7 médecins spécialistes,
- 14 pharmaciens,
- 1 laboratoire,
- 1 radiologue
- 244 auxiliaires médicaux, dont 104 infirmiers,
- 7 chirurgiens dentistes,
- 7 opticiens, 1 oculariste et 1 fournisseur d'appareillages.

La densité des médecins libéraux ne serait ainsi que de 22 pour 100 000 habitants, et donc largement inférieure à la métropole ou à La Réunion (respectivement 196 et 160 médecins libéraux pour 100 000 habitants).

Vu le faible nombre de médecins libéraux et l'importance de la population non affiliés à l'Assurance Maladie les dispensaires du CHM sont les structures de santé qui permettent d'assurer l'accessibilité de la population aux soins de base

PRINCIPALES SOURCES UTILISEES :
SAE PMSI ADELI FINISS

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

AVIS DE LA CONFÉRENCE DE
SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE DE
LA RÉUNION - 8 AVRIL 2011

Rédaction :
Audrey de Fondaumière
Chargée de mission près de la Directrice Générale
Courriel : audrey.defondaumiere@ars.sante.fr
Téléphone : 0262 93 95 37

— Préambule

Les voies inédites de la démocratie sanitaire...

La Conférence de Santé et de l'Autonomie de La Réunion s'est réunie le vendredi 8 Avril 2010, donnant tout son sens au principe de la démocratie sanitaire. Elle a assumé son rôle clé : participer à la définition de la politique régionale de santé. Dans la concertation et le débat, elle a formulé son avis sur le Projet Stratégique de Santé.

... dans le débat et la concertation,

La qualité du Plan Stratégique de Santé a été saluée à l'unanimité. La clarté du document, l'effort de rendre accessible et compréhensible au plus grand nombre des problématiques et orientations souvent complexes ont été appréciés des membres.

La CSAR a pleinement validé la proposition de coupler le plan santé environnement avec le PRS.

Ses membres n'ont toutefois pas hésité, par la voix de leur Président, à formuler des propositions à la Directrice Générale de l'AS OI pour que soient mieux appréhendées certaines spécificités de santé de La Réunion.

Ainsi des aspects, jusque là associés au champ de l'opérationnel avec donc une vocation à être détaillés davantage dans les schémas, ont été redéfinis et proposés par les membres de la CSAR comme relevant pleinement de la dimension stratégique.

Ces aspects ont renforcé le 3e axe structurant du Plan Stratégique de Santé portant sur la promotion d'un espace favorable à la santé. Celui se voit enrichi dans une approche de développement global avec :

un impératif de coordination des différents acteurs,

un effort marqué pour l'accessibilité à des prises en charges de qualité dans les établissements de soins et les établissements médico sociaux.

un souci permanent d'attractivité et de fidélisation des professionnels.

... ainsi que l'actualisation des différences.

En effet si les deux territoires, Mayotte et La Réunion, sont conscients de la richesse qu'offre leur union dans une même agence de santé, dimensionnée Océan Indien, il reste que certaines caractéristiques propres à chaque îles doivent être mentionnées. La CSAR a souhaité que les données précisent et soulignent ces différences.

A titre d'exemple, la mention du processus de départementalisation a été ajoutée au paragraphe portant sur Mayotte dans la partie introductive du Plan Stratégique de Santé : le Diagnostic Océan Indien.

A fortiori, toujours dans ce diagnostic à la partie traitant des inégalités territoriales, des nombreux éléments viennent étayer la différence de niveaux de développement.

Si la situation à La Réunion impose une mise à niveau des établissements et services, à Mayotte, l'impératif est au renforcement de l'offre de santé.

Ordre du jour

- I. Ouverture de la séance par M. Le Président de la Conférence de Santé et de l'Autonomie.**
- II. Introduction par Mme La Directrice Générale de l'Agence de Santé Océan Indien.**
- III. Présentation du Plan Stratégique de Santé par les docteurs Arbes et Simonpieri.**
- IV. Présentation du Plan Régional Santé Environnement 2 et son articulation avec le PRS**

Contexte

Suite au Grenelle de l'environnement, une circulaire de 2008 prévoyait une articulation forte entre les ministères chargés de l'écologie et de la santé et les régions dans le cadre de la construction d'un plan régional de santé répondant au plan national santé environnement.

