Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Préfecture de La Réunion
Direction Régionale des
Affaires Sanitaires et Sociales

O.R.S Réunion
Observatoire Régional de la Santé

Etat de santé

de la **population** à La Réunion

Rapport 2008

Indicateurs associés à la loi relative
à la politique de santé publique

L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION A LA REUNION

INDICATEURS ASSOCIES A LA LOI RELATIVE A LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE

RAPPORT 2008

Responsable du projet GRSP : Madeline Germain (DRASS)

Responsable du programme « Observation de la santé-Etudes et statistiques » Catteau Christine (DRASS)

Rédaction du rapport : Rachou Emmanuelle, Ricquebourg Monique, Vilain Pascal (ORS).

Comité de relecture : Ansquin Hélène (DRASS Réunion), Brottet Elise (ORS), Catteau Christine (DRASS Réunion), D'Ortenzio Eric (Cire Réunion-Mayotte), Gilbert Christine (ARH), Monteil Christian (INSEE Réunion), Ravault Marie-Christine (DRASS Réunion), Ristor Brigitte (CGSS), Solet Jean Louis (CIRE Réunion-Mayotte), Vaillant Jean-Yves (Département).

Comité de pilotage :
BARANES Thierry (Santé scolaire), Catteau Christine, Monteil Christian (INSEE Réunion), Lagacherie Reine-Claude (CGSS), Lardoux Jean-Marc (INSEE Réunion), Lebot Frédéric (Rectorat), Lévi Laurence (DRSM), Lorigny Bruno (INSEE Réunion), Madeline Germain (DRASS Réunion), Magnan Alexandre (CRES), Paugam Joël (Rectorat), Rachou Emmanuelle (ORS), Ravault Marie-Christine (DRASS Réunion), Ricquebourg Monique (ORS), Ristor Brigitte (CGSS), Ronat Jacques (DRASS Réunion), Solet Jean Louis (CIRE Réunion-Mayotte), Vaillant Jean-Yves (Département), Vilain Pascal (ORS), Visticot Patrick (DRSM), Yovanovitch Jean-Daniel (ORS).

Nous tenons à remercier les partenaires et les producteurs de données qui ont participé à cet ouvrage : ADEME, AFSSA, AFSSAPS, ALFEDIAM, ANAES, ARH Réunion, CANAM, CGSS, CIC-EC Réunion, CIRE Réunion-Mayotte, CNAMTS, COREVIH Réunion, CRIRC Réunion, Département de La Réunion, DDE Réunion, DESCO, DGDDI Réunion, DGS, DRASS Réunion, DRDDI Réunion, DREES, DRSM Réunion, FELIN Réunion, FNORS, IFEN, INPES, INSEE, INSEE Réunion, INSERM, InVS, IRDES, IRTS Réunion, Mammorun