

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
STATISTIQUES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**État de santé, offre de soins
à la Réunion**

Christine Catteau

n° 20 – juin 2001

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

Ce travail a été mené avec la collaboration de :
Patrice BECU, Jean-Yves CHEUNG, Dr Pierre FRESSY, Dr Patrick GRIZEAU, Dr Régis VERDIER

Sommaire

Chapitre 1 : Contexte géographique, démographique et socio-économique	5
1. Géographie	5
2. Démographie	5
3. La famille	6
4. L'éducation	7
5. Travail, emploi, chômage	8
6. Pauvreté, précarité	9
Chapitre 2 : État de santé de la population	10
1. La santé durant l'enfance	10
2. La santé des adolescents et des jeunes adultes (15-24 ans)	11
3. La santé de l'adulte (25-64 ans)	12
4. La santé des personnes âgées (65 ans et plus)	12
5. Handicap et dépendance	12
Chapitre 3 : les grandes pathologies	14
1. Les maladies transmises par vecteur :	14
1.1 Le paludisme	14
1.2 La dengue	15
2. Prévention de certaines maladies par la vaccination	15
2.1 Poliomyélite, diphtérie	15
2.2 Rougeole	15
2.3 Tétanos et tétanos néonatal	16
2.4 Grippe	16
2.5 Hépatite B	16
2.6 Hépatite C	17
3. Choléra et autres maladies intestinales infectieuses	18
4. Maladies transmissibles chroniques	18
4.1 Tuberculose	18
4.2 Lèpre	18
5. Infections respiratoires	19
6. Rages et autres zoonoses	19
6.1 Rage	19
6.2 Leptospirose	19
7. SIDA et VIH	19

8. Les maladies sexuellement transmissibles	19
9. Le diabète	20
10. L'hypertension artérielle	20
11. Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux	20
12. Les tumeurs malignes	21
13. Accidents et violences	21
13.1 Les accidents de la circulation	21
13.2 Les accidents du travail	22
13.3 Les accidents domestiques	22
13.4 La maltraitance à enfants	22
13.5 Suicides	22
14. Les troubles du comportement	23
14.1 Alcoolisme	23
14.2 Tabagisme	23
14.3 Toxicomanies	23
Chapitre 4 : Offre de soins et offre de prise en charge sociale	25
1. Hôpitaux	25
2. Équipements et matériels lourds	25
3- Services ambulatoires, urgences	25.
4- Services auxiliaires pour le diagnostic et les banques de sang	26
5. Services spécialisés	26
5.1 La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	26
5.2 La prise en charge des personnes handicapées	26
5.3 La prise en charge des personnes âgées	27
5.4 Prévention et prise en charge de l'enfance maltraitée	27
5.5 La réponse aux problèmes de santé mentale	28
6. Personnels de santé	28
Chapitre 5 : Prévention et environnement	30
1. Prévention	30
2. Environnement	31
Annexe bibliographique	33

État de santé, offre de soins à la Réunion

Chapitre 1 : Contexte géographique, démographique et socio-économique

1. Géographie

Située dans l'hémisphère Sud, entre l'Équateur et le tropique du Capricorne, la Réunion est isolée, distante à vol d'oiseau de 9 180 km de Paris, 4 600 km de Bombay, 3 680 km de Djibouti (Afrique de l'Est), 2 825 km de Johannesburg (Afrique du Sud), 1 600 km de Moroni (Comores), 880 km de Tananarive (Madagascar) et 210 km de Port-Louis (Ile Maurice). C'est une île volcanique dont le volcan, le piton de la Fournaise, est toujours en activité. En mars 1998, une éruption particulièrement intense a interrompu la longue accalmie observée depuis 1992, le rythme habituel étant d'une éruption tous les onze mois. Pendant l'été austral, l'île est soumise à un régime de basses pressions, amenant la formation de cyclones tropicaux. Le dernier violent cyclone (Connie) date de janvier 2000.

2. Démographie

Découverte entre 1507 et 1512 par un Portugais, Mascarenhas, et alors déserte, l'île devient française en 1638, mais reste inhabitée jusqu'en 1663, date à laquelle les premiers Français et Malgaches s'y installent. Peu à peu, les terres sont mises en valeur par les différentes vagues d'esclaves importés, sa population atteignait 750 habitants en 1700. Avec l'arrêt de l'immigration, postérieure à la fin de l'esclavage, en 1848, la population stagne. L'intégration des anciens esclaves est difficile, des engagés libres viennent aider au travail sur les plantations. La débâcle du café, les exigences de la canne à sucre alourdissent encore le paysage économique : à partir de 1860, s'installe une longue période de stagnation économique qui s'aggrave entre les deux guerres mondiales. Durant toute cette période, le nombre des naissances ne parvient pas à dépasser celui des décès. Les taux bruts de natalité et de mortalité sont alors de l'ordre de 50 ‰.

En fait, jusqu'à la deuxième guerre mondiale, la société réunionnaise est immobile et la richesse économique très inégalement répartie. L'île a toutes les caractéristiques d'une société de plantation. Pendant la deuxième guerre mondiale, les relations avec la métropole sont interrompues ; dans un pays en pleine misère, le cyclone de 1948 aura des conséquences dramatiques : la population est affaiblie, les maladies infectieuses et endémiques très répandues.

Avec la départementalisation, et au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'ensemble des comportements sociaux, économiques et démographiques se modifient, provoquant le début de la transition démographique. C'est seulement à partir de 1960 que la solidarité nationale va pleinement s'exercer.

Avec la reprise économique, la Réunion entre véritablement dans sa période de « boom » démographique. Sa population double en trente ans : 274 000 habitants en 1954, 515 798 en 1990. Au premier juillet 1998, la population est estimée à 700 000 habitants. La mortalité chute avec les premières mesures de santé publique. Conséquence essentielle de l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène, le taux brut de mortalité s'effondre dès le début de la décennie 1950 : voisin de 30 ‰ en 1945, il n'était déjà plus que de 18,6 ‰ en 1951 ; l'essentiel de la baisse se déroule alors sur une période inférieure à 20 ans, le taux brut n'est plus que de 7,7 ‰ en 1970 et tombe à 5,3 ‰ en 1994. Depuis lors, le taux stagne, voire remonte légèrement, (il est de 5,4 ‰ en 1999), ce qui s'explique par un début de vieillissement de la population. L'espérance de vie à la naissance s'accroît. Elle passe, entre 1990 et 1998, de 69 ans à 70,2 ans pour les hommes, et de 78,3 ans à 78,5 ans pour les femmes.

Mais, parallèlement, le recul de la natalité intervient moins rapidement que celui de la mortalité

Le nombre moyen d'enfants par femme avait augmenté dès la fin des années 40 avant de se stabiliser à un niveau élevé de six à sept enfants par femme en 1960-1965, puis de diminuer pour atteindre 2,3 enfants en 1997. La Réunion avait, dans les années 50, un taux brut de natalité particulièrement élevé (dépassant 50 ‰), niveau qui se maintient jusque dans les années 60. Les très nombreux enfants nés à cette époque constituent aujourd'hui un potentiel d'accroissement démographique qui peut poser problème. La baisse de la natalité enregistrée par la suite est cependant très forte, le taux brut chute de 30 points en 25 ans pour atteindre 20 ‰ en 1994, et 19,3 ‰ en 1998.

Avec la création, en 1964, d'une association privée, l'AROF (Association réunionnaise d'orientation familiale...), la contraception se diffuse officiellement dans la population. Divers centres de planning familial s'ouvrent dans les communes et le nombre de consultations ne cesse d'augmenter. La mise à disposition de moyens modernes plus efficaces aura des conséquences spectaculaires sur une population dont le niveau de vie s'améliorait rapidement, alors « mûre » pour une pratique contraceptive, dans un contexte de transformation du modèle familial.

Entre 1974 et 1981, 4 000 migrants quittent, chaque année, définitivement la Réunion ; mais, depuis cette date, la tendance s'est inversée. Ainsi, entre 1982 et 1990, le solde migratoire a été positif de 1 000 personnes par an, ce qui n'exclut pas des départs entre 15 et 24 ans, compensés par des entrées de personnes plus âgées, autour de 30-34 ans. Tous les ans, entre 1990 et 1999, 2 200 personnes se sont installées à la Réunion.

3. Famille

En presque trente ans, le nombre de ménages a plus que doublé, passant de 83 000 en 1967 à 185 000 en 1994.

En 1990, les deux tiers des ménages comprenaient un couple, avec ou sans enfants. En 1990, la taille moyenne des ménages s'élevait à 3,76 personnes et la part des ménages abritant six personnes ou plus était de 17 %. En 1997, la taille moyenne des ménages s'est réduite : 3,37 personnes en moyenne par ménage et seulement 10 % des ménages sont composés d'au moins six personnes. Parallèlement, même si leur proportion est en augmentation, peu vivent seules : 4,5 % des Réunionnais en 1997 contre 3 % en 1990.

Les couples dont les deux conjoints sont actifs sont un peu plus nombreux que ceux où un seul des conjoints est actif. Néanmoins, le modèle social du couple bi-actif ne s'est pas encore imposé nettement comme en France métropolitaine. Les couples d'inactifs sont le plus souvent constitués de personnes âgées.

Dans 17 % des ménages, la personne de référence est un parent isolé, le plus souvent une femme, avec un ou plusieurs enfants de moins de 25 ans. Les ménages peuvent aussi comporter, à côté de la famille principale, des personnes isolées, ou, plus rarement, des familles secondaires qui sont le plus souvent des familles monoparentales. En 1990, 13 % des ménages hébergent une famille monoparentale (un parent, le plus souvent la mère, et un ou plusieurs enfants).

En 1997, on assiste à une progression du nombre de familles monoparentales qui atteint dorénavant près d'un ménage sur cinq (18 %). Les parents isolés sont presque toujours des femmes. Les hommes vivant seuls avec leurs enfants sont très peu nombreux.

La proportion de femmes élevant seules leurs enfants est nettement plus forte qu'en France métropolitaine (9 %) mais elle reste très en deçà de la proportion atteinte aux Antilles (28 % pour la Guadeloupe, 31 % pour la Martinique). Le divorce n'est pas l'origine principale de la famille monoparentale puisqu'il ne concerne que 13 % des mères seules. Presque la moitié d'entre elles n'a jamais été mariée. La majorité des Réunionnaises élevant seules leurs enfants sont actives (près de 60 %).

En 1990, près de 80 % des couples étaient mariés. Le nombre de mariages a tendance à diminuer depuis 1992 malgré une forte proportion de jeunes adultes : le taux de nuptialité se situe aux environs de 5 ‰. Les difficultés d'installation des jeunes générations sont, sans doute, une des causes de cette évolution mais on constate un refus du mariage qui résiste à la venue des enfants. La progression des naissances hors mariage et des familles monoparentales atteste de cette évolution.

Le taux de divortialité, encore faible en 1967, avec seulement une centaine de divorces prononcés, est désormais proche de celui observé en métropole (1,8 ‰ contre 1,9 ‰).