La deuxième circulaire qui devait établir les modalités d'organisation n'est pas encore parue.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

Suite aux réformes marquant la refonte des services préfectoraux et la réorganisation du service public de la santé à l'échelle de la région, cette articulation devrait échoir désormais au préfet avec la DEAL d'une part et à l'ARS d'autre part.

Problématique :

Comment articuler le plan régional santé environnement avec le PRS.

Les relations excellentes à La Réunion entre les services préfectoraux et l'ARS permettent que de façon inédite en France, la DG ARS, le préfet et le directeur de la DEAL décident de construire ensemble ce plan santé environnement. Plutôt que d'offrir à La Réunion, deux plans distincts portant sur le même périmètre, la volonté est de fusionner ces deux plans, pour porter ensemble un plan plus fort et plus cohérent.

Aussi la perspective serait que le plan régional santé environnement de la DEAL (PRSE2) soit exactement le même que le volet environnement du projet régional de santé de l'ARS.

M. Jean Noël GARNIER, DEAL, présente donc à la CSA en quoi consiste le PRSE2.

V. Quorum

Vérification du quorum avant le vote. Il y a bien 40 voix délibératives.

VI. Lecture de l'Avis formulé suite à la Commission Permanente du 7 Avril 2011.

VII. Présentation par Mme Murielle Mo-niez du Rapport des usagers

Ce rapport est très favorablement accueilli par tous les membres présents.

La commission des usagers incarne bien cette approche nouvelle de la politique de santé. Désormais le débat n'est pas réservé aux experts et professionnels de santé, mais il s'ouvre afin de garantir l'expression de tous ceux concernés par la santé.

Ainsi ce rapport évalue le respect des droits des usagers. Premier exercice du genre, il insiste sur la nécessité de rappeler certains établissements à leur obligation de désigner des représentants des usagers au sein des commissions locales de l'activité libérale.

Ce rapport interpelle encore sur l'impératif pour les établissements de santé de déployer de véritables moyens favorisant le respect des droits des usagers et leur information.

Il invite l'ARS à ouvrir la réflexion dans le cadre du Plan Stratégique de Santé notamment sur la création d'un équivalent des Commissions des Relations des Usagers et la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) dans le secteur médico social.

Il rappelle enfin que 2011 a été déclarée l'année des patients et de leurs droits et que c'est là une opportunité pour renforcer la visibilité et l'effectivité des droits des usagers.

VIII. Remarques/ Discussions de l'assemblée.

Diverses remarques des membres de la CSA ont nourri la réflexion.

Globalement la démarche et le document du Plan Stratégique de Santé sont bien accueillis et approuvés.

Les impératifs d'insister sur le secteur médico-social et la prévention ont été réitérés.

Le représentant de la CGTR souligne notamment que les priorités sont bien recensées et combien l'articulation nouvelle avec le secteur médico-social est importante et répond à d'anciennes attentes.

Mme Manikon a formulé une demande claire dans le sens du développement d'une offre d'hébergement, à travers notamment des familles d'accueil. Pour de nombreux patients de l'Océan Indien, déracinés, venant se faire soigner à La Réunion, il serait important de leur permettre d'être accueillis les weekends.

Les membres accueillent favorablement l'articulation PRSE2 et PRS

Le débat se penche ensuite sur l'avis de la Commission Permanente sur le Plan Stratégique de Santé ainsi que l'intégration des remarques émises par les commissions spécialisées.

Les représentants de la FHF insistent sur la nécessité d'une articulation forte avec les commissions spécialisées.

La formulation créant la polémique porte sur l'ajout d'un 4e axe structurant comme

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

proposé par la CSOS sur la nécessité d'améliorer l'offre de santé. Cet axe apparaît opérationnel et de nature à être développé et mise en œuvre de façon privilégiée dans le cadre des schémas. Pour autant il est suggéré que l'axe 3 soit reformulé de sorte à intégrer cette remarque.

Il est donc nécessaire de trancher, car le débat oppose les partisans de l'ajout d'un 4e axe et ceux plus favorables à sa refonte, sa reformulation dans l'axe 3.

IX. Vote sur l'avis lu en séance par le président.

« A l'unanimité, la commission permanente émet un avis favorable sur le Plan Stratégique de Santé dans son ensemble.

