

## MAYOTTE : SITUATION SANITAIRE A L'ERE DE LA DEPARTEMENTALISATION

D. SISSOKO, M.C. RECEVEUR, G. MEDINGER, X. COULAUD, D. POLYCARPE

- *Travail du Service de Médecine (D.S., Docteur d'état en Médecine, Epidémiologie, Pathologie infectieuse et tropicale, Praticien hospitalier contractuel; M.C.R., Docteur d'état en Médecine, Pneumologie, Pathologie infectieuse et tropicale, Praticien hospitalier; G.M., Docteur d'état en Médecine, Maladies de l'appareil digestif, Praticien hospitalier contractuel; X.C., Docteur d'état en Médecine, Maladies de l'appareil digestif, Praticien hospitalier, Ancien Chef du Service de Médecine) Centre Hospitalier de Mayotte, Mamoudzou, Mayotte et de la Coopération française au Mauritius Institute of Health, Powder Mills (D.P., Docteur d'état en Médecine, Médecin inspecteur de 1998 à 2000 à la DASS de Mayotte, Conseiller technique), Pamplemousses, Ile Maurice.*
- *Correspondance : D. SISSOKO, Service de Médecine Centre Hospitalier de Mayotte, BP 04, 97600 Mamoudzou, Mayotte, France • Fax : 02 69 61 86 90.*
- *E-mail : dfsissoko@yahoo.fr*

*Med Trop* 2003 ; **63** : 553-558

Mayotte, une des quatre îles de l'archipel des Comores, se situe dans l'Océan indien à l'entrée Nord du canal du Mozambique, entre 12° et 13° de latitude Sud et 45°20' de longitude Est. Collectivité départementale française, Mayotte est distante de 8 000 km de la France métropolitaine et de 1 500 km de La Réunion, l'autre entité française de l'Océan indien. Terre de rencontres, Mayotte subit encore des mouvements migratoires très soutenus en provenance des autres îles de l'archipel où les conditions de vie des populations sont très précaires en raison des problèmes socio-économiques et politiques, ainsi que de la quasi-inexistence de services de santé opérationnels. En effet, près de 40 % des patients admis au centre hospitalier de Mayotte en 2002 étaient des étrangers en situation irrégulière, cette proportion atteignait 70 % en obstétrique (1).

Mayotte souffre d'une sous-médicalisation importante en termes structurel et fonctionnel malgré les nombreux efforts mis en œuvre depuis quelques années afin de mieux organiser les soins. Le poids démographique à croissance exponentielle accentue cette sous-médicalisation. En effet, le régime démographique, de type traditionnel, entraîne une fécondité et une mortalité élevées. En l'absence de véritable transition sanitaire ou épidémiologique, le système de santé se heurte à la fois aux endémies infectieuses et tropicales et au poids important et croissant des pathologies non transmissibles chroniques, comme, par exemple, les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux), le diabète, l'obésité et les cancers. Celles-ci génèrent des incapacités ou des handicaps auxquels le système de santé actuel ne peut répondre.

L'objectif de cet article est de décrire les aspects socio-sanitaires et les caractéristiques des pathologies rencontrées à Mayotte.

D'une superficie de 374 km<sup>2</sup>, Mayotte comprend deux îles principales, la Grande-Terre prenant la forme d'un hippocampe de 363 km<sup>2</sup>, la Petite-Terre (11 km<sup>2</sup>), et une trentaine d'îlots dispersés dans un vaste lagon corallien de 1 100 km<sup>2</sup>. Véritable carrefour de brassage des populations, Mayotte est à 400 km de la côte Est-africaine, et à 300 km de la côte occidentale de Madagascar.

Île volcanique la plus ancienne de l'archipel des Comores, elle s'élève des profondeurs océaniques de plus de 3 000 m ; le lac Dziani, en Petite-Terre, figure parmi les traces les plus visibles de son volcanisme ancien. Ses côtes ont subi de fortes érosions, il en résulte des baies profondes bordées de mangroves, des caps rocheux, des presqu'îles (Fig. 1). Son relief, moins prononcé par rapport aux autres îles de l'archipel, est essentiellement constitué de roches volcaniques, de calcaire et d'argile. Deux points culminants dominent ce relief : le mont Bénara dans la partie centrale (660 m) et, le mont Choungui (594 m), dans sa partie septentrionale (2).