Population de 15 ans et plus selon l'état matrimonial en 1990

	Hommes	Femmes	Ensemble	%
Célibataires	104 424	97 413	201 837	47,9
Mariés	92 015	93 254	185 269	44
Veufs	3 990	19 208	23 198	5,5
Divorcés	4 650	6 266	10 916	2,6
Ensemble	205 079	216 141	421 220	100

Source : INSEE, Recensement 1990

encadré 1

Les interruptions volontaires de grossesse

Le taux d'IVG chez les femmes en âge de procréer est de 25 ‰ en 1997 (nombre d'IVG dans l'année pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans), soit deux fois le taux métropolitain (13 ‰). Cette différence est moindre si on rapporte les IVG à l'ensemble des conceptions, le niveau de recours à l'IVG à la Réunion est alors de 20,4 % contre 18 % en métropole.

L'analyse du nombre d'IVG en fonction de l'âge de la femme permet de distinguer trois périodes : tout d'abord, pour les moins de 20 ans, l'avortement devient de plus en plus fréquent à mesure que l'âge augmente ; ensuite pour les femmes de 20 à 32 ans, le nombre d'avortements est à peu près stable ; enfin les femmes de plus de 32 ans ont de moins en moins recours à l'IVG. Ces données sont bien évidemment à rapprocher du cycle physiologique.

La baisse, entre 1995 à 1996, de la propension à avorter (de 26,5 % à 25,7 % des conceptions) n'est due qu'à un effet de structure : le nombre des conceptions dans les tranches d'âge où l'avortement est le moins fréquent est proportionnellement plus important. Mais la propension à avorter au sein de chaque tranche d'âge a augmenté. La hausse est particulièrement sensible chez les femmes les plus jeunes (pour les moins de 20 ans, elle passe en effet de 29,8 % à 35,6 %). L'hypothèse d'une utilisation plus systématique de l'IVG comme un recours contre la grossesse non désirée chez les femmes les plus jeunes est ainsi étayée. La Réunion se rapproche de la situation métropolitaine pour les moins de 20 ans ; entre 20 et 34 ans, les taux de recours à l'avortement restent plus élevés à la Réunion, alors qu'ils sont moins élevés après 35 ans. Ceci appuie l'hypothèse d'une moindre utilisation de la contraception avant 35 ans.

4. Éducation

Dans le domaine éducatif, l'évolution est considérable. En 1946, 35 000 élèves sont scolarisés dans le primaire, à peine plus de 2 000 dans le secondaire ; en 1996, on dénombre 120 000 inscrits dans le primaire et 91 000 dans le secondaire. En 1998-1999, les chiffres sont encore en augmentation, avec 121 000 inscrits dans le primaire et 95 100 dans le secondaire. Alors qu'en 1948, seulement 43 jeunes ont obtenu le baccalauréat, ils sont cent treize fois plus nombreux cinquante ans plus tard : en 1968, ils étaient 325, en 1998, 2 997 jeunes ont réussi un bac d'enseignement général et 1 849 un bac technique.

Les évolutions démographiques et l'allongement des scolarités ont bouleversé la structure de la population scolaire. Depuis 1974-1975, les effectifs du préscolaire ont doublé alors que le primaire perdait 30 % de ses élèves. Le premier cycle (collège) a gagné 59 % d'élèves et le second cycle (lycée) a explosé (multiplié par 4). Malgré des progrès, le système scolaire réunionnais reste peu satisfaisant. Le taux d'accès au niveau bac n'est que de 53 % alors qu'il est de 64 % en métropole. En 1998, le

pourcentage de reçus au bac professionnel est de 71 %, il est de 70 % au bac général. L'objectif est maintenant de 80 % de jeunes d'une génération accédant au niveau bac.

5. Travail, emploi, chômage

Avec la départementalisation, la transformation économique est considérable, la société réunionnaise passant d'une économie de plantation à une économie moderne. Ainsi, de 1954 à 1996 la part de population active travaillant dans le secteur primaire est passée de 55 % à 5 %, Alors que le secteur secondaire se tasse quelque peu et passe de 25 % à 15 %. Le tertiaire, en revanche passe, au cours de la même période, de 20 % à 80 %.

Évolution de la structure de la population active

	En %				
	1954	1982	1990	1994	1996
Secteur primaire	55	15	7	5	5
Secteur secondaire	25	17	19	15	14,6
Secteur tertiaire	20	68	74	80	80,4
Ensemble	100	100	100	100	100

Source : INSEE

Parallèlement, le chômage se développe fortement et la Réunion est la région française qui enregistre actuellement le taux de chômage le plus élevé ; ainsi, en 1967, le chômage touchait 13 % de la population active, puis 31 % en 1982, et 37 % en 1990 contre 10 % en métropole. Le taux de chômage, au sens du recensement, est de 41,1 % en 1998 ; au sens du BIT, il est de 37,7 %, -11,8 % en métropole. Sous l'effet de l'explosion démographique mais aussi du changement des comportements, la population active a cru plus rapidement que la population générale, en particulier du fait de l'arrivée des femmes sur le marché du travail en plus grand nombre. L'offre d'emploi a augmenté sur un rythme soutenu, particulièrement ces dernières années, sous l'influence des mesures de défiscalisation. Elle n'a toutefois pas été suffisante pour répondre à la demande d'activité.

Au cours des périodes les plus récentes, la croissance de la population active s'est accélérée. Elle était en moyenne d'environ 5 400 actifs supplémentaires par an entre 1974 et 1982. Elle est passée de 7 250 annuellement entre 1982 et 1990 à 7 700 entre 1990 et 1997.

Sur vingt ans, entre 1974 et 1998, le taux d'activité féminin a presque doublé, passant de 29,9 à 48,7 %. La progression la plus forte a été enregistrée entre 1982 et 1990 (35 à 44,4 %) : pour certaines classes d'âge, les taux ont augmenté de 20 points.

Cette progression est liée à plusieurs facteurs :

- les femmes ont pu acquérir une certaine autonomie dans la mesure où elles ont eu moins d'enfants.
- La croissance des emplois tertiaires depuis la départementalisation a également favorisé l'arrivée des femmes sur le marché du travail.
- L'évolution vers un modèle de consommation occidental nécessite bien souvent l'appoint d'un second salaire au sein du couple. C'est parfois aussi le chômage du conjoint qui détermine la femme à chercher un emploi.

Globalement, les femmes représentaient seulement 20 % de la population active en 1946. En 1990, la proportion atteint 41 % ; elle est de 44 % en 1998. Les écarts restent malgré tout élevés par rapport à la métropole ou même par rapport aux autres DOM et laissent présager une progression sensible des taux d'activité féminins dans les prochaines années. Pour la plupart des classes d'âge, la différence avec la métropole se situait, en 1990, aux environs de 15 points.

À la Réunion, un peu plus d'un jeune sur deux se retrouvait au chômage en 1995, soit plus de deux fois le niveau métropolitain. La différence selon le sexe est sensible : à la sortie de la scolarité, les jeunes filles éprouvent plus de difficultés à trouver un emploi. En 1995, leur taux de chômage s'élève à 65 % contre 49 % pour leurs homologues masculins.

Pour les actifs plus âgés, les écarts de taux de chômage entre la métropole et La Réunion vont de un à trois. Les personnes sans diplôme ou titulaires d'un CEP sont davantage exposées au chômage. À la Réunion, en mars 1995, le chômage touche plus de 41 % d'entre elles. Les différences sont également importantes pour les actifs ayant le BEPC, un CAP ou un BEP. Les Réunionnais dans ce cas risquent de se retrouver au chômage près de deux fois et demie plus souvent que leurs homologues métropolitains. Le baccalauréat lui-même ne préserve pas tout à fait du chômage puisque leurs titulaires se trouvent sans emploi dans 18 % des cas. Seule, la détention d'un diplôme d'enseignement supérieur offre un avantage sur la métropole. Le manque de cadres supérieurs et de professions intermédiaires explique que, pour cette catégorie, le chômage ne soit que frictionnel.

6. Pauvreté, précarité

Dans le domaine de la protection sociale, l'égalité se réalise peu à peu. La Sécurité sociale a été étendue à la Réunion par le décret de 1947 mais son application n'a été véritablement effective qu'à partir du 14 août 1954.

Ces dernières années, le rattrapage des prestations s'est accéléré, avec l'apparition de nouvelles mesures sociales et l'extension de mesures déjà existantes en métropole. Citons :

- mars 1988 : suppression du critère d'activité pour l'attribution des allocations familiales,
- janvier 1989 : instauration du RMI,
- juillet 1989 : suppression du critère d'activité pour l'attribution du complément familial,
- juillet 1991 : mêmes conditions d'attribution des prestations familiales qu'en métropole, sauf maintien des allocations familiales dès le 1er enfant - début du rattrapage,
- juillet 1993 : l'égalité sociale se réalise totalement, avec l'alignement définitif des prestations sur la métropole (montant des allocations familiales équivalent à la Réunion et en métropole).

Mais, en juin 1997, le revenu moyen d'un ménage réunionnais s'élève à un peu plus de 12 200 francs ; il a peu progressé depuis 1994 (11 400 francs) et ne représente encore que 77 % de celui d'un ménage métropolitain, il serait de 60 % si on déduisait les transferts sociaux. La part des transferts dans le revenu d'un ménage réunionnais est, de fait, de plus en plus importante. Ainsi, en 1994, elle était de 31 % et atteint 33 % en 1997.

En 1998, les comptes de la protection sociale¹ enregistrent 17 milliards de francs servis en prestations, pour seulement 7,2 milliards de cotisations encaissées. Le déficit est impressionnant. L'aide sociale atteint à elle seule 2 milliards (dont 96 % sont versés par le Conseil général), soit 2 855 F par habitant, le double du montant observé en moyenne en France métropolitaine.

¹ Comptes de la protection sociale 1998-DDASS -Service statistique régional

Le Revenu minimum d'insertion (RMI)

A la fin 1999, le nombre d'allocataires du RMI était de 61 807. Ce nombre a fortement augmenté depuis 1996, –plus de 10 000– sous l'effet de l'extension du chômage de longue durée et de nouvelles dispositions administratives élargissant la part d'ayants droit. Parallèlement, le nombre moyen de personnes couvertes par l'allocation est également en hausse : 2,3 personnes en 1998, 2,4 en 1999. Près de 150 000 personnes étaient couvertes. Le ratio, 208 personnes couvertes pour 1 000 habitants, est le plus élevé de tous les départements français, DOM compris.

Chapitre 2 : État de santé de la population

1. La santé durant l'enfance

Les causes de décès avant un an

Depuis 1946, la chute de la mortalité infantile a été impressionnante. La mortalité post-néonatale, en particulier, a baissé de 119 ‰ en 1951 à moins de 11 ‰ en 1974 grâce, essentiellement, aux progrès accomplis en prévention (vaccinations, hygiène) et en soins curatifs contre les maladies infectieuses et parasitaires : en 1946, ces causes représentaient, avec le paludisme, les deux tiers des décès chez les enfants de moins d'un an.

La mortalité périnatale et la mortinatalité baissent également mais plus tardivement, essentiellement depuis les années 80 : liées à des facteurs plus profonds et socioculturels, tels la consanguinité ou l'alcoolisme, leur éradication nécessite des moyens plus importants, comme le suivi particulier des grossesses et la baisse du nombre d'accouchements à domicile.

La première cause de décès avant un an est d'origine périnatale : le maximum est atteint pour les petits garçons réunionnais, qui, avec un taux de décès de 2,51 pour 1 000 naissances, connaissent une surmortalité de 10 % supérieure à celle de leurs petits compatriotes métropolitains. La mortalité est également supérieure à la Réunion pour les maladies infectieuses et parasitaires (six fois plus), et pour certaines pathologies plus spécifiques concernant le système nerveux.