Elle demande que chacune des contributions des commissions spécialisées soient intégrées au titre des annexes du Plan Stratégique de Santé. Elle souhaite aussi que certaines formulations soient enrichies et soumises au vote de la CSAR plénière :

- Nouvelle mise en forme de la conclusion : distinction de 3 paragraphes :
- Un tronc commun à Mayotte et La Réunion soulignant leurs similitudes
- Un paragraphe mettant en relief les spécificités de Mayotte
- Un paragraphe mettant en relief les spécificités de La Réunion

D'une manière plus générale que cette mise en forme du fait de la spécificité des deux îles apparaisse.

- Proposition d'insister davantage sur la dimension de prévention dans le 3e axe : Promouvoir un espace favorable à la prévention et à la santé à La Réunion et à Mayotte.
- Modifier le 3e paragraphe de l'axe 3 : au lieu de « Mobiliser tous les acteurs de la santé sur des déterminants (...) », obtenir « Mobiliser tous les acteurs ». L'objectif est que soit comprise la nécessité de fédérer tous les acteurs pouvant prendre part de près ou de loin à la prévention et à l'éducation sanitaire.
- Proposition d'ajout d'un 4e axe structurant et insistant sur la nécessité d'améliorer l'offre de santé.

Les commissions sont favorables au Plan Stratégique de Santé. Pour autant il a été demandé que des remarques soient prises en compte et fassent l'objet d'un arbitrage plus poussé. L'opportunité d'un 4e axe en est une bonne illustration.

Le vote sur l'avis à lire au Conseil de Surveillance a donc lieu.

L'avis favorable est adopté à la majorité des voix.

X. Information/ échange sur les débats publics dans le cadre du PRS.

La CSAR est informée que quatre débats publics sont prévus à La Réunion. Un est prévu le 12 Mai à St Denis et correspond au débat national sur la dépendance. Le second aura lieu le 29 Juin à St Benoît et abordera le thème santé environnement en partenariat avec la DEAL.

Deux autres débats sont prévus :

- sur la permanence des soins et l'accessibilité de l'offre de soin.
- sur la nutrition.

Dans la mesure où les deux premiers débats ont lieu dans le territoire Nord Est, les deux suivants seront répartis entre le territoire sud et le territoire ouest.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 16 :30.

PROJET DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

AVIS DE LA CONFERENCE DE
LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE
DE MAYOTTE - 4 AVRIL 2011

— PRÉAMBULE

La Conférence de la Santé et de l'Autonomie s'accorde à constater la qualité du document produit.

Elle valide les 14 priorités d'actions et les modalités de leur déclinaison en objectifs généraux.

En revanche, elle estime que les objectifs spécifiques principalement en ce qu'ils concernent les domaines :

- de la périnatalité et de la petite enfance,
- des maladies chroniques,
- de la santé mentale,

nécessitent d'être revisités pour une prise en compte complète des spécificités de Mayotte.

En effet, l'ensemble du plan doit être replacé à l'aune des effets :

- du flux migratoire qui place l'autorité sanitaire et la population toute entière devant la contradiction permanente de garantir l'égal accès de tous aux droits tout en garantissant aux mahorais le développement d'une offre de soins que les enveloppes contraintes limitent forcément,
- d'une planification familiale non régulée principalement pour ce qui concerne les migrants,
- l'absence d'infrastructures de transport,
- l'insuffisance de l'observation en santé et de la statistique qui entravent l'analyse des besoins et l'évaluation.

— I – LE DIAGNOSTIC REGIONAL

En ce qui concerne l'état des lieux :

L'offre de soins, quelle soit publique ou libérale, doit être complétée (proposition d'éléments en pièce jointe)

La dépense de santé par habitant, un calcul fait en juillet 2009, qui doit être actualisé, fait état d'un coût de 739€ (voir pièce jointe).

En ce qui concerne les risques sanitaires :

- L'analyse doit être renforcée pour le risque infectieux.

Le Sida notamment ne doit pas être pris en compte de manière isolée mais il faut, à Mayotte, engager une approche globale

incluant les IST et les Hépatites.