De par sa situation géographique, Mayotte bénéficie d'un climat de type tropical maritime rythmé par deux saisons :

- la saison chaude et humide, ou été austral de novembre à avril (température chaude : 24-32°C, taux d'humidité élevé : 70-95 %). C'est la saison de la mousson venant du Nord-Ouest ; pendant cette période Mayotte subit des dépressions tropicales et plus rarement des cyclones. Cette



Figure 1 - Lagon de Mayotte (©. Dr Sissoko).

saison assure 80 % des précipitations annuelles, plus abondantes dans le Nord-Ouest (1 500-2 000 mm/an) que dans le Nord-Est (1 000-1 500 mm/an). Ces précipitations confèrent à Mayotte un paysage végétal luxuriant et varié autour duquel s'organise la vie de la population. Aussi, cet écosystème génère des risques sanitaires dus à la transmission aux populations de micro-organismes, comme, notamment, le paludisme et la leptospirose ;

- la saison tempérée et sèche ou hiver austral, de mai à octobre (température : 20-28°C ; taux d'humidité : 61-90°C). C'est la saison des alizés secs venant du Sud-Est.

### POPULATION ET SOCIÉTÉ

#### Mosaïque de peuples et de cultures

Par sa situation géographique, Mayotte est un carrefour de rencontres, de civilisations et de brassages des populations. De ces croisements est née la société mahoraise

qualifiée de «microcosme de l'Océan Indien occidental» (3). D'après les résultats de fouilles archéologiques, les traces des premières populations, les Antaloatres, Bantous venus d'Afrique remonteraient au IX<sup>e</sup> siècle. De cette période jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle, d'importants échanges se développeront entre l'archipel et Madagascar, la côte Est-africaine, le golfe Arabo-persique et l'Inde (2). Ceci se traduira par l'installation des vagues successives de populations de type indonésien, et de types arabe, perse et bantou. L'une des plus fortes empreintes laissée sur l'archipel des Comores est celle des Perses de Chiraz qui arrivent entre les XV<sup>e</sup> et XVI<sup>e</sup> siècles. Ils contribueront à l'islamisation massive et définitive de Mayotte et à la formation des sultanats. Les premiers Européens (Portugais) à la recherche de nouvelles routes vers l'Inde découvriront l'archipel des Comores au XV<sup>e</sup> siècle. La présence française débutera en 1841 avec le sultan Andriantsouli. En 1974, lors de la consultation des populations des Comores, Mayotte se prononcera pour son maintien au sein de la République Française, contrairement aux trois autres îles de l'archipel (Anjouan, Grande Comore et Mohéli). Elle confirmera définitivement ce choix lors du référendum de 2000.

L'organisation de la société mahoraise, de type traditionnel, repose sur les groupes familiaux, l'islam (95% de la population est musulmane) et la matrilinearité (la filiation est définie dans la lignée maternelle). En raison de l'urbanisation croissante de la population, ce modèle traditionnel tend à imploser.

En outre, les croyances africaines marquent profondément l'homme mahorais. Ainsi, il en résulte au niveau sanitaire, un recours très répandu à la médecine traditionnelle.

Le français, langue officielle, cohabite avec deux langues d'usage : le shimaoré dérivé du swahili (arabo-shirazo-bantou) et le shibushi (malgache). Moins de 60% de la population parle le français (4). Ce faisant, sa diffusion progresse, même si elle semble limitée à une minorité. En effet, le français s'assimile au pouvoir de décision, à un mode de vie différent de celui des populations mahoraises (5). Cependant, l'aspiration de plus en plus grandissante de ces mêmes populations aux conditions de vie meilleures, et l'urbanisation croissante (Fig. 2) opèrent des mutations fondamentales au sein des structures traditionnelles qui rythmaient jusqu'à nos jours le mode de vie des mahorais.

### Organisation politico-administrative

Territoire français d'Outre-mer de 1946 à 1975, Mayotte prend en 1976 le



Figure 2 - Concentration urbaine, Mamoudzou, Mayotte (© Dr Sissoko).

statut de Collectivité Territoriale Française, administrée par un représentant du Gouvernement ayant rang de Préfet. En 2001, Mayotte devient une collectivité départementale, statut transitoire avant une départementalisation programmée. Ce changement se traduira par un transfert de l'exécutif du Préfet au Président du Conseil général ainsi que par une série de modernisations parmi lesquelles figurent l'amélioration des structures et du fonctionnement des services de santé.

Le territoire mahorais, représenté au plan national par un sénateur et un député, est divisé en 19 cantons et 17 communes. Le chef-lieu de l'île est Mamoudzou.