Par contre, des résultats favorables sont enregistrés pour les décès dus à des anomalies congénitales (qui ont diminué de moitié) et les décès dus à des facteurs « externes » pour les garçons (accidents, empoisonnements).

Composantes de la mortalité infantile

Taux pour 1 000 naissances

	1994	1997
Mortalité périnatale (1)	12,1	10,9
Mortinatalité (2)	7,3	7,6
Mortalité néonatale précoce (3)	4,8	3,3
Mortalité infantile (4)	8,1	6,5

(1) Morts-nés et décès à moins de 7 jours rapportés à l'ensemble des nés vivants et des morts-nés.

(2) Morts-nés (morts-nés n'ayant pas respiré et respiration non déclarée) rapportés aux nés vivants et morts-nés de la période.

(3) Décès à moins de 7 jours rapportés à l'ensemble des nés vivants (y compris faux morts-nés).

(4) Décès de moins d'un an au cours d'une année rapportés aux naissances vivantes de cette année (y compris les faux morts-nés).

Sources : INSEE, DRASS

Entre un et quatre ans

Les accidents, traumatismes ou empoisonnements constituent la première cause de décès entre un et quatre ans. Le risque est plus élevé à la Réunion qu'en métropole : 20 % de plus pour les petits garçons, et surtout, 90 % de plus pour les petites filles. Les anomalies congénitales apparaissent en deuxième position, particulièrement les maladies de l'appareil respiratoire.

Entre cinq et quatorze ans

La cause la plus fréquente de décès, entre cinq et quatorze ans, est d'origine accidentelle avec un risque, cette fois, plus élevé pour les garçons (12,8 pour 100 000 contre 10,0 pour les filles). La deuxième cause de décès, dans cette tranche d'âge, est liée aux maladies du système nerveux et des organes des sens (avec un taux de mortalité supérieur à deux fois celui de la métropole).

Une enquête réalisée en 1991 par le service de santé scolaire de l'Académie de la Réunion montre une prévalence de l'asthme.

On ne dispose pas actuellement d'autres données, mais le service de santé scolaire a réalisé, en relation avec l'Unité 472 de l'INSERM, et avec la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, une enquête de prévalence de l'asthme et des allergies parmi les élèves de 5^{ème} et 4^{ème} en 2000, dite enquête ISAAC : les résultats seront disponibles en 2001. Autre pathologie fréquente entre six et seize ans, les caries dentaires témoignent d'une prévention insuffisante, et d'une alimentation souvent déséquilibrée et surchargée en sucres.

Cependant, le développement de la scolarisation a sans doute eu un impact très sensible sur la santé, les campagnes de prévention étant mieux suivies d'effets ; le rôle des cantines scolaire dans le bon équilibre alimentaire et nutritionnel des enfants a également été démontré.

2. La santé des adolescents et des jeunes adultes (15-24 ans)

Les morts violentes occupent la première place entre quinze et vingt-quatre ans. Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements sont en effet responsables de 73 % des décès chez les jeunes adultes. La moitié est attribuable aux accidents de la circulation.

Il faut noter une surmortalité à la Réunion due aux homicides (avec un taux six fois plus élevé qu'en métropole), aux accidents de la circulation, aux accidents non précisés, aux suicides et aux intoxications accidentelles. En deuxième lieu, les décès dans cette tranche d'âge sont dus à d'« autres maladies du système nerveux »

Globalement, dans cette tranche d'âge, les décès masculins sont trois fois plus nombreux : les accidents de la circulation sont six fois plus fréquents chez les hommes, les suicides quatre fois plus ; la quatrième cause de mortalité des femmes est la *cirrhose alcoolique*.

Une étude rétrospective réalisée sur les tentatives de suicide entre 1985 et 1987, à partir des registres d'urgence hospitalière publics et privés, indiquent une incidence moyenne de 354 pour 100 000 habitants, le double des taux observés dans les pays européens et dix à vingt fois plus qu'en Martinique. La fréquence des tentatives de suicide chez les adolescents a conduit à mener une enquête sur 200 dossiers : un jeune sur deux vit dans une famille désunie, sans continuité des repères ; une famille sur trois présente des problèmes de santé mentale.

Grossesse et adolescence

Parmi la population de 15 à 19 ans, garçons et filles, vivant dans un ménage (au sens de l'INSEE), 3,5 % sont chefs de ménage contre 1 % en métropole.

En 1995, 65 % des nouveau-nés ont des mères de moins de 30 ans. Néanmoins, la part des mères très jeunes semble diminuer bien que le niveau de la fécondité des adolescentes reste très élevé.

En 1995, l'état civil a enregistré 1 204 naissances issues de mères âgées de moins de 20 ans. Parmi celles-ci, 55 avaient moins de 16 ans. Ce nombre est stable et, contrairement au nombre total de naissances, ne diminue pas ; ces naissances représentent encore 9 % des naissances annuelles. Ce phénomène est donc relativement important : si on appliquait à la population réunionnaise les taux de fécondité observés en métropole, il n'y aurait que 300 naissances issues de mère de 15 à 19 ans.

Les naissances issues de mères mineures représentent 5,1 % des naissances à la Réunion ; en 1993, 4,2 % des adolescentes ont eu un enfant contre 0,9 % en métropole. Ce taux est en baisse continue depuis 1965, mais beaucoup plus lentement que pour les autres classes d'âge et plus lentement qu'en métropole. La poursuite de la scolarité au-delà de 16 ans, le désir d'entrer dans la vie active, l'accès à la contraception, la possibilité d'avorter ont contribué, en métropole, à la baisse de la fécondité des jeunes. À la Réunion, les effets sur la fécondité, de ces mêmes facteurs sont plus modestes.

Chez les adolescentes réunionnaises, environ 30 % des conceptions se terminent par une interruption volontaire de grossesse (IVG) contre 37 % en métropole (encadré 1). Les enquêtes auprès de jeunes femmes enceintes montrent que ces grossesses sont souvent bien acceptées. Celles qui mènent à terme leur grossesse sont issues d'un milieu familial fortement marqué par le chômage. Une meilleure acceptation traditionnelle de l'enfant dans la famille de l'adolescente, le désir de maternité des adolescentes, les difficultés d'insertion professionnelle des jeunes sont autant de facteurs d'encouragement à garder un enfant conçu par accident.

Aucune mère mineure n'a arrêté ses études en primaire contre 7,8 % des mères dans le reste de la population. Ce niveau d'études plus élevé traduit un effet de génération, les générations plus anciennes ayant été moins scolarisées.

Aucune mère mineure n'est salariée, cependant, 54 % d'entre elles bénéficient de l'allocation parent isolé (API) contre 11 % seulement dans le reste de la population. De même, 83 % des mères mineures bénéficient de l'aide médicale contre 42 % pour les autres mères. 19,3 % des enfants de mères mineures ont été transférés à leur naissance, pour y recevoir des soins complémentaires, dans une autre maternité contre 10,3 % pour le reste de la population.

3. La santé de l'adulte (25-64 ans)

Entre 25 et 64 ans, un décès masculin sur trois est dû à l'alcoolisme (psychoses alcooliques en particulier) ; tandis que les femmes continuent d'être davantage touchées par les cirrhoses alcooliques (première cause de décès de cette tranche d'âge). Les maladies vasculaires cérébrales sont la deuxième cause de décès (17 % des décès masculins et 11 % des décès féminins) alors que les cardiopathies ischémiques arrivent en troisième position pour les deux sexes.

4. La santé des personnes âgées (65 ans et plus)

Les maladies cardio-vasculaires touchent 45 % des personnes âgées de 65 ans et plus soit près d'une sur deux) avec une prééminence des pathologies vasculaires cérébrales et des cardiopathies ischémiques, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En troisième position arrivent les décès dus, chez les hommes, aux bronchites chroniques et chez les femmes, aux insuffisances cardiaques ; à noter, pour les femmes, l'importance non négligeable du diabète sucré.

Parmi les tumeurs, ce sont les cancers du poumon qui prédominent chez les hommes.

5. Handicap et dépendance

À la Réunion, les sources d'informations disponibles sur les personnes handicapées permettent d'estimer à 36 000 le nombre de personnes atteintes d'un handicap dont 12 000 avant 19 ans et 24 000 âgées de vingt ans ou plus.

Les décalages dans les évaluations partielles sont importants. Les informations disponibles restent parcellaires, éparses et parfois difficiles d'accès. Elles sont fournies par les organismes officiels (DRASS, Direction de la promotion de l'enfance et de la famille, Caisse d'allocations familiales, Caisse générale de sécurité sociale, Cotorep, Éducation nationale, CAPA, Maison de l'insertion), le secteur de la pédopsychiatrie, les enquêtes sur les établissements médico-sociaux et les associations diverses (encadré 3)

Encadré 3

Handicapés : données brutes avancées par divers organismes

CDES : 4 285 dossiers en 1995.

Éducation nationale :

559 enfants handicapés en milieu scolaire normal pour le primaire, 126 en secondaire en 1993 ;
1 020 élèves en classes de perfectionnement en 1995 ;
1 800 élèves en sections d'éducation spéciale dans le secondaire en 1995 ;
21 élèves en sections d'enseignement général et professionnel adapté en 1995.

COTOREP : 45 203 dossiers en 1996

CGSS : 50 000 dossiers en 1995. Si on considère que près du tiers des demandes traitées pouvaient être rapportées à une déficience (50 % en 1992), 17 000 dossiers auraient concerné une personne handicapée.

PMI : 306 enfants de 0 à 20 ans en 1995 (627 en 1994), dont 182 garçons et 124 filles. Par ailleurs, 1 400 personnes âgées vivent en institution.

La somme de ces décomptes avoisine 65 000 personnes en 1995. Compte tenu de la redondance liée au fait qu'une même personne peut avoir déposé plusieurs demandes auprès d'un organisme, l'estimation, très approximative, du nombre de personnes handicapées doit se situer entre 25 % et 75 % du chiffre calculé, soit entre 16 000 et 48 000.

Adultes handicapés

- 27 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans sont bénéficiaires de l'AAH, contre 21 en métropole au 31 décembre 1998.

La déficience principale des adultes handicapés est intellectuelle et la cause en est le plus souvent attribuée à des psychoses et à l'autisme. La déficience intellectuelle concerne près de 60 % des adultes handicapés accueillis dans des structures spécialisées. Les déficients intellectuels ont, dans 63 % des cas, un retard mental moyen, 20 % un retard mental léger et 14 % un retard mental profond et sévère.

Les autres déficiences du psychisme viennent en seconde position. Elles touchent près du quart (24 %) des personnes accueillies. Parmi celles-ci, 15 % ont des déficiences intermittentes, « critiques », de la conscience (y compris les crises d'épilepsie), 57 % des déficiences du comportement en rapport avec des troubles psychiatriques graves et 27 % des troubles du caractère et du comportement.

Les poly-handicaps concernent 11 % de l'ensemble des déficiences principales. 3 % des personnes sont atteintes de déficiences auditives et motrices.

Les enfants handicapés

En décembre 1998, pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, 7 étaient bénéficiaires de l'Allocation d'éducation spéciale, soit un taux légèrement supérieur à celui observé en métropole.

Près de 60 % des enfants et adolescents handicapés, accueillis dans des structures spécialisées, présentent une déficience intellectuelle. 14 % ont un retard mental profond et sévère, 65 % un retard mental moyen et 21 % un retard mental léger.