- Le déterminant santé le plus significatif concerne les conditions de vie et l'accent doit être mis sur les conséquences majeures de l'absence d'une politique du logement et des grandes défaillances de celles de l'assainissement et de la salubrité publique.
- L'addictologie : la question de l'alcoolisme, longtemps estimée comme un phénomène mineur compte tenu des préceptes de la religion musulmane, doit désormais être appréhendée comme un risque qui a largement dépassé le stade de l'émergence.

Ce sont les jeunes qui sont le plus exposés compte tenu de l'absence ou de l'insuffisance des infrastructures de sports et de loisirs et de l'inactivité qui en résulte notamment hors période scolaire.

Il convient également de ne pas ignorer la consommation de drogues dont les trafics semblent s'amplifier.

- La couverture vaccinale : une enquête récente effectuée par la CIRE montre qu'une partie de la population, notamment les jeunes après 6 ans, n'est couverte qu'à 40 % ce qui place l'île dans une très grande vulnérabilité par rapport aux épidémies.

En ce qui concerne la régulation des naissances :

La pratique de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte tendant à appréhender, compte tenu de la polygamie, le droit à la Procréation Médicale Assistée (PMA) à partir d'un seuil d'enfants à respecter par famille (nombre d'enfants par père) met en cause le droit fondamental de chaque femme à procréer et doit être reconsidérée.

La planification familiale doit être repensée pour parvenir à une approche tendant à convaincre les futurs parents de la limitation des naissances nécessaire et avoir comme projet de construire des vies et des avenir.

Le phénomène particulièrement interpellant du nombre de jeunes mères scolarisées (on parle de 500) nécessite également la mise en place d'une politique volontariste et partagée de lutte contre les grossesses précoces.

ANNEXE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— II – PERINATALITE ET PETITE ENFANCE

Les objectifs spécifiques proposés paraissent pour l'assemblée parfaitement adaptés pour l'île de La Réunion mais à revoir en terme d'opérationnalité pour Mayotte.

C'est ainsi que les priorités à retenir sont :

- assurer le suivi des femmes enceintes (un grand nombre n'accède au dispositif de soins qu'au 9ème mois),
- dépister les grossesses à risque,
- élaborer un plan de prévention et de prise en charge des grossesses précoces,
- mettre en place un dispositif de dépistage de toutes les déficiences,
- traiter la question de la malnutrition quantitative et qualitative (90 enfants en moyenne arrivent au service de pédiatrie chaque année en état de marasme nutritionnel),
- faire progresser la couverture vaccinale de 40 à 80 %.
- Le Conseil Général s'est vu confier la compétence de gestion de la PMI et de la planification familiale en 2005.

La prise en charge de cette politique nouvelle a subi ces dernières années de nombreuses crises que les difficultés de recrutement, les contraintes financières ont largement amplifié.

Un accompagnement de l'Etat s'est naturellement instauré pour faire face notamment aux obligations particulières de la collectivité qui doit compter avec le particularisme d'une file active composée de près de 80% de personnes en situation irrégulière et non assurées sociales.

Ces remarques démontrent l'approche décalée qu'il convient d'avoir entre les deux îles :

- celle de La Réunion qui doit, dans le domaine de la mère et de l'enfant, adopter une démarche de renforcement de la qualité ;
- celle de Mayotte qui doit assurer en tout premier lieu la sécurité sanitaire de la mère et de l'enfant.

— III – LES MALADIES CHRONIQUES

Le développement de l'offre de soins, pour assurer des parcours de soins complets et particulièrement les prises en charge amont et aval des patients atteints de maladies chroniques, constitue une impérieuse nécessité qui exige une amplification significative des moyens matériels et humains correspondants.

L'agrément de plusieurs structures en vue d'assurer des missions **d'éducation thérapeutique des patients** doit être explicitement souligné comme une impérieuse nécessité politique.

— IV – LA SANTE ENVIRONNEMENTALE

Pour ce domaine, objectifs généraux et objectifs spécifiques sont adaptés aux deux îles mais l'accent doit être mis à Mayotte sur le **nécessaire accompagnement** qu'il faut faire des **collectivités locales** pour la conduite des politiques publiques principalement celle de **salubrité publique**.

L'accès à l'eau potable demeure une priorité de premier rang.

— V – LA SANTE MENTALE

Les priorités fixées sont bien évidemment les mêmes mais les objectifs généraux et les objectifs spécifiques doivent faire l'objet d'une présentation particulière pour Mayotte. En effet, le dispositif de prise en charge est seulement émergent et il est donc très insuffisant.