### Population

Selon les estimations de mi-2001, Mayotte compte 174 900 habitants (Tableau I) soit une densité de 468 habitants au km<sup>2</sup>. Le taux d'accroissement annuel est de 5,7% (4). Ce taux résulte d'un indice de fécondité élevé et stable depuis plusieurs décennies (le nombre moyen d'enfants par femme est supérieur à 5) d'une part et,

d'autre part, d'un solde migratoire important en provenance des autres îles de l'archipel comorien. L'analyse de la structure par âge de la population montre une base élargie de la pyramide caractéristique d'une population en forte poussée comportant un plus grand nombre de jeunes. Ainsi, les personnes âgées de moins de 15 ans, représentent 44% de la population, tandis que celles âgées de plus de 64 ans, seulement 3%. Le taux de natalité est de 41 naissances pour 1000 habitants, le taux de mortalité brut se chiffre à 10 décès pour 1000 habitants. L'espérance de vie à la naissance est de 57 ans

pour les hommes, 61 ans pour les femmes.

La population se concentre sur le littoral oriental (54%) et, de plus en plus, dans les zones urbaines (50% en 1997 contre 35% en 1966) (2). La seule ville de Mamoudzou concentre 28% de la population totale.

L'habitat mahorais est en pleine évolution. En effet l'habitat traditionnel, fait de terre et de matériaux végétaux, laisse de plus en plus place à des constructions en ciment avec un toit en tôle (40% en 1985 contre 78% en 1997). Par ailleurs, 69,5% de la population avait accès à l'eau potable (prise d'eau dans la maison, dans l'enclos, chez les voisins ou borne fontaine), et 66,5% des ménages possédaient des latrines dont seulement 15% étaient équipés de fosses septiques (8).

### Système éducatif

Longtemps, l'éducation à Mayotte s'articulait autour de l'école coranique qui permettait à la population d'acquérir les bases de la pratique de l'islam. L'école moderne de type métropolitain cohabite avec l'école coranique, cependant celles-

Tableau I - Données démographiques de l'archipel des Comores, 2001 (6, 7).

	Comores (Grande Comore, Mohéli, Anjouan)	Mayotte
Superficie (km <sup>2</sup> )	1860	374
Population estimée mi-2001	800 000	174 900
Densité (habitants/km <sup>2</sup> )	430	468
Taux de natalité (p.1000)	47	40,5
Taux de mortalité (p.1000)	12	10
Mortalité infantile (p.1000 naissances)	91	75
Indice synthétique de fécondité	6,8	5,6
Espérance de vie des hommes	54	57
Espérance de vie des femmes	59	61
Population de moins de 15 ans (%)	46	44
Population de plus de 64 ans (%)	5	3

ci sont peu articulées. Par ailleurs, l'enseignement préscolaire n'existe que depuis seulement 10 ans à Mayotte. Cette conjoncture difficile est encore aggravée par un déficit d'infrastructures scolaires obligeant les classes à fonctionner selon un système de rotation, dans certaines communes. En effet, un même « local classe » peut, dans la même journée, être utilisé par deux niveaux distincts ; certains élèves fréquentent ainsi l'école le matin, tandis que les autres y viennent l'après-midi. De par cette situation, la population mahoraise est peu instruite et ce fait semble, en partie, imputable à un niveau de langue insuffisant. Les taux de scolarisation sont faibles : en 1997, 13 % des 15-19 ans n'avaient jamais été scolarisés, cette proportion atteignait 77 % chez les plus de 40 ans. En 2002, l'évaluation, faite à l'entrée en sixième, montrait que les élèves mahorais avaient des scores de réussite de 30 à 40 % inférieurs, comparativement à ceux de leurs camarades de métropole (9). La même année, le pourcentage d'élèves entrés en sixième en 1994 et qui obtenaient un baccalauréat général ou technologique était de 23,7 %.

En conséquence, la proportion de mahorais s'engageant dans les études paramédicales ou médicales demeure actuellement très faible.

## SYSTEME DE SANTE

### Organisation et structures

Le système de santé inclut le secteur public, le secteur privé, ainsi que le réseau informel de soins traditionnels.

#### • Le secteur public (Fig. 3)

Il s'articule autour :

- du Centre hospitalier de Mayotte (CHM). Seul hôpital de l'île, il est subdivisé en un hôpital de référence situé, sur les hauteurs de Mamoudzou en Grande-Terre, et une antenne sur Petite-Terre (Dzaoudzi). Cet ensemble dispose de 196 lits (174 à Mamoudzou et 22 à Dzaoudzi). Seul l'hôpital de Mamoudzou est équipé d'un plateau technique : imagerie médicale (radiographie standard, échographie, et tomographie) et examens de laboratoire dont la virologie moléculaire pour le suivi des hépatites virales chroniques ;

- de sept maternités rurales qui disposent de 49 lits d'hospitalisation en plus des 53 lits de gynéco-obstétrique des hôpitaux de Mamoudzou et Dzaoudzi. Elles ont assuré en 2002, un tiers des accouchements à Mayotte soit 2 442 sur 7 103. A partir de 2004, ces maternités seront progressivement regroupées en trois maternités inter-communales situées dans les communes de Mramadoudou (sud), Ouangani (centre) et B a n d r a b o u a (nord) ;
- de dix neuf dispensaires dont un à Mamoudzou (Fig. 4) et quinze



Figure 4 - Dispensaire de Jacaranda (© Dr Sissoko).

points de consultation, répartis sur l'ensemble du territoire, qui assurent les soins primaires.