Les déficiences auditives viennent au second plan. 11 % des enfants souffrent de déficiences motrices. Les poly-handicaps touchent 93 personnes, les déficiences visuelles 86 personnes. Les autres déficiences sont peu représentées.

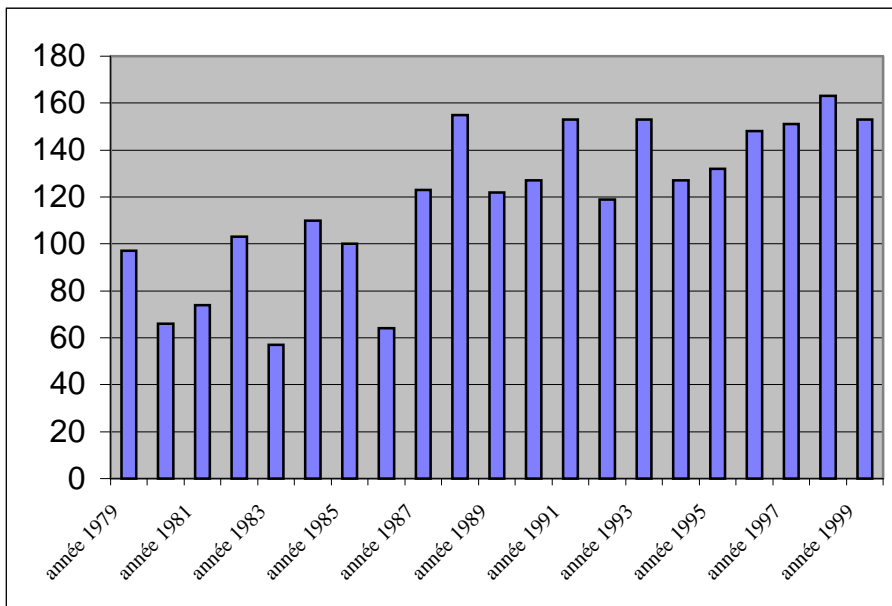
Chapitre 3 : Les grandes pathologies

1 Les maladies transmises par vecteur :

1.1 Le paludisme

Depuis 1987 le nombre de cas de paludisme déclarés reste assez stable, oscillant entre 120 et 150 cas déclarés annuellement (graphique ci-dessous) ; il s'agit de paludisme d'importation touchant les sujets ayant fait un séjour en zone impaludée. Après une régression en 1994 et 1995, le paludisme augmente légèrement, ces dernières années, avec 148 cas déclarés en 1996, 151 en 1997, 153 en 1998 et 163 en 1999.

Nombre de cas de paludisme déclarés à la Réunion



Près de la moitié des diagnostics sont établis au cours du premier trimestre, soulignant le retour des vacances de l'été austral (janvier et février), constatation à rapprocher du pic en septembre, après les vacances d'août. En 1999, 70 % des cas déclarés concernent des hommes contre 55% en 1998 et 68% en 1997. Compte tenu de la structure d'âge de la population réunionnaise, les enfants de moins de dix ans représentent toujours une part importante, avec 17% des cas déclarés. À l'opposé, les personnes âgées de plus de 70 ans sont très rarement concernées.

Comme les années précédentes, le Plasmodium falciparum est le plus souvent rencontré (84 % des cas en 1996, 78 % en 1997, 77.1% en 1999). En 1999, dans la presque totalité des cas, les patients ont séjourné dans des îles de l'Océan Indien, aux Comores, à Madagascar, à Mayotte. Comme en 1998, aucun cas n'est rattaché à un séjour à Maurice. Pour l'essentiel des patients, le lieu de séjour est un pays où la résistance à la nivaquine du Plasmodium falciparum est avérée. La grande majorité des patients réside à la Réunion (96 %) et sont de nationalité française (74 %).

35 % des sujets ont suivi une chimio-prophylaxie en 1999 et, parmi eux, seulement 33 % ont pris un produit adapté de manière régulière. Ces chiffres sont faibles puisque, parmi les cas déclarés, 85 % des sujets atteints en 1996, 92 % en 1997 et 80 % en 1999 avaient connaissance des risques de paludisme avant leur départ. L'hospitalisation a été jugée nécessaire pour 41,2 % d'entre eux. Quatre décès sont à déplorer, tous suite à un accès pernicieux.

1.2 La dengue

La dengue est présente dans l'Océan Indien (une épidémie a eu lieu aux Comores en 1993). Elle a atteint la Réunion en 1978, touchant le tiers de la population. Le risque de formes hémorragiques de dengue avec un virus hétérologue existe donc ; un vecteur de la maladie (Aedes Albopictus) est omniprésent à la Réunion.

Jusqu'en 1996, aucune autre épidémie n'a été enregistrée, à cette date, un réseau de surveillance épidémiologique de la grippe et de la dengue a été mis en place et jusqu'en 2000, aucune nouvelle épidémie de dengue n'a été observée à la Réunion.

2 Prévention de certaines maladies par la vaccination

2.1 Poliomyélite, diphtérie

La diphtérie semble avoir disparu depuis plusieurs années sous l'effet des campagnes de vaccination : aucun cas déclaré n'a été retrouvé dans les archives du service.

Les deux derniers cas de poliomyélite recensés remontent à 1982. Cette maladie semble avoir été éradiquée à la Réunion grâce à l'excellente couverture vaccinale de la population. Il n'en est pas de même pour les pays voisins comme en atteste le diagnostic porté, en 1992, chez un malade en provenance de Madagascar.

2.2 Rougeole

La couverture vaccinale de la rougeole est en augmentation ; en 1995 (dernière enquête disponible), elle était de 97 % à sept ans pour 23 % seulement, pour cette même tranche d'âge, en 1988.

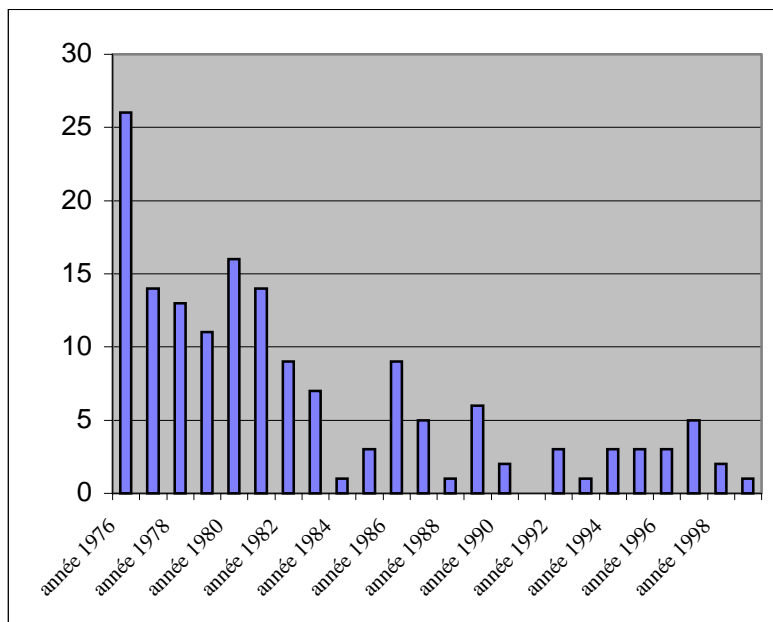
Couverture vaccinale de la rougeole

Couverture vaccinale	En %		
	24-59 mois	7 ans	12 ans
Enquête 1988	70,3	22,8	3,3
Enquête 1991	77,6	70,0	28,3
Enquête 1995	94,2	97,1	59,5

2.3 Tétanos et tétanos néonatal

Le Tétanos qui semblait en voie de disparition, se manifeste de façon épisodique. Trois cas en 1992, un cas en 1993, trois cas en 1994, 1995 et 1996, 5 cas en 1997, 2 cas en 1998 et 1 cas en 1999. La vaccination obligatoire et la connaissance du risque ont entraîné une bonne couverture vaccinale de la population avec, comme corollaire, une diminution de l'incidence de la maladie.

Nombre de cas de tétanos déclarés à la Réunion



Couverture vaccinale D.T.C.P. (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, poliomyélite)

En % de la population

	24-59 mois	7 ans	12 ans
Enquête 1988	93,3	80,5	59,5
Enquête 1991	92,8	83,8	85,2
Enquête 1995	89,0	76,7	78,0

Source :

2.4 Grippe

Dans l'Océan Indien, la circulation du virus grippal n'est, à ce jour, documentée qu'à Madagascar. Une campagne de prévention est organisée chaque année, à la Réunion de façon empirique dans le temps (2 janvier- 31 mars) avec le vaccin utilisé dans l'hémisphère Nord. Le coût de cette vaccination a été de 1,7 MF en 1996. Une épidémie déclarée vers la mi-septembre 1996, a duré environ deux mois. Les résultats disponibles sur la biologie, fin novembre 1996, montraient l'isolement de 79 souches de virus grippal, 3 B et 76 A de type H3N2 proches de Wuhan/359/95. Le taux d'isolement en période épidémique a été de 68 %.

2.5 Hépatite B

La prévalence de l'hépatite B est cinq fois supérieure à la Réunion à ce qu'elle est en métropole.

Couverture vaccinale de l'hépatite B

En %

	24-59 mois	7 ans	12 ans
Enquête 1995	63,6	58,1	86,2

La couverture vaccinale de l'hépatite B était encore insuffisante en 1995.

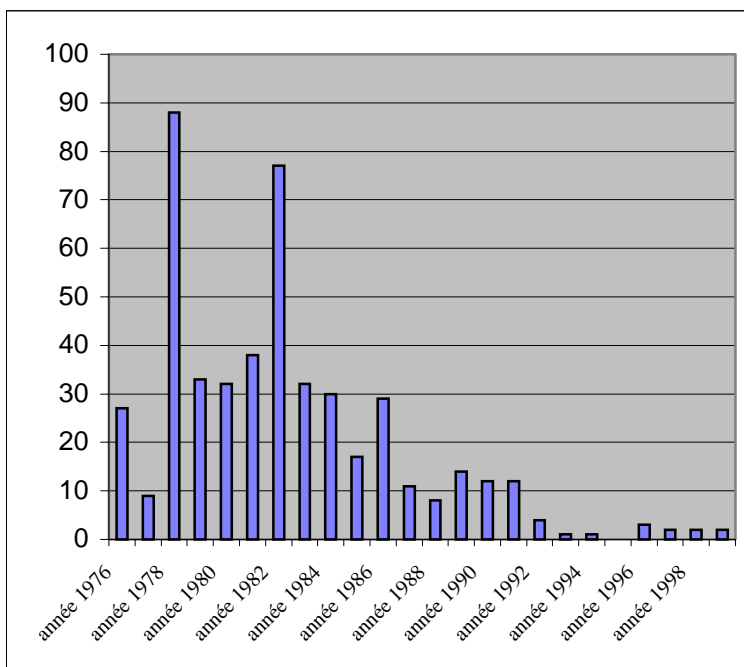
2.6 Hépatite C

La prévalence de l'hépatite C est estimée à 1 %, ce qui porte à 6 000 l'évaluation du nombre de personnes qui seraient porteuses du virus ou auraient été en contact avec lui. Une campagne relative à l'organisation des soins pour les patients a été instaurée depuis 1995, cette affection étant reconnue comme problème de santé publique.