A cet égard, quatre priorités doivent être énoncées :

- la saturation de l'offre ambulatoire pour des réponses complémentaires en accueil de jour dans les centres de référence et à partir d'un hôpital adulte / enfant,
- le développement de l'offre en hospitalisation complète qui ne compte à ce jour que 7 lits,
- l'organisation de la prise en charge en niveaux avec l'île de La Réunion,
- la création de réponses complètes de pédo-psychiatrie.

PROJET DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

AVIS DE LA CONFERENCE DE
LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE
DE MAYOTTE - 4 AVRIL 2011

— V – LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Un particularisme encore : celui de l'importance à reconnaître et à conserver de la **Médecine traditionnelle**.

Il s'agira de mettre en place, dans le cadre de l'Océan Indien, une politique de connaissance et de reconnaissance de ces pratiques pour une appropriation cohérente par la population des différents recours proposés à ce titre et à celui de la médecine contemporaine.

EN CONCLUSION, UN ACCENT TOUT PARTICULIER DOIT ETRE MIS SUR LES RECOMMANDATIONS SUIVANTES :

1 / sur la demande expresse des représentants des usagers **d'améliorer, en terme d'efficience de l'offre de soins, la qualité de l'accueil et du suivi des patients.**

Dans ce cadre, il conviendra de tenir compte :

- des difficultés liées à la langue et à cet égard, de consolider le dispositif des traducteurs de façon à respecter l'éthique du dialogue singulier Médecin / patient,
- de l'éloignement des patients par rapport à l'offre de soins rendu plus difficile encore par l'absence de transports collectifs et les difficultés à faire face aux dépenses générées pour se déplacer,
- du nécessaire respect de la culture locale, peu de problèmes constatés mais une vigilance à conserver absolument.
- L'accent est particulièrement mis sur la nécessaire professionnalisation de l'accueil dans toutes les structures de soins en proposant de mieux concilier les habitudes de la société mahoraise en matière de relations familiales et de présence au chevet des malades avec les exigences de la gestion hospitalière.

2 / sur l'attention qui doit être portée à la **formation des professionnels de santé** pour la professionnalisation de l'ensemble des secteurs sanitaire et médico-social et pour l'accession et la réussite des maho-

rais dans les divers métiers correspondants.

L'assemblée souhaite que soit étudié la consolidation de l'offre de formation notamment celle assurée par l'IFSI et même son développement.

3 / la **permanence et accessibilité des soins** doivent faire l'objet d'une réflexion complète et spécifique en respectant la sécurité sanitaire, la proximité, les rôles respectifs des services d'urgence du CHM, des hôpitaux de référence et du secteur libéral.

4 / la mise en place des **transports sanitaires** constitue une priorité qu'il convient de retenir et de placer en perspective avec la mission de service public assurée par le SDIS et le CHM au titre de l'urgence.

La construction du dispositif devrait donc concerner les prescriptions des consultations et soins programmés.

L'édiction d'un décret d'adaptation doit être accélérée et l'attention doit être portée sur le dimensionnement des futures entreprises agréées pour concilier la couverture de ce besoin avec leur viabilité économique en référence à l'importance de la population non assurée sociale

5 / la **coordination des financements, l'articulation des politiques publiques, le débat public** : la politique de santé doit

être définie avec la population, articulée avec les autres politiques publiques, territorialisée et les financements doivent être concertés et régulés pour une synergie sans faille.

L'assemblée approuve le principe d'un débat public et met l'accent sur le rôle important dévolu à la commission de coordination (club des financeurs) prévue par la loi et à créer.

Les contrats locaux de santé devraient être les leviers de cette mise en cohérence.

6 / l'instauration de la **CMU complémentaire** : l'assemblée demande expressément que soient désormais dissociées les demandes de création à Mayotte de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) de celle de mise en place du ticket modérateur y compris à l'hôpital public et de l'instauration concomitante de la CMU C.

Ce parti pris semble être le levier fondateur d'un véritable développement du secteur libéral.

Cet outil pourrait être utilement complété par d'autres mesures telles que la mise en place de zones franches sanitaires.