Nous observons une véritable restructuration du secteur public car jusqu'en 1997, toutes les structures étaient gérées par la Direction des affaires sanitaires et sociales (DASS). Le CHM, doté du statut d'établissement public de santé territorial depuis cette date et sous tutelle de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de La Réunion, aura à sa charge la responsabilité médicale de toute l'activité de soins relevant du secteur public. En effet, les maternités rurales ont été rattachées au CHM en 2000 et le rattachement des dispensaires est en cours (10).

L'accès aux soins ainsi que les médicaments distribués dans le secteur public sont gratuits. Tout patient présent sur le territoire mahorais, bénéficie ainsi de la gratuité de l'accès aux soins, et de la distribution de médicaments dans le secteur public. Le financement du CHM est assuré en partie par la Caisse de Prévoyance Sociale de Mayotte (CPSM). Ce système de protection sociale géré par la CPSM est en pleine mutation et évolue vers une véritable assurance maladie, comme en métropole (11).

#### • Le secteur privé

Le secteur privé, embryonnaire, repose sur onze médecins généralistes et sept dentistes installés uniquement dans les zones urbaines de Mamoudzou et de Petite-Terre. Jusqu'à présent, les soins réalisés dans le secteur privé sont à la charge du patient. L'arrivée annoncée d'une véritable caisse d'assurance maladie, prévue au cours de 2003, permettra sans doute le développement de ce secteur (11). Un cabinet,



Figure 3 - Carte sanitaire de Mayotte, 2001.

d'ophtalmologie, de sage-femme et un laboratoire d'analyses biologiques viennent d'ores et déjà de s'installer. Il existe actuellement cinq pharmacies privées (quatre sur Mamoudzou et une sur Petite-Terre).

• *Le réseau informel de médecine traditionnelle*

L'itinéraire thérapeutique des patients passe le plus souvent par les tradithérapeutes. Toute maladie fonctionnelle ou somatique est considérée, avant tout, comme une dérégulation de l'univers peuplé d'esprits, de déités, d'ancêtres défunts, sorciers entre autres. Devant cette dérégulation de l'univers, la solution est recherchée auprès du *fundu* (le connaisseur, le médiateur entre la maladie et le malade). Dans ce système, trois cadres nosologiques se dégagent. Les maladies causées par les dieux, dites naturelles, les maladies causées par les hommes (sorcellerie) et les maladies causées par les esprits, domaine de la possession (12). Les deux derniers cadres dépendent de fait, le plus souvent, de la médecine traditionnelle et constituent l'occasion d'administrer des thérapies de groupe (trances, divinations, dé-possession par les esprits positifs). Les maladies naturelles, bénéficient d'une prise en charge tardive par le système de médecine moderne, à l'issue d'un itinéraire long jalonné par les recours aux herboristes et aux *fundus*. Au-delà des croyances, les patients sont d'autant plus confortés dans leur orientation vers la médecine traditionnelle que l'accès à la bio-médecine est difficile (faiblesse des ressources humaines, et structurelles) et que le fonctionnement, demeure étranger à l'univers du patient.

• *Ressources*

L'hôpital, essentiellement financé par les dotations de l'état, bénéficie au titre de l'année 2003, d'un budget qui s'élève à 47,8 M€ (13). En 1998, la part du budget de santé par habitant et par an était estimée à 300 €, contre 1 525 € à La Réunion et 2 135 € en métropole (10).

Malgré l'augmentation du nombre de soignants, l'offre de soins reste très insuffisante. En effet, la densité médicale était d'un médecin spécialiste pour 8 588 habitants, d'un généraliste pour 4 424 habitants et d'un chirurgien dentiste pour 20 800 habitants au 30 juin 1999 (10). La forte rotation du personnel infirmier d'état en provenance de la métropole, la disparité des compétences en raison de la diversité des filières de formation (Etat ou collectivité territoriale) aggravent ce déficit quantitatif. Une harmonisation en cours, a été initiée avec l'instauration de la formation d'état pour les aides-soignants ;

celle-ci s'est accrue depuis 2001 avec l'ouverture, sur le sol mahorais, du 1<sup>er</sup> Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) qui formera environ quinze infirmiers d'Etat par an.