3. Choléra et autres maladies intestinales infectieuses

Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes sont en régression importante depuis plusieurs années, grâce à l'amélioration constante de l'habitat et au progrès de l'assainissement. Quatre cas ont été déclarés en 1992, un cas en 1993 et en 1994, aucun cas en 1995. Cependant, l'extinction de la maladie n'est pas encore totale, puisque 3 cas ont été enregistrés en 1996, et 2 cas en 1997, 1998 et 1999.

Cas de typhoïde et de paratyphoïde déclarés à la Réunion



Les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC)

En 1999, 21 foyers de TIAC ont été déclarés, impliquant 141 personnes. L'étiologie n'a pu être découverte que dans 8 cas.

4. Maladies transmissibles chroniques

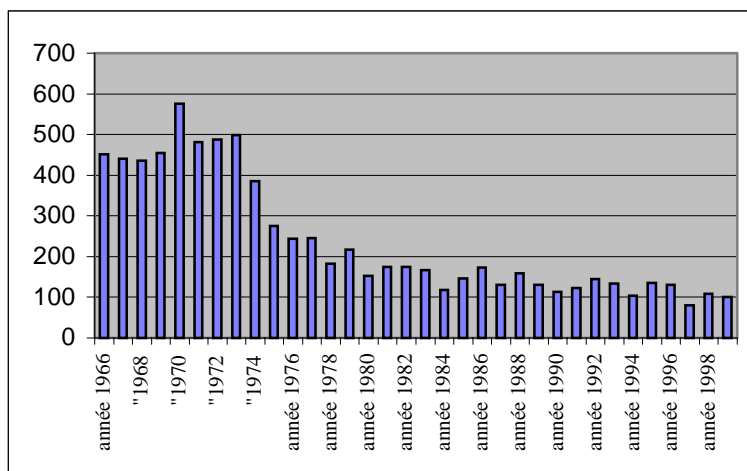
4.1 Tuberculose

Le nombre de cas de tuberculose reste élevé en 1999, avec 101 cas déclarés. Les hommes sont plus atteints que les femmes, le ratio sex-ratio se situant aux alentours de 1,5, ces deux dernières années.

Par âge, les plus touchés sont les 40 à 59 ans (36 % des cas en 1997). Les enfants de moins de 15 ans et les personnes de plus de 75 ans, sont les classes d'âge les moins atteintes

La localisation corporelle de la maladie la plus fréquente est pulmonaire (84.2%).

Cas de tuberculose déclarés à la Réunion



Localisation* de la tuberculose

Localisation	1998		1999	
	Effectif	%	Effectif	%
Pulmonaire	98	90,7	85	84,2
Pleurale	4	3,7	13	12,9
Ganglionnaire	4	3,7	7	7
Génitale	0	0	1	1
Ostéo-articulaire	2	1,9	0	0
Méningée	0	0	1	1
Autre	5	4,6	1	1

*Les différentes formes pouvant être associées, la somme des effectifs dépasse le nombre total des cas déclarés.

Source :

Les patients sont, dans 97 % des cas, de nationalité française.

En ce qui concerne le statut sérologique des patients, connu lors de la déclaration, 5 sur 67 cas étaient séropositifs en 1996, 2 sur 31 cas en 1997 et 1 seul sur 52 en 1999.

4.2 Lèpre

Le nombre de nouveaux cas de lèpre détectés chaque année diminue : 14 en 1988, 4 en 1996, et on n'observe plus parmi eux de stades avancés de la maladie, notamment de mutilations comme dans les années 1960. C'est là l'effet d'un programme d'éradication mis en place en 1984 par la DDASS.

	1983	1993	1994	1995	1996
Malades en traitement		28	36	33	17
Nouveaux cas	7	7	8	1	4

5. Infections respiratoires

Diverses études montrent une prévalence élevée de l'asthme à la Réunion ; les taux comparatifs de mortalité sont quatre fois supérieurs à ceux de métropole.

6. Rages et autres zoonoses

6.1 Rage

La rage n'existe pas à la Réunion, où aucun cas autochtone n'a jamais été signalé ; sporadiquement, quelques cas sont importés des îles voisines (ainsi en 1996, de Madagascar), mais le service vétérinaire exerce un contrôle renforcé aux frontières.

6.2 Leptospirose

D'après les données de l'Institut Pasteur de Paris (Centre national de référence pour la leptospirose), le nombre de cas de leptospirose (confirmés par un laboratoire de biologie) s'élève à 125 pour la région Réunion-Mayotte en 1996. À titre indicatif, 663 cas ont été observés, en 1996, pour la France entière et 434 pour la France métropolitaine. Ainsi, les taux respectifs sont de 0,18 ‰ à la Réunion, contre 0,008 ‰ en métropole, soit 22,5 fois plus élevés dans les DOM.

7. SIDA et VIH

Le nombre de décès liés au SIDA, en augmentation régulière de 1989 à 1993, est en baisse depuis. Le sida représente moins de 0,5 % à la Réunion de l'ensemble des décès ; s'il est une cause minime de décès, il constitue néanmoins une part importante de la mortalité par maladies infectieuses. Cependant la surveillance de la maladie reste une priorité de santé publique dans ce département où les facteurs de risques sont multiples.

La morbidité par Sida

Le nombre de nouveaux cas de Sida déclarés est relativement stable depuis 1990. Au 31 décembre 1999, 256 cas avaient été déclarés depuis le début de l'épidémie. La Réunion comportait ainsi 290 cas de SIDA par million d'habitants, soit un taux trois fois inférieur à celui de la France entière (700 cas par million d'habitants). Le taux de cas cumulés, surtout, est très en retrait par rapport à celui de la moyenne des quatre DOM (1 196).

La proportion de femmes atteintes est importante (sex-ratio : 2,3). La transmission est essentiellement hétérosexuelle (63 %) et le taux de contamination materno-foetale est de 3 %. Plus de la moitié des cas (53 %) affecte des personnes âgées de 20 à 39 ans ; 59 % des malades sont décédés. En 1994, sur la totalité des *Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits* (CDAG) et des autres centres de dépistage 1 469 personnes ont été testées et le taux de séro-prévalence au VIH était de 2 %.

8. Les maladies sexuellement transmissibles

En l'absence de statistique officielle, on peut, à partir de l'activité des centres de PMI, estimer le nombre de personnes atteintes chaque année à trois ou quatre sur mille.

La prévalence estimée, calculée sur la base d'enquêtes des sérologies positives de chlamydiae dans la population de plus de 15 ans, est de 30 ‰, ce qui est très élevé.

9. Diabète

En 1996, compte tenu de la prévalence du diabète estimée à 7,5 % et des nombreuses complications liées à cette pathologie (amputations, cécité, insuffisance rénale chronique terminale notamment), le diabète a été identifié comme problème de santé devant faire l'objet d'un programme d'actions pour les cinq années à venir. Sept actions ont ainsi été initialisées, dont un programme d'éducation nutritionnelle, une sensibilisation des médecins du travail, et diverses enquêtes d'évaluation du diabète et de ses complications. En particulier, on peut citer l'enquête *Redia* (recherche diabète) pilotée par l'Unité 500 de l'INSERM. Elle a pour objectif d'établir le profil clinique des différentes formes du diabète dans un échantillon de la population réunionnaise, et d'identifier les déterminants du comportement des patients ; les résultats sont attendus pour 2001.

10. Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est plus fréquente à l'île de la Réunion qu'en France métropolitaine. Les maladies hypertensives sont en effet responsables d'un taux comparatif de mortalité égal à 27,6 pour la Réunion, les deux sexes confondus, contre 10,8 en métropole sur la période 1988 à 1992. Réalisée en 1990, une enquête montre que :

1) *pour la sensibilisation*, 88,6 % de la population a entendu parler de l'hypertension artérielle. Les femmes connaissent mieux les facteurs de risque et les complications que les hommes. L'alcool et le sel sont parmi les facteurs les plus souvent cités, les accidents vasculaires cérébraux ainsi que les complications cardiaques les complications les plus fréquemment évoquées.

2) *Pour les antécédents familiaux*, une fois sur trois, la personne enquêtée dit avoir au moins un de ses deux parents hypertendu ; dans 68 % des cas, il s'agit de la mère, dans 25 %, du père et dans 7 %, des deux parents. 25,4 % de la population connaissait, dans sa famille proche, une personne ayant eu un accident vasculaire cérébral.

3) *À propos des habitudes de vie*, 27,6 % de la population fume (44 % des hommes contre 12 % des femmes). Une personne sur trois déclare boire de l'alcool. Il s'agit, là encore, d'une habitude surtout masculine (55,7 % des hommes contre 19 % des femmes). La bière vient en tête suivie du vin et du rhum chez les hommes alors que les femmes consomment, de préférence, du vin et du rhum.

Une personne sur cinq pratique régulièrement un sport, et dans deux cas sur trois, il s'agit d'un homme. La pratique sportive diminue rapidement avec l'âge. 55 % des femmes et 17 % des hommes présentent une obésité.

4) *Pour la prévalence de l'hypertension*, elle était de 20,3 %, différente entre les sexes (23,6 % chez les femmes et 16,8 % chez les hommes), et augmente avec l'âge.

5) *Pour la perception par la personne de sa propre santé*, lors de l'enquête, 15,6 % des personnes reconnues hypertendues n'en ont pas connaissance. Parmi les hypertendus connus, 85,5 % étaient sous traitement. 65,5 % ont dit prendre le traitement régulièrement. Parmi les hypertendus traités, 51,4 % des personnes avaient normalisé le niveau de leur tension. 37 % de tous les hypertendus recensés présentaient des chiffres normaux de tension artérielle.

11. Maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux

Les maladies circulatoires : comparée à la métropole, la surmortalité est importante à la Réunion. En 1988-1992, le rapport des taux de mortalité dans ce domaine s'élève à 1,45 pour les hommes et à 1,49 pour les femmes par rapport à la métropole ; la surmortalité s'est aggravée en 1992-1994, comme l'indique ce même ratio par sexe, surtout pour les hommes : 1,71 et 1,53.

Les maladies vasculaires cérébrales : ce même ratio est, ici aussi, en défaveur de la Réunion qui affiche une surmortalité de 2,84 en 1992-1994 pour les hommes et de 2,06 pour les femmes, en augmentation pour les deux sexes.

- un peu moins du tiers des affections de longue durée (ALD) étaient, en 1990, des maladies cardiovasculaires ;
- le principal facteur de risque est le diabète avec une incidence trois fois supérieure à celle de la France métropolitaine et un indice de surmortalité de 1,5.

12. Tumeurs malignes

C'est la seule pathologie pour laquelle la Réunion affiche une sous-mortalité par rapport à la métropole, avec un ratio de 0,85 pour les hommes et de 0,75, pour les femmes.

En ce qui concerne les cancers des voies aérodigestives supérieures, la Réunion est cependant en surmortalité pour les hommes, de 1,34 ; rappelons que l'apparition de cette pathologie est fortement liée à l'usage abusif et associé d'alcool et de tabac.

13. Accidents et violences

13.1 Les accidents de la circulation

Le réseau routier de l'île de la Réunion est constitué de 370 km de routes nationales et 750 km de routes départementales. Sa structure se caractérise :

- par une route périphérique de 210 km très fortement sollicitée, avec des pointes de 55 000 véhicules/jour à la sortie ouest de Saint-Denis ;
- une absence de maillage due à un relief escarpé et entaillé de profondes ravines ;
- l'inexistence d'autres modes de transports ferroviaire et ou maritime ;
- un fort taux de dégradation au cours de chaque saison cyclonique.