7 / enfin, le renforcement et le développement d'une politique de **coopération régionale** résolument placée à l'aune d'une approche Océan Indien semble seule devoir garantir le développement harmonieux de l'espace français et de l'ensemble des îles avoisinantes.

GLOSSAIRE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— ATELIER SANTÉ VILLE

Les « ateliers santé ville », développés à partir de l'année 2000 dans le cadre des volets santé de la politique de la ville et de la loi de lutte contre les exclusions, ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Leur méthode d'élaboration les place en interface entre les élus des villes et la politique de santé de l'Etat ; elle permet en particulier d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux.

JAKOWLEFF Anne, LANEYRIE Jean-Marie

Ateliers santé ville - Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Paris : Editions de la DIV, 2007/09, p. 8

www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

— COMPORTEMENT DE SANTÉ

Toute activité entreprise par une personne, quel que soit son état de santé objectif ou subjectif, en vue de promouvoir, de protéger ou de maintenir la santé, que ce comportement soit ou non objectivement efficace dans la perspective de ce but.

On peut soutenir que presque tous les comportements ou toutes les activités d'un individu ont des effets sur son état de santé. Dans ce contexte, il est utile d'établir une distinction entre les comportements adoptés délibérément pour promouvoir ou protéger la santé (comme indiqué dans la définition qui précède) et ceux qui sont adoptés indépendamment des conséquences pour la santé. Une distinction est établie entre les comportements en matière de santé et les comportements à risque, qui sont des comportements liés à une vulnérabilité accrue à l'égard d'une cause déterminée de mauvaise santé. Les comportements en matière de santé et les comportements à risque sont souvent liés entre eux dans un ensemble plus complexe de comportements appelés « modes de vie ».

Glossaire de la promotion de la santé

Genève : OMS, 1999, p. 9

www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

— DÉMOCRATIE SANITAIRE

La démocratie sanitaire ne recouvre pas seulement la participation directe et organisée des citoyens aux délibérations et aux décisions prises par le pouvoir politique. Elle veut garantir l'égalité d'accès aux soins et le droit de savoir pour les patients. Elle peut transformer l'organisation des soins, du seul fait que le profane bénéficie d'un droit à la parole au sein d'un monde médical jusqu'alors réputé fermé.

LETOURMY Alain, NAIDITCH Michel

L'émergence de la démocratie sanitaire en France.

Santé société et solidarité : revue de l'Observatoire Franco-québécois, n°2-2009, 2010, p. 18

www.persee.fr/articleAsPDF/oss_1634-8176_2009_num_8_2_1346/article_oss_1634-8176_2009_num_8_2_1346.pdf

— DÉTERMINANT DE SANTÉ

Pour l'OMS, la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient son origine, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. Un bon état de santé est essentiel pour une croissance économique durable de la société et est une condition préalable au bien-être et à la qualité de vie de tous les individus.

On entend par « déterminants de la santé » les facteurs personnels, sociaux ou environnementaux qui ont une relation de causalité avec la santé des individus ou des populations. Au centre de la figure 1, qui représente les déterminants de la santé, se trouvent les caractéristiques santé, comme l'âge, le sexe et le patrimoine génétique.

— EDUCATION POUR LA SANTÉ

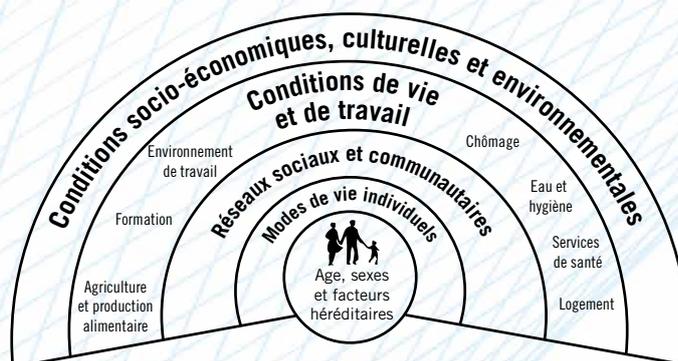
L'éducation pour la santé comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé. L'éducation pour la santé informe sur les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes affectant la santé, aussi bien que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. Ainsi, l'éducation pour la santé peut impliquer à la fois la communication d'informations et le développement des aptitudes qui démontrent la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de diverses formes d'actions pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Dans le passé, l'expression éducation pour la santé a été employée pour rassembler un large éventail d'actions comprenant la mobilisation sociale et le playdoyer. Ces méthodes sont maintenant incluses dans la promotion de la santé, et une définition plus étroite de l'éducation pour la santé est proposée ici pour souligner la distinction. D'autres préfèrent définir l'éducation pour la santé plus largement comme la construction d'actions sociales planifiées et d'expériences d'apprentissage conçues pour permettre à des personnes d'obtenir le contrôle des déterminants de la santé et des comportements de santé, et les conditions qui affectent leur état de santé et l'état de santé des autres.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Figure 1. Les déterminants sociaux de la santé³