**Fonctionnement**

Les dispensaires assurent les soins primaires. Leur localisation, basée sur la densité de la population, doit permettre leur accès aux patients à moins d'une heure de marche. Chacun dispose de quelques lits d'hospitalisation avant le transfert des patients vers le centre hospitalier de référence de Mamoudzou. L'équipe d'un dispensaire se compose d'un médecin, d'infirmiers, d'agents de santé, et de sages-femmes si une maternité renforce la structure. Malgré le renforcement des effectifs médicaux au niveau des dispensaires, un « tri médicalisé » est encore nécessaire. Celui-ci est effectué par l'infirmier, qui examine, prescrit un traitement ou réfère éventuellement le patient au médecin. L'enquête analysant l'activité des dispensaires en 1998, précise que le recours à un médecin était de 1,28 par habitant et par an et de 2,04 pour un infirmier dans ces structures (10). Ainsi, cette sous-médicalisation ne permet pas actuellement au système de santé de satisfaire les besoins de la population dans des conditions d'hygiène et de sécurité optimales.

Le CHM assure les consultations spécialisées, les hospitalisations, les actes chirurgicaux et les accouchements (64 % des 7 103 accouchements en 2002) (1). Le taux moyen d'occupation des lits était de 92 % en 2002.

Seules certaines spécialités sont représentées, telles que la pédiatrie, la chirurgie générale et traumatologique, l'ophtalmologie, l'ORL, la gynéco-obstétrique et quelques spécialités médicales (maladies infectieuses et tropicales, pneumologie, cardiologie et gastro-entérologie). Par conséquent, s'est établie une collaboration avec les services spécialisés de La Réunion. Celle-ci se traduit d'une part par des missions semestrielles ou annuelles notamment en chirurgie thoracique et cardiaque, oncologie ou rééducation fonctionnelle, et d'autre part, par des évacuations sanitaires (602 transferts à destination de La Réunion en 2002 contre 284 en 1999).

Les transports sanitaires sont peu développés. Afin d'améliorer la filière de prise en charge des urgences, et de sécuriser les transferts entre les dispensaires et le CHM, le développement des transports sanitaires s'est amorcé. A court-terme sont prévues,

la mise en place d'un véritable SAMU-SMUR, ainsi que leur coordination avec le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS).

**Programmes de santé**

La DASS coordonne les programmes ou services existants énumérés ci-après :

- les programmes de lutte contre les maladies endémiques parasitaires en particulier le paludisme, les maladies sexuellement transmissibles (MST), les mycobactérioses (lèpre, tuberculose) ;

- le Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du virus de l'immunodéficience humaine ;

- le service de Protection maternelle et infantile (PMI) dont les activités sont :

\* la planification familiale qui a débuté en 1982,

\* le suivi des grossesses, qui représente une part essentielle de l'activité en raison d'un indice synthétique de fécondité élevé,

\* la santé des enfants de moins de 6 ans, mais, en pratique, seuls les moins de 2 ans sont réellement couverts en raison de l'insuffisance des moyens financiers et humains. En outre, ce service n'intervient pas dans les écoles maternelles,

\* les vaccinations,

- le service d'éducation pour la santé qui se compose d'une équipe d'éducateurs de santé positionnés dans les dispensaires, et d'un service central (2 infirmiers). Ses missions sont :

\* l'information et la sensibilisation de la population et les actions de proximité (villages, domiciles) sur la régulation des naissances, la nutrition, l'hygiène, les MST, et les risques épidémiques en particulier le choléra,

\* le relais avec le dispositif curatif par le repérage des personnes malades et la « recherche » des adolescentes ou femmes enceintes non suivies,

\* en outre, il réalise des émissions radiophoniques bimensuelles (74 % des ménages possédaient un poste radio en 1997) et des campagnes de presse ou de distribution des brochures. Les actions sont menées aussi bien en français qu'en shimaoré,

- le service santé-environnement dont l'activité s'articule autour de l'élimination des déchets de soins à risque contagieux, l'assainissement des eaux usées, la lutte vectorielle et le contrôle sanitaire aux frontières.

Actuellement, il n'existe pas, sur le territoire mahorais, de programme de dépistage des caries dentaires ou des cancers.

## PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET ETAT SANITAIRE

Jusqu'à la mise en place en 2002 de la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire Réunion-Mayotte), la surveillance épidémiologique à Mayotte n'était pas intégrée au réseau national de surveillance et de veille épidémiologique (Institut de veille sanitaire, InVS). Ce rôle était alors assuré par la DASS de Mayotte. Ainsi les données disponibles proviennent le plus souvent des statistiques du CHM ou d'enquêtes ponctuelles de la DASS, à défaut de statistiques permanentes et exhaustives.