Avec un parc de 208 300 véhicules, le taux de motorisation est aujourd'hui d'un foyer sur deux. Ce parc est en très forte croissance depuis quatre ans avec un accroissement des immatriculations de 8 % par an. Il en résulte une croissance moyenne annuelle du trafic de 3 % ; certaines sections connaissant des augmentations 10 %.

On a recensé, à la Réunion, 1,5 accident de la route pour 1 000 habitants en 1996 (0,8 en métropole). La proportion de tués et de blessés graves dans un accident, bien qu'en diminution est encore de 30 % supérieure à ce qu'elle est en métropole.

Avec 943 accidents corporels en 1997, on a noté une baisse, mais qui semble s'infirmier par la suite. Ainsi l'insécurité routière continue d'être supérieure à la métropole du fait d'un réseau routier peu adapté, de voies principales surchargées, d'un parc automobile en explosion, de transports en commun insuffisants, et surtout d'un accroissement du trafic de 3 % chaque année.

Victimes d'accidents de la circulation

	Accidents	Tués	Blessés graves	Blessés légers	Tués et blessés graves pour 100 accidents	
					Réunion	Métropole
1991	1 209	103	561	1 166	54,9	38
1992	1 166	79	540	1 093	53,1	37
1993	1 098	88	467	1 092	50,5	38
1994	1 086	94	395	1 041	45,0	36
1995	1 053	93	390	1 025	45,4	36
1996	1 016	87	379	1 021	47,5	[?]
1997	943	102	364	912	49,4	

Source : DDE-Insee

13.2 Les accidents du travail

Entre 1984 et 1992, la fréquence des accidents du travail avec arrêt, est restée relativement stable et toujours inférieure à la moyenne métropolitaine (1,5 fois moins élevée), de même que pour leur gravité. En 1992, le nombre d'accidents du travail mortels a été de 8,5 pour 100 000 salariés. En 1993, aucun accident mortel n'a été enregistré par la Caisse générale de Sécurité sociale.

13.3 Les accidents domestiques

Les hommes sont un peu plus touchés (+8 %) par les chutes accidentelles : il s'agit alors essentiellement de chutes des personnes âgées ou d'accidents de sport.

13.4 La maltraitance à enfants

En 1998, selon la Mission Enfance maltraitée du Conseil général, 1 796 enfants sont en danger, soit une prévalence de 6 pour 1 000 enfants de moins de 19 ans (éléments obtenus au Numéro Vert « Enfance maltraitée » et aux services de la Direction de la promotion de l'enfance, de la famille et de la santé).

L'« enfance maltraitée » recouvre des situations très diverses, du soupçon pour certaines, à la certitude pour d'autres. Elle est définie comme brutalités volontaires ou comme absence intentionnelle de soins entraînant des lésions physiques ou des troubles de l'état général. Sont aussi enregistrés des comportements plus difficiles à mettre en évidence car ne laissant pas de trace physique : brutalités mieux contrôlées, comportements sadiques, manifestations de rejet, de mépris, d'abandon affectif, exigences éducatives disproportionnées.

La nature du danger est pour 36 % des enfants celui de sévices physiques, pour 20 %, celui d'abus sexuels et pour 22 % une situation « en risque ». Dans 65 % des cas, les enfants ont moins de douze ans et 56 % sont de sexe féminin. Dans la grande majorité des cas (92 %), les sévices ou le risque proviennent de la famille (parents ou proches).

13.5 Les suicides

Le suicide reste un des problèmes majeurs de santé publique à la Réunion, essentiellement parce que la population concernée est jeune. Entre les périodes 1988-1992 et 1992-1994, la surmortalité par rapport à la métropole s'est aggravée : elle passe de 1,10 à 1,36 pour les hommes et de 0,74 à 0,93 pour les femmes. Néanmoins, avec 70 décès par suicides enregistrés en 1998, la baisse du nombre de suicides se poursuit depuis le pic constaté en 1994 (115 suicides).

14. Les troubles du comportement

14.1 Alcoolisme

En matière d'alcoolisme, la Réunion détient un triste record de surmortalité, puisque les taux comparatifs indiquent un ratio de 3,51 pour les hommes et de 3,38 pour les femmes.

La mortalité imputable aux cirrhoses, aux psychoses alcooliques et aux cancers de l'œsophage est plus élevée qu'en métropole. Ainsi, le nombre de décès, spécifiquement ou très fortement liés à l'alcool, est important : de l'ordre de 350 par an.

Un décès sur cinq entre 35 et 54 ans est dû à l'alcool.

À la Réunion, entre 15 à 34 ans, les hommes meurent neuf fois plus d'alcoolisme et six fois plus de cirrhose qu'en métropole et les femmes sept fois plus d'alcoolisme et de cirrhose.

Le rapport introductif du programme régional de santé estime, qu'à la Réunion, 30 à 35 % des hospitalisations ont un rapport, direct ou indirect, avec l'alcool. On y trouve deux fois plus de syndromes d'alcoolisme fœtal (3 à 5 pour 1 000 naissances).

Le rhum est le principal agent de l'alcoolisme à la Réunion. Toutefois, 1995 marque une profonde modification dans l'évolution des comportements de consommation d'alcool. On observe effectivement une hausse de la consommation de vins, de champagnes et de bières au détriment de la consommation de rhum.

Ainsi, on note qu'en l'espace de 50 ans, la place de la consommation de rhum dans la consommation globale d'alcool a été divisée par 3, passant de 94 % en 1944 à 32 % en 1995. La consommation d'alcools dits forts poursuit ainsi sa décroissance, amorcée en 1985-1987, pour rejoindre en 1995, la consommation en volume des vins et champagnes.

L'intoxication alcoolique est indirectement responsable de nombreuses morts violentes (dix fois plus de décès par homicide qu'en métropole). L'alcool intervient dans 60 % des affaires judiciaires et 40 % des accidents de la voie publique.

14.2 Tabagisme

Les principales maladies liées à une consommation excessive de tabac sont les cancers bronchiques, la bronchite chronique obstructive, les cardiopathies ischémiques. Une fraction variable de chacune de ces causes de décès est directement attribuable au tabac.

À la Réunion, l'importance de la mortalité liée au tabac est voisine de celle observée en métropole, alors qu'en Guyane, en Martinique et en Guadeloupe, elle pèse moins dans chaque classe d'âge.

Les indices comparatifs de mortalité liée au tabagisme (base 100 en métropole) traduisent une très nette surmortalité due aux bronchites chroniques, une légère sous-mortalité pour les cancers bronchiques mais une mortalité par cardiopathies ischémiques supérieure à celle observée en métropole, l'indice de surmortalité est de 125 pour les hommes et de 121 pour les femmes.

14.3 Toxicomanies

Une enquête, menée en novembre 1999, a porté sur 10 établissements d'accueil où 190 toxicomanes ont eu recours au système de soins au mois de novembre. 86% de la population étudiée est masculine. L'âge moyen du toxicomane est en progression, passant de 25,7 ans sur la période allant de 1991 à 1993 à 28 ans en 1995 et 31 ans en 1999.

Les inactifs composent en très grande partie la population toxicomane : 75,3 % dont 32,6 % sont au chômage et 12,1 % sont étudiants (contre 7 % en métropole).

Le zamal (cannabis) est consommé en produit principal par près de la moitié (43 %) des toxicomanes réunionnais. La différence est très nette avec la métropole où seuls 12 % des toxicomanes utilisent le cannabis et près de 70 % de l'héroïne (6 % à la Réunion).

Sur les dernières années, on note une tendance à la baisse de la consommation : de 88 % en moyenne durant la période 1988 à 1990, la part du zamal est ainsi passée à 63 % en 1995 et 43% en 1999, alors que celle de l'héroïne augmentait de 3 % à 6% en 1999.

L'âge influence le type de drogue principale consommée : les jeunes utilisent presque exclusivement le zamal alors que la consommation d'héroïne et autres opiacés ainsi que celle de psychotropes est plus développée chez les individus plus âgés.

Produits associés : 36 % des sujets en 1999 sont poly-toxicomanes. L'alcool est le premier produit d'accompagnement (44 % des toxicomanes l'associent à leur drogue principale) et la consommation en est d'autant plus élevée que le toxicomane est âgé. Les hypnotiques et tranquillisants sont utilisés, dans un cas sur cinq, principalement par les moins de trente ans.

Encadré 3

Enquête dans les lycées et collèges

Une enquête a eu lieu en 1996-1997 dans les lycées et collèges ; elle poursuivait deux objectifs simultanés : permettre de cerner le comportement des adolescents face à la drogue et connaître leur perception du phénomène.

Tabac : 71 % des élèves n'auraient jamais fumé. 2 % n'auraient qu'essayé, 11 % seraient des fumeurs épisodiques et 16 % des fumeurs quotidiens.

Alcool : 60 % des élèves interrogés affirment avoir parfois bu et une très faible proportion (0,8 %) déclare boire tous les jours.

Parmi ceux qui ont bu, 39 % affirment s'être déjà senti ivre et ceux-ci ont en moyenne été saouls 4,3 fois dans les six derniers mois.

Drogue : 15 % des élèves affirment avoir déjà pris de la drogue et 60 % affirment connaître quelqu'un dans leur entourage qui se drogue.

Une enquête complémentaire a récemment eu lieu à l'Université (1999-2000).

Il en ressort une évolution à la hausse de la consommation de tabac qui passe de 29 % dans les lycées et collèges à 35 % à l'université, avec 61 % des fumeurs ayant une consommation régulière.

- 85 % des étudiants réunionnais ont déjà bu de l'alcool,
- et, surtout, ils ont une meilleure connaissance de la drogue, la grande majorité fait la différence entre les différents types de drogue (71 %),
- enfin, on note une évolution constante, avec l'âge, du nombre d'étudiants ayant essayé la drogue, le maximum étant de 73 % des 23 ans et plus.

Chapitre 4 : Offre de soins et offre de prise en charge sociale

1. Hôpitaux

Au 1^{er} janvier 1999, on comptait 24 établissements hospitaliers publics ou privés à la Réunion, dont 5 de statut public². Le nombre total de lits en hospitalisation était de 2 834, dont 2 029 en court séjour.

Avec 1,4 lit pour 1 000 habitants en médecine, la Réunion se place au dernier rang des régions françaises, la moyenne nationale étant de 2 ; mais une analyse comparative départementale rapproche la Réunion d'un département tel que le Pas-de-Calais (1,8) ayant une structure d'âge plus jeune que la moyenne nationale (31 % de moins de 20 ans).

Pour la chirurgie, le ratio est de 1 lit pour 1 000 habitants : là aussi, le département se place à la dernière place des régions françaises, la moyenne nationale étant de 1,8.

En obstétrique, le taux d'équipement est de 0,5 lit pour 1 000 femmes en âge de procréer.

2. Équipements et matériels lourds

La Réunion est divisée en deux secteurs sanitaires. Certains équipements ont vocation sur l'ensemble du département :

- l'IRM mobile dessert trois établissements sanitaires, deux sur le secteur I, un sur le secteur II ;
- deux appareils de radiothérapie, dans le Sud et le Nord sont utilisés dans le cadre d'une convention de partenariat entre les deux établissements sanitaires autorisés.
- Un caisson hyperbare assure divers traitements. Le nouveau caisson hyperbare installé en 1997 a permis une augmentation de l'activité grâce aussi au renforcement des personnels au 1^{er} janvier 1998.