GLOSSAIRE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Un processus continu d'apprentissage, intégré à la démarche de soins. L'éducation du patient est centrée sur le patient et comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements prescrits, les soins à l'hôpital ou dans d'autres lieux de soins, et des informations sur l'organisation des soins et sur les comportements liés à la santé et à la maladie. L'éducation du patient est destinée à aider les patients et leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants, à vivre sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

— ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ

Un environnement favorable à la santé protège les personnes des menaces pesant sur leur santé, et leur permet de développer leurs capacités et leur autonomie (self-reliance) dans la santé. Ce terme englobe les lieux de vie des personnes, les communautés locales, les habitations, les lieux de travail ou de loisir, et comprend également les facilités d'accès que les personnes ont à des ressources de santé et les opportunités d'empowerment qu'elles rencontrent.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

— ESPÉRANCE DE VIE

Estimation du nombre moyen d'années qu'une personne, à un certain âge, peut s'attendre à vivre. L'espérance de vie à la naissance est un cas particulier, représentant la durée moyenne de vie de la naissance au décès dans une population. C'est une donnée hypothétique calculée sur la base des divers taux actuels spécifiques de mortalité par âge, projetés dans le futur.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

— ÉVALUATION

Processus qui détermine le degré avec lequel des services ou des interventions effectués atteignent des objectifs définis. La performance doit être comparée à Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

— INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Il n'existe pas une définition universelle des inégalités sociales de santé. Elles font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la Banque de données en santé publique, par similitude, on pourrait écrire que les inégalités sociales de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Elles concernent toute la population selon un gradient social, c'est-à-dire avec une fréquence qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées.

HAMEL Emmanuelle

Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations

Saint-Denis : INPES, 2009/10, p. 35

www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/ Guide-qualite-version-integrale.pdf

— MORBIDITÉ

Indicateur de mesure de la fréquence des maladies ou des états de mauvaise santé d'une population. Ecart subjectif ou objectif vis-à-vis de l'état de bien-être idéal. La morbidité est mesurée par des taux de prévalence ou d'incidence.

On peut distinguer :

- Morbidité ressentie mais non exprimée
- Morbidité ressentie et exprimée
- Morbidité diagnostiquée.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

— MORTALITÉ (TAUX DE)

Mesure de la fréquence de décès dans une population. Il est calculé en divisant le nombre de décès pour une période donnée auprès d'une population à risque, par 1000.

Le taux de mortalité d'une population est calculé sur la base de différents indicateurs et en particulier sur les taux de mortalité brut, net, ajusté et standardisé. Le taux de mortalité brut utilise comme dénominateur la population entière, mais depuis que le nombre de décès est plus élevé dans la population âgée, le taux ajusté de mortalité qui tient compte de la structure par âge et par sexe de la population donne un taux plus facilement comparable.

On peut distinguer la :

- mortalité totale (englobe toutes les causes, au sein de la population),
- mortalité spécifique (liée à une cause en particulier, à l'âge, au sexe ou à une autre caractéristique considérée comme importante),
- mortalité différentielle (liée à une cause additionnelle, à un âge différent, au sexe, au statut socio-économique ou à toute autre caractéristique considérée comme importante).

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

— PRÉVENTION

Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

GLOSSAIRE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— PRÉVENTION DES MALADIES

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple. Les expressions « prévention de la maladie » et « promotion de la santé » sont parfois utilisées de façon complémentaire.