### Santé périnatale et infantile

Conséquence d'un taux de natalité élevé (41 pour 1000), la santé périnatale et infantile constitue un des problèmes majeurs de santé publique à Mayotte. Les estimations rapportaient en 1996, un taux de mortalité périnatale à 37 pour 1000 et celui de la mortalité infantile était de 67,8 pour 1000 naissances vivantes (2). La majorité de ces décès surviendrait dans la première année de vie. Les causes de mortalité demeurent mal étayées, cependant une part importante incomberait au paludisme et aux diarrhées infectieuses. La couverture vaccinale pour les moins de 2 ans est très variable, entre 61 et 85 % (Fig. 5). En 2002, sur 17 832 enfants de moins de 4 ans suivis dans les PMI, 1 195 (6,7 %) présentaient au moins un signe de malnutrition (14).

### Santé féminine et maternelle

La politique de planification familiale a effectivement débuté à Mayotte en 1982. En 1998, on estimait à 29 % le nombre de femmes en âge de procréer ayant recours à un contraceptif, contre 11,4 % en 1986. La contraception orale est la plus utilisée soit 69 %. Depuis son introduction, l'indice synthétique de fécondité est passé de

6,7 enfants par femme en 1986 à 5,1 en 1997. Parallèlement à cette baisse, certaines carences notables persistent. D'une part, la fréquence des grossesses chez les adolescentes de moins de 18 ans est élevée, elle était estimée à 10 % des 5200 grossesses enregistrées en 1998, d'autre part, le nombre d'interruptions volontaires de grossesses est passé de 6,7 pour 100 naissances vivantes en 1995 à 20,7 en 2002 (2, 10, 14).

L'âge à la première grossesse est passé de 21 ans entre 1985-1990 à 22,5 ans entre 1991-1996. En 2002, les pathologies les plus fréquentes observées chez les femmes enceintes étaient: anémie définie par un taux d'hémoglobine inférieur 10g/100 ml (24 %), menace d'accouchement prématuré (10 %), infections cervico-vaginales (9,6 %), présence de l'antigène de surface (AgHbS) du virus de l'hépatite B (5 %). Selon les mêmes données, le taux de prématurité (accouchement avant la 37<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée) était de 7,33 %. Ce taux est légèrement supérieur à celui de la métropole estimé à 5 % (14). Par contre la fréquence d'hypotrophie (poids à la naissance inférieur à 2500 g) avoisinait les 10 %, soit le double du taux observé en métropole.

Les grossesses étaient peu et tardivement suivies. La première consultation était effectuée, en moyenne, à la 19<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée; seules 38 % des femmes enceintes avaient bénéficié d'une consultation au 1<sup>er</sup> trimestre. Enfin, 7,8 % de celles-ci ont accouché à domicile.

### Maladies transmissibles

#### • Maladies à transmission vectorielle

Le paludisme demeure endémique à Mayotte. En 2002, près de 2000 cas de paludisme ont été déclarés à la DASS, *Plasmodium falciparum* étant la souche la plus fréquente (92%). En plus du paludisme, on rencontre d'autres maladies à transmission vectorielle. Les données épi-

démiologiques demeurent insuffisantes pour estimer l'importance de celles-ci. Cependant entre 1999 et 2001, 40 cas de leptospirose et autant de filarioses lymphatiques (le plus souvent chez des patients originaires des autres îles de l'archi-

pel) ont été soignés dans le service de médecine du CHM (15)

#### • VIH et autres maladies transmises sexuellement

La prévalence de l'infection liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste faible. En fin 2001, 50 patients contaminés par le VIH étaient inclus dans la file active hospitalière. L'âge moyen des patients était de 34 ans. Le ratio femme/homme était de 1,5. Un programme continu de dépistage du VIH, de surveillance, d'éducation et de conseil est mis en œuvre. Le nombre de tests de dépistage effectués est passé de 8675 en 1998 à 12085 en 2000 (16).

La séroprévalence du portage de l'AgHbS est estimée à 5 % chez les femmes enceintes (zone de moyenne endémicité) selon les critères de l'OMS (14, 17). Un programme de sérovaccination des nouveaux nés dont la mère est porteuse de l'AgHbS existe depuis 1998.

En 2002, La séroprévalence de la syphilis était de 1,75 % chez les femmes enceintes (14). La situation épidémiologique des autres maladies transmises sexuellement reste inconnue à ce jour.

#### • Les diarrhées infectieuses

Elles restent fréquentes, même si elles ne nécessitent pas toujours l'hospitalisation. Entre 2000 et 2001, 148 cas de diarrhées infectieuses ont été observés dans le service de médecine dont 45 cas de fièvres typhoïdes. Ces diarrhées sont corrélées aux mauvaises conditions d'hygiène des populations, en particulier les immigrants clandestins, vivant, le plus souvent, dans le dénuement le plus total. De ce fait, Mayotte a connu une épidémie de choléra au 1<sup>er</sup> trimestre 2000, avec 9 cas. Près de 60 % des cas étaient importés comme le cas index (18).

#### • Les mycobactérioses

L'incidence annuelle de la tuberculose était de 23 pour 100 000 habitants en 2001. Ce taux se situe dans la moyenne des pays à revenu faible et à revenu intermédiaire (19). Le premier cas de « tuberculose multirésistante » a été rapporté en 2000. La 2<sup>e</sup> mycobactériose fréquente à Mayotte est la lèpre. L'étude rétrospective de De Carsalade *et Coll* (20) sur les cas survenus entre 1990 et 1998, rapporte une prévalence globale de 31,2/100 000 habitants et une prévalence parmi les autochtones de 15,2/100 000 habitants. Il apparaît ainsi que Mayotte est le territoire français le plus touché, loin devant la Guyane (5,62/100 000). Deuxième département français dans cette catégorie.

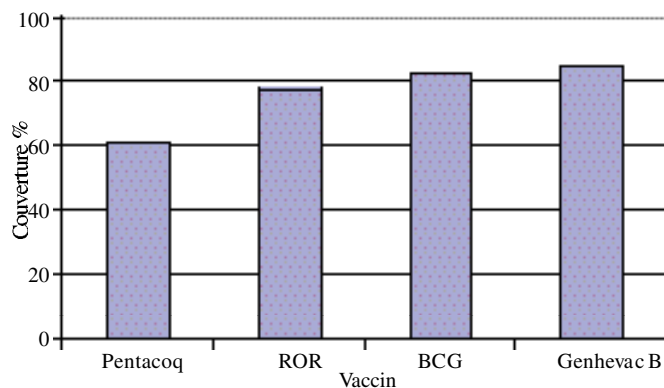


Figure 5 - Couverture vaccinale des enfants de moins de 2 ans, Mayotte, 2002.

## Pathologies non transmissibles

### • Maladies cardio-vasculaires et métaboliques

Leur nombre s'accroît. Elles ont constitué la première cause d'hospitalisation dans le service de médecine entre 1999 et 2001 (10, 15). Leur proportion était : l'hypertension artérielle (10%), le diabète sucré (8%) et les accidents vasculaires cérébraux (3,5%). Ces pathologies chroniques génèrent des incapacités fonctionnelles sévères pour lesquelles aucune structure adéquate n'existe (centre de rééducation fonctionnelle ou de dialyse, ou structure d'hospitalisation à domicile).

### • Tumeurs malignes

La prise en charge de ces pathologies est centralisée dans le service de médecine. La file active de patients porteurs de pathologies tumorales augmente constamment, en l'absence de tout dépistage actif. Celle-ci est passée de 159 patients en 2001 à 221 en 2002 (15). Les principales localisations sont le sein (21%), la lignée hémato-sanguine (17%) et l'appareil digestif (17%). Parmi les tumeurs digestives, la part du cancer gastrique se stabilise, tandis que le nombre de carcinomes primitifs du foie s'accroît.

### • Maladies mentales

Historiquement, la pathologie mentale était systématiquement prise en charge par la médecine traditionnelle. Les patients étaient relativement bien intégrés dans une société traditionnelle, solidaire et tolérante. Cette société traditionnelle, en mutation rapide, observe des changements sociaux fondamentaux : l'affaiblissement des structures familiales, l'exode rural des mahorais, la migration urbaine des immigrés clandestins et l'émergence de comportements alcooliques et violents. A ces changements, se rajoute le chômage qui touche 41% de la population dont une majorité, peu qualifiée, de jeunes (2). Ces phénomènes entraînent une souffrance psychologique qui se traduit par la fréquence croissante de maladies psychosociales. Pour répondre à cette souffrance, a été créé en 2001, un centre de santé mentale à Mamoudzou. L'originalité du centre est de fonctionner en réseau intégrant les relais de soins modernes et traditionnels à savoir les *fundis*. En 2002, 1 234 patients ont été suivis par le centre de santé mentale (21). Les pathologies psychiatriques sont dominées par les psychoses chroniques (file active de 250 patients), les tentatives de suicide, les pathologies de « crise » d'allure psychotique ; celles-ci s'expriment sous forme de possession

et/ou d'agitation, et surviennent soit dans un contexte d'adolescence (56% de la population a moins de 20 ans), soit dans un contexte de crise de vie (par exemple conflit familial inter-générationnel).

## Conclusion

L'absence de recueil exhaustif des pathologies ne permettait pas jusqu'alors, de disposer d'indicateurs fiables de santé à Mayotte. Ce faisant, la planification de l'offre de soins en a profondément souffert. L'intégration de Mayotte dans le dispositif national de surveillance des maladies (InVS), la création récente d'un département d'information médicale au CHM permettront de pallier à cette insuffisance majeure. Ainsi, les données issues de ces systèmes et l'accroissement des

moyens (humains, structurels) prévus dans le cadre de la départementalisation permettront incontestablement au système de santé de mieux répondre aux besoins de la population. Ces besoins sont immenses, tant dans les domaines de la périnatalité, des maladies infectieuses et tropicales, des pathologies non transmissibles (cardio-vasculaires, diabète, santé mentale). Parallèlement, l'amorce de la modernisation du système éducatif et, par conséquent, l'élévation du niveau d'instruction de la population faciliteront l'éducation sanitaire plus que primordiale dans ce contexte. Cependant, l'amélioration de la santé des Mahorais ne pourra plus être considérée de manière isolée dans son contexte géographique. Du fait de l'importance de l'immigration, cette amélioration ne se fera que dans le cadre de la nécessaire coopération sanitaire avec les autres îles de l'archipel comorien ■

## POUR EN SAVOIR PLUS

- 1 - CHM - Rapport d'activité 2002 ; 2003.
- 2 - INSEE - Tableau économique de Mayotte : 2000-2001 ; 2002.
- 3 - ALLIBERT C - Mayotte : plaque tournante et microcosme de l'océan indien ; son histoire avant 1841, Paris, Anthropos, 1984.
- 4 - TOULET C - Recensement de la population du 5 août 1997; 1998. INSEE PREMIERE n° 608. Site internet : [www.insee.fr/fr/insee\\_regions/](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/)
- 5 - FONTAINE G - Mayotte. Karthala ed, Paris, 1995, 193 p.
- 6 - INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES (INED) - Population en chiffres pour les Comores, Madagascar, Maurice et les Seychelles, 2003. Site internet : [www.ined.fr](http://www.ined.fr)
- 7 - INSEE - Etudes démographiques pour La Réunion et pour Mayotte ; 2003. Site internet : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- 8 - INSEE - Le logement à Mayotte : état des lieux ; 1999. INSEE INFOS n° 3. Site internet : [www.insee.fr/fr/insee\\_regions/](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/)
- 9 - VICE-RECTORAT DE MAYOTTE - Vers un plan d'action académique ; 2002.
- 10 - Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) Réunion-Mayotte. Schéma Territorial d'Organisation de la Santé (STOS) de Mayotte 2000-2005.
- 11 - CONSTANT P - Mayotte : bientôt un système de sécurité sociale. *Le Quotidien du Médecin* 2002; **7091** : 18.
- 12 - VIDAL JM - Réalités thérapeutiques mahoraises, Mémoire de Maîtrise d'Ethnologie, Université de La Réunion, 1986.
- 13 - CHM - Rapport d'orientation 2003 ; 2003.
- 14 - ABAINE AK - Rapport d'activité 2002 ; 2003. PMI-DASS Mayotte
- 15 - CHM - Bilan d'activité du service de Médecine ; 2001.
- 16 - RECEVEUR MC, COULAUD X, ALI R *et Coll* - Prévalence du VIH à Mayotte. *Bull Soc Pathol Exot* 2003; **96** : 238-240.
- 17 - WHO - Protocol for assessing prevalence of Hepatitis B infection in antenatal patients. Expanded program on immunization (EPI), 12 p; 1990. Site internet: [www.who.int/](http://www.who.int/)
- 18 - DE BRETTEA S, DE CARSALADE GY, PETINELLI F *et Coll* - Le choléra à Mayotte. Site internet : [www.invs.sante.fr/beh/2001/08/](http://www.invs.sante.fr/beh/2001/08/)
- 19 - DYE C, SCHEELE S, DOLIN P *et Coll* - Global burden of tuberculosis : Estimated incidence, prevalence and mortality by country. *JAMA* 1999; **282** : 677-686.
- 20 - DE CARSALADE GY, ARCHIRAFIL A, FLAGEUL B - La lèpre dans la collectivité territoriale de Mayotte (Océan indien). Site internet : [www.invs.sante.fr/beh/1999/44/](http://www.invs.sante.fr/beh/1999/44/)
- 21 - AIRAULT R, BURON L - Rapport d'activité 2002 ; 2003. Centre de santé mentale, CHM Mayotte.