3- Services ambulatoires, urgences

Le taux relatif aux alternatives à l'hospitalisation complète en médecine et en chirurgie est proche des moyennes nationales (de l'ordre respectivement de 3,5 % et 5 %) si l'on ne retient que les capacités autorisées. Seule la gynécologie-obstétrique ne comprend pas, dans l'immédiat, de structures alternatives.

Les dernières autorisations portent essentiellement sur la chirurgie et l'anesthésie ambulatoires pour le secteur privé lucratif. Une autorisation d'hospitalisation à domicile, dans le secteur public, n'a pu se concrétiser faute de moyens supplémentaires.

La complémentarité et le fonctionnement en réseau se développent progressivement sur un mode conventionnel.

En matière d'urgence, le Service régional d'organisation des soins (SROS) avait prévu la mise en place de réseaux de médecins libéraux pour sa régulation et sa prise en charge dans les lieux les plus reculés et difficilement accessibles de l'île. Cet objectif n'a pu être atteint à ce jour. On assiste seulement à l'entrée d'un petit nombre de médecins libéraux au Centre 15.

La fonction Service accueil des urgences est répartie sur deux pôles, nord et sud. La fonction accueil polyvalent de type polyclinique de l'urgence est répartie sur deux autres pôles, est et ouest.

² Y compris les structures de soins à domicile et les structures gérant des équipements lourds.

L'accueil psychiatrique aux urgences, prévu dans l'annexe du SROS, s'est concrétisé dans l'ensemble des établissements mais avec des prises en charge différentes.

Les modifications réglementaires vont entraîner la révision du SROS particulier des urgences.

4- Services auxiliaires pour le diagnostic et les banques de sang

Un établissement de transfusion sanguine régional, groupement d'intérêt public, regroupe deux sites opérationnels Nord et Sud et assurent la distribution annuelle de 15 000 produits sanguins labiles.

Au plan de la sécurité transfusionnelle, l'ensemble des établissements de soins publics et privés possèdent un correspondant d'hémovigilance depuis 1996. Le taux de traçabilité des produits sanguins labiles a été respectivement de 90 % en 1996 et de 94 % en 1997.

5- Services spécialisés

5.1 La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

En 1997, 652 patients ont suivi un traitement par dialyse dont 23 par dialyse péritonéale. Une activité saisonnière porte le nombre de patients à 1 426 en 1998.

Au 1^{er} janvier 1999, le nombre de séances (y compris les séances à l'entraînement) s'élevait à 101 604 (y compris l'activité saisonnière) avec un nombre moyen d'environ trois séances par semaine et par patient.

5.2 La prise en charge des personnes handicapées

Adultes Handicapés

Au 1^{er} janvier 1999, 984 adultes handicapés sont pris en charge par 24 établissements. On compte deux adultes pour trois enfants et adolescents (cette proportion était de un pour trois en 1991).

Le secteur protégé est peu développé par rapport à la métropole : l'implantation de deux ateliers protégés, offrant 29 places d'accueil, est très récente. Douze centres d'aide par le travail (CAT) peuvent accueillir 416 personnes, soit 1,1 place pour 1 000 adultes (4,6 dans le Limousin, région la mieux équipée, 1,9 en Île-de-France, région la moins équipée de métropole).

193 travailleurs handicapés sont accueillis en foyer d'hébergement (6 foyers en 1999), en progression de 8% depuis 1996.

45 places seulement reçoivent en maisons d'accueil spécialisé (MAS) des personnes lourdement handicapées : le taux d'accueil est ainsi de 12 prises en charge pour 100 000 habitants de vingt ans et plus, soit 3,5 fois moins que la moyenne métropolitaine.

60 places et lits sont disponibles dans un foyer de vie, destiné à accueillir des adultes moins lourdement handicapés.

Enfants handicapés

Au 1^{er} janvier 1999, 1 459 enfants handicapés des deux sexes, âgés de moins de vingt-deux ans, étaient pris en charge en établissements. Il s'agit d'Instituts médico-pédagogiques (IMP), d'établissements d'éducation spéciale pour polyhandicapés, pour handicapés moteurs ou pour déficients sensoriels.

Personnes handicapées selon le type d'hébergement

Établissements	Effectifs	%
Déficients mentaux	684	46,9
Polyhandicapés handicapés moteurs	141	9,7
Handicapés moteurs	55	3,8
Déficients sensoriels	207	14,2
Soins et éducation spécialisée à domicile	232	15,9
Autres	140	9,5
Total	1459	100

Source :

5.3 La prise en charge des personnes âgées

En 1990, 51 400 personnes étaient âgées de plus de 60 ans, elles sont 67 200 en 1999 ; on prévoit qu'elles seront 138 400 en 2020. L'augmentation est de l'ordre de plus de 2 000 par an. Elle est également importante pour les plus de 75 ans passant de 12 607 au recensement de 1990 à 15 200 au 1^{er} janvier 1997, 16 810 au 1^{er} janvier 1999.

Conséquence de cette augmentation importante, le taux d'équipement (en nombre de lits pour 1 000 habitants de 60 ans et plus) a tendance à diminuer malgré une augmentation du nombre de lits et de places :

Au 1^{er} janvier 1995, 1 034 personnes âgées étaient hébergées (soit 18 ‰) ; avec 1 040 personnes âgées hébergées en 1999, ce taux est de 15,4‰, très inférieur encore au taux métropolitain (71 ‰). Pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, le taux est de 68,5 au 1^{er} janvier 1997, la moitié de celui de métropole (170).

Depuis 1990, la progression de la capacité d'hébergement des personnes âgées est faible, sauf entre 1992 et 1994 où elle a été de 10 %. Entre 1996 et 1999, on constate la transformation des lits d'hospice en maison de retraite.

Personnes âgées selon le type d'hébergement

	1990	1992	1994	1996	1999
Hospice	120	120	120	90	0
Maisons de retraite	671	673	754	737	918
Foyers	75	75	71	131	40
Long séjour	51	63	86	81	79
Hébergement temporaire	28	6	3	3	3
Total	945	937	1 034	1 042	1 040
dont SCM	238	369	423	472	551

Source : DRASS

À la Réunion le nombre particulièrement important de structures d'hébergement pour personnes âgées non passées en CROSS, de type hébergement collectif locatif, accroît sensiblement le taux d'équipement ; au total, 801 personnes âgées étaient ainsi prises en charge au 1^{er} janvier 1999 ce qui, réévaluerait le taux d'équipement à 30 pour 1 000 personnes de plus de 60 ans (120 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus).

5.4 Prévention et prise en charge de l'enfance maltraitée

Une mission « Enfance Maltraitée », placée sous la responsabilité du Conseil général, est chargée de trois missions :

- la formation des professionnels, l'information du public et la collecte des situations d'enfants maltraités ou en risque qui proviennent du « N° vert » et des Groupements d'unité territoriale (GUT) du Conseil général ;

- l'animation de groupes de travail visant la prise en charge des enfants victimes. Le groupe départemental réunit magistrats, police, gendarmerie, rectorat, jeunesse et sports, hôpitaux et associations. Le 9 mars 1994 a été signé un protocole « pour une prise en charge intégrée sociale et judiciaire des enfants et des adolescents victimes d'abus sexuels intra-familiaux » ;
- l'aide précoce et la prévention, comprenant le « N° vert » et des informations à l'adresse des médias. À la Réunion, le N° vert existe depuis le 16 mars 1992.

5.5 La réponse aux problèmes de santé mentale

Le département compte cinq secteurs de psychiatrie générale sur lesquels la population prise en charge est relativement bien répartie. Un secteur moyen de psychiatrie générale devrait compter environ 70 000 habitants (recommandations ministérielles), soit environ 56 000 personnes de plus de 16 ans. Les secteurs réunionnais couvrent une population largement supérieure, avec des ratios allant de 1,5 à 2.

Le secteur réunionnais moyen de psychiatrie générale est en nette surcharge, avec une population totale de 140 000 habitants (+ 88 % par rapport au secteur moyen national) et une population de plus de 16 ans de 90 000 habitants (+ 70 % par rapport au secteur moyen national). Sur un plan strictement démographique, la prise en charge de la population du département justifierait l'existence de huit secteurs. Le département compte deux unités d'hospitalisation psychiatriques publiques (un CHG et un CHS) et un établissement privé :

- Le Centre hospitalier Sud Réunion héberge, à côté des services médico-chirurgicaux, deux services de psychiatrie générale correspondant chacun à un secteur psychiatrique . Chaque service comprend 25 lits d'hospitalisation complète.
- Six services sont rattachés au CHS de Saint-Paul, dont l'unité interrégionale d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile (dix lits) . Deux autres services de pédopsychiatrie sont décentrés au nord du département (Sainte-Clotilde) et à l'est (Saint-Benoît). Il y a par ailleurs trois services de psychiatrie générale (au total 200 lits d'hospitalisation complète).
- La clinique des « Flamboyants » est le seul établissement privé psychiatrique. Il comptait 45 lits et 15 places jusqu'à une date très récente. Il vient d'être autorisé à augmenter ses capacités d'accueil de 20 lits supplémentaires, soit 65 lits et 15 places.

6. Personnels de santé

Au 1^{er} janvier 2001, on dénombre 6 668 personnels de santé, ce qui traduit une évolution régulière à la hausse (5 800 professionnels en 1998, 5 962 en 1999 et 6 156 en 2000).

L'augmentation, plus importante en 2000, des effectifs est due en partie à la régularisation du fichier ADELI effectuée préalablement à l'envoi des cartes des professionnels de santé.

Le rythme d'installation des médecins s'est bien ralenti : il était de +10 % chaque année entre 1974 et 1985, de +7 % entre 1985 et 1992 (7 fois supérieur au taux métropolitain) . En 1992 et 1993, ce taux était même équivalent à celui de la métropole : environ 1 % . Mais depuis, l'augmentation annuelle moyenne a été plus importante : +4,3 % en 1994, +3,6 % au cours de la période 1995/2000 et +3,4 % en 2000 (en métropole +1,9 % en 1994 et +0,2 % pour les années 1995 à 1998).

La densité du secteur libéral est de 140 médecins pour 100 000 habitants à la Réunion au 1^{er} janvier 2001 et 150 avec les remplaçants (200 en 2000 en métropole).

Les densités les plus élevées concernent les communes du Port (239 médecins libéraux pour 100 000 personnes, seule densité supérieure ou comparable à la moyenne nationale avec Saint-Denis), Saint-Denis (197), Saint-Pierre (188), Saint-Louis (141), Saint-Paul (134), Trois-Bassins (133), Saint-André (127), Saint-Benoît (116), Tampon (119) et Saint-Leu (114).

Les communes rurales et les Écarts restent sous-médicalisés : Plaine-des-Palmistes (28), Possession (60), Cilaos (65), Sainte-Suzanne (69), Bras-Panon (70). Les médecins libéraux se sont donc installés de préférence dans les grandes agglomérations urbaines.

Les variations communales d'une année à l'autre ne sont guère significatives pour les petites communes lesquelles ont d'ailleurs les plus faibles densités en médecins libéraux. En revanche, les médecins se sont installés au cours des années 1995 à 1999 dans les villes de plus grande importance : Saint-Leu (+7,1 % par an), Le Port (+6,5 %), Saint-Louis (+5,2 %), Saint-Joseph (+4,7 %), Saint-Paul (+4,3 %), Saint-André (+3,3 %), Saint-Pierre (+2,7 %), Saint-Denis (+2,6 %), Saint-Benoît (+2,4 %).