Glossaire de la promotion de la santé

Genève : OMS, 1999, p. 4 www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

— PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. La promotion de la santé représente un processus social

et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités

des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

Glossaire de la promotion de la santé

Genève : OMS, 1999, p. 9 www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

— QUALITÉ DE VIE

Correspond à l'expérience individuelle de la vie et à la satisfaction engendrée par différents éléments de celle-ci (famille, maison, revenus, conditions de travail, etc). Ce concept a été adopté comme indicateur

dans la mesure des effets des traitements médicaux, utilisant un point de vue subjectif du changement, avant et après traitement. La qualité de vie est un concept très large qui incorpore de façon complexe au niveau de la personne différentes dimensions : bien-être physique, état psychologique, niveau d'indépendance, relations sociales, croyances personnelles et relations aux principaux éléments de l'environnement. L'unité Q.A.L.Y (année de vie ajustée sur la qualité) est souvent utilisée dans la mesure de l'impact d'un traitement médical sur la qualité de vie (analyse coût - utilité).

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

— RISQUE

Probabilité d'un événement défavorable. La perception individuelle du risque est variable selon les sujets, de même que la réponse d'un individu au risque – le risque pour l'un n'est pas nécessairement un risque pour l'autre. Tout dépend de l'exposition au risque, volontaire ou au contraire involontaire et incontrôlable. Conduire une voiture est indispensable, habituel, sous contrôle personnel et n'est donc pas considéré comme représentant une entreprise risquée comparée à celle de voler en avion. Il peut être difficile d'informer du risque en raison de la réaction individuelle qui est intuitive et émotive et parce qu'il n'existe pas de référence commune permettant de juger de divers risques.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

— FACTEUR DE RISQUE

Caractéristique individuelle ou collective, associée de manière causale à l'augmentation de l'incidence de la maladie ou à un problème de santé dans une population et par conséquent à l'augmentation de la probabilité d'un développement individuel de la maladie ou d'un problème de santé.

Portail Santé Environnement Travail - Glossaire

www.sante-environnement-travail.fr/dictionnaire.

— SANTÉ

Un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est une ressource pour chaque jour de la vie, et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques. Cette définition de l'OMS exprime un idéal, qui devrait être le but de toutes les activités de développement de la santé. Dans la médecine et dans la recherche, la santé est souvent comprise comme l'absence d'une maladie ou d'un trouble diagnostiqué. Dans le contexte de la promotion de santé, la santé est appréhendée comme une ressource, qui permet à des personnes de mener une vie individuellement, socialement et économiquement productive face à des situations en perpétuel changement.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

— SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en

commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise

en place, au déroulement et à l'évaluation des actions les plus aptes à répondre à ces priorités. L'action communautaire en santé désigne les efforts entrepris collectivement par une communauté pour augmenter sa capacité à agir sur les déterminants de sa santé et ainsi améliorer son état de santé.

HAMEL Emmanuelle

Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? Guide d'autoévaluation construit par et pour des associations

Saint-Denis : INPES, 2009/10, p. 34

www.inpes.sante.fr/guide-autoevaluation-qualite/pdf/Guide-qualite-version-integrale.pdf

GLOSSAIRE

DU PLAN STRATÉGIQUE DE SANTÉ

— SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

En terme de politiques publiques, la santé environnementale vise à réduire les menaces qui pèsent sur les personnes, tant dans leur environnement physique que dans leur cadre de vie (quartier, cité, logement, milieu de travail, etc.) Plus largement, la santé environnementale englobe les déterminants économiques et sociaux.

MENARD Colette, GIRARD Delphine, LEON Christophe

Baromètre santé environnement 2007

Saint-Denis : Editions INPES, 2008, p. 30

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1114.Pdf

— SURVEILLANCE SANITAIRE

Système de surveillance sanitaire

Organisation qui existe pour rassembler, analyser, cumuler et diffuser de l'information sur l'état de santé d'une population. Ceci peut être à un niveau national ou régional, selon l'organisation du système de santé publique et le thème observé. Au niveau international, l'OMS accomplit le rôle d'observatoire de la santé en recueillant et en distribuant individuellement des statistiques nationales de santé.

Commission européenne, Rusch E. (coord.)

Glossaire européen en santé publique 2003 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>





Projet de Santé
Réunion-Mayotte



Agence de Santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens - CS 60050
97408 Saint-Denis cedex 09
Tél : 02 62 97 97 00 - Fax : 02 62 97 97 18

www.ars.ocean-indien.sante.fr