Par contre en 2000, on observe une diminution de -1,1 % du nombre de médecins libéraux à Saint-Denis (263 au lieu de 266).

De 1991 à 1998, la densité des dentistes à la Réunion était restée stable, malgré des fluctuations minimales (44 à 45 dentistes pour 100 000 habitants). Cette densité a augmenté et passe à 47-48 dentistes (50 avec les remplaçants) pour 100 000 habitants depuis le 1^{er} janvier 1999 à la suite de la régularisation du fichier ADELI consécutive à une opération de calage entreprise en 1998 avec le fichier PRATIC de la CGSS.

Elle reste toutefois très faible en comparaison des valeurs métropolitaines (70 dentistes au 1^{er} janvier 2000).

C'est dans les grandes communes de Saint-Denis (60 pour 100 000 personnes), Saint-Pierre (59), Saint-Paul (51), Port (49) et Tampon (49) qu'il y a le plus de dentistes ainsi qu'à Trois-Bassins (74), Avirons (54) et Sainte-Marie (50).

Les communes rurales ont un taux très bas : 0 à la Plaine-des-Palmistes, 14 à Salazie, 15 à Sainte-Rose, 19 à Petite-Île, 20 à Saint-Philippe, 30 à Bras-Panon ainsi que la Possession (22) et Saint-André (29).

Au 1^{er} janvier 2001, on dénombre à la Réunion 324 pharmaciens d'officine et 75 autres dont 40 exercent dans un des 37 laboratoires d'analyse biomédicale, notamment en qualité de directeur (33), 19 en établissement hospitalier public, 4 dans les cliniques (1 PSPH et 3 non-PSPH), 7 dans le commerce de gros et 5 divers.

On recense au total 232 officines soit une densité (32 pharmacies pour 100 000 habitants) assez proche de celle de la métropole (39 en 2000).

Par contre, on ne trouve en moyenne que 1,4 pharmacien (titulaire, associé, assistant, collaborateur...) par officine à la Réunion au lieu de 2 en métropole.

Écoles d'infirmiers

286 élèves dont 185 femmes soit 65 % (86 % en métropole) sont recensés en 1999 dans les deux instituts de formation en soins infirmiers de la Réunion (Centre hospitalier Félix Guyon et Groupe hospitalier Sud Réunion de Saint-Pierre).

Près de la moitié d'entre eux (49 % contre seulement 33 % en métropole) bénéficie d'une prise en charge (14 promotions professionnelles hospitalières, 103 bourses d'État et 24 autres prises en charge) au titre des 3 années d'études.

Environ 58 % des inscrits se trouvent à Saint-Denis au Centre hospitalier Félix Guyon.

Comme en métropole, le niveau d'études est assez varié. Sur les 95 nouveaux élèves de 1^{ère} année, on enregistre 2 non-titulaires du baccalauréat, 78 bacheliers généraux, 2 BTS, 10 diplômés universitaires et 3 non-réponses.

Il y a très peu de redoublants (même situation en métropole) : 4 sur 99 inscrits en 1^{ère} année, 0 sur 89 inscrits en 2^{ème} année et 1 sur 98 inscrits en 3^{ème} année.

Le taux d'encadrement de 12,4 inscrits par moniteur équivalent temps plein (ETP) est meilleur qu'en métropole (16,8 inscrits).

Enfin, le taux de réussite à l'examen final est excellent et conforme à la moyenne nationale, 78 reçus sur 81 présentés en 1999.

Ces chiffres concernent exclusivement les diplômes d'État (DE) car suite à la réforme des études d'infirmier engagée en 1992, il n'y a plus désormais de filière spécifique aux infirmiers de secteur psychiatrique.

Chapitre 5 : Prévention et environnement

1. Prévention

Plan Périnatalité

L'importance de la mortalité périnatale à la Réunion a conduit à l'élaboration et à la mise en place d'un Plan périnatal sur cinq ans (1996 à 2001), comprenant des mesures visant à améliorer le suivi de la grossesse, les conditions d'environnement de la naissance et la recherche des causes de morts maternelles. Il a également été décidé d'améliorer le système d'information périnatale pour une meilleure orientation de la politique de santé envers les mères et les nouveau-nés.

La première enquête nationale périnatale s'est déroulée en 1995 comme dans l'ensemble des départements. Cette enquête a pu se dérouler grâce à la mobilisation des professionnels des services de protection maternelle et infantile. L'échantillon a été élargi afin de disposer de résultats significatifs à l'échelle du département.

L'enquête a permis, notamment de connaître, les principaux indicateurs de l'état de santé des mères et des nouveau-nés et de faire le point sur l'état des pratiques médicales.

Encadré 2 L'allaitement maternel

En 1995, le taux d'allaitement maternel durant la première semaine de vie est de 31 %, auquel s'ajoute 33 % d'allaitement mixte (enquête nationale périnatale). Dans les certificats du 8^{ème} jour, le pourcentage d'enfants déclarés allaités est de 48,2% en 1998.

Une deuxième enquête a eu lieu en 1997, pour laquelle l'échantillon a également été élargi afin d'être exploitable à l'échelle de la région, mais les résultats ne sont toujours pas disponibles en 2000.

Vaccination

Le service départemental de vaccination de la DPEFS (Conseil général) a réalisé trois enquêtes de type OMS , de 30 grappes de 7 enfants, soit 210 enfants en septembre 1988, septembre 1991 et octobre 1995.

Les taux de couverture vaccinale des personnes de 24 à 59 ans pour la diphtérie, le tétanos , la coqueluche et la poliomyélite était de 93,3 % en 1988 et de 92,6 % en 1991. La couverture vaccinale de la rougeole, de la rubéole et des oreillons (ROR) aux mêmes âges est de 94 % en 1995. La couverture est de 64 % pour l'hépatite B. Depuis 1995, aucune autre enquête n'a été réalisée.

Systèmes de surveillance épidémiologique et laboratoires de santé publique

Plusieurs systèmes de surveillance épidémiologiques existent à la Réunion, parmi lesquels on peut citer :

- le registre général des cancers tenu et mis à jour par la cellule CEPES (épidémiologie, prévention, éducation pour la santé) du Conseil général, depuis 1988. On constate que l'incidence des cancers est globalement plus faible à la Réunion qu'en métropole, mais au même niveau qu'en Martinique. Par contre, la Réunion fait partie des zones qui connaissent les plus fortes incidences pour le cancer de l'œsophage. La forte prévalence du cancer du col de l'utérus est également une priorité de santé publique, et le Conseil général lance, en 2000, une vaste campagne de prévention.

- Un réseau sentinelle de surveillance épidémiologique de la grippe et de la dengue a été mis en place en 1996 par la DRASS et le Conseil général. Il est basé sur la collaboration des médecins libéraux et hospitaliers et fonctionne avec la collaboration de l'Observatoire régional de santé et du Centre hospitalier Félix Guyon.

- Deux centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) prennent en charge le handicap chez l'enfant.

Une action de recherche est menée dans le cadre du Programme régional de santé « alcool » : 150 enfants à risque de syndrome d'alcoolisme fœtal sont suivis depuis 1996 et le seront durant sept ans, comparés à une population témoin. L'objectif est de développer la prise en charge des enfants atteints de ce syndrome, ainsi que leurs mères, par un travail en réseau en collaboration avec la Protection maternelle et infantile (PMI).

- La Fédération régionale d'alcoologie a pour objet d'initier des formations spécifiques face au problème des addictions, et de développer des réseaux de soins ;

- l'ORS est responsable d'un réseau sur le VIH, selon un protocole élaboré par la Fédération nationale des ORS. Il a pour projet de monter, en relation avec l'INSERM, un réseau de médecins sentinelles ;

- Un réseau néphrologie – Dialyse est en cours de constitution.

- Enfin, un réseau de recherche en santé publique réunit les chercheurs autour du diabète et des syndromes associés.

2. Environnement

Surveillance de la qualité de l'eau

L'eau destinée à la consommation humaine est soumise à des contrôles sanitaires rigoureux et fréquents effectués par la DRASS. Le contrôle s'exerce à trois niveaux : captage, station de traitement et réseau de distribution. Il doit répondre à des normes définies par les directives européennes. L'eau distribuée a une très faible teneur en nitrates, inférieure à 25mg/l en 1992. Elle est généralement de bonne ou très bonne qualité (95 % des 1 500 prélèvements réalisés en 1996 sont conformes à la réglementation).

La législation française (décret de 1989), reprenant une directive CEE de 1980, fixe une teneur maximale en nitrates qui ne doit pas dépasser 50 milligrammes par litre. Des efforts ont été accomplis dans le traitement de l'eau, mais des dépassements de la norme se produisent toujours.

Une étude de la DRASS, sur la qualité des eaux distribuées pour les années 1989-90-91, montre que plus de la moitié des abonnés sont desservis par une eau de bonne qualité microbiologique. 27,4 % sont alimentés par une eau dont la qualité subit des altérations momentanées. Enfin 18,3 % des abonnés reçoivent une eau non conforme.

D'autre part, sur la période 1989 à 1991, aucun habitant de la Réunion n'a été approvisionné par une eau dont la teneur en nitrates était supérieure à 25 mg/l (niveau guide), ce qui est très éloigné de la valeur correspondant à une concentration maximale admissible (50 mg/l). En 1985-1986, 1,5 % de la population métropolitaine était desservie par une eau ayant dépassé ce seuil.

Prévention et contrôle de la pollution de l'air

L'Observatoire régional de l'air, créé en 1999, a pour objectif de gérer le réseau de surveillance de la qualité de l'air à la Réunion. Une obligation d'autosurveillance incombe aux installations industrielles désignées. La Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement est chargée de recueillir les résultats des mesures. Le paysage industriel réunionnais est peu développé par rapport au secteur tertiaire, ce qui explique la faiblesse des émissions polluantes d'origine industrielle.

Un calendrier pollinique a été mis en place en 1999.

Annexe bibliographique

Journal officiel de la République française. Loi du 31/07/1991.
Insee, « Comptes économiques des DOM »
Bulletin de l'IEDOM, Institut d'émission des départements d'Outre-mer, Rapport Annuel 1996.
Tableau économique Réunion-2000, Insee, région Réunion, CCI.
ORS Réunion, « La santé observée à la Réunion », Tableau de bord régional sur la santé.,
Infostat, bulletin d'information de la DRASS de la Réunion.
« Suicides et tentatives de suicide à la Réunion », actes du colloque d'avril 1991, Conseil d'orientation de la recherche, INSERM.
Conseil général, Registre du cancer de la Réunion, CEPES.
DDASS la Réunion, STATISS, Mémento 1997.
DDASS-INSEE Réunion, Comptes de la santé 1994.
DDASS Réunion, Comptes de la protection sociale 1998.
Enquête de santé publique réalisée en 1987 par l'Armurri.
DDASS, 1994, Schéma régional de l'hospitalisation.
Enquête épidémiologique sur la toxicomanie des jeunes scolarisés à la Réunion en 1996-1997, DRASS, rectorat, santé scolaire.
Michel Eliane, Catteau Christine. et Hatton Françoise, « Mortalité à la Réunion », éd. INSERM, 1995.
Économie de la Réunion, Service régional Insee.
Insee - DRASS -Secrétariat d'État aux droits des femmes, « Femmes en chiffres Réunion ».
ARH-DRASS, « L'hospitalisation publique et privée à la Réunion », 1/1/1998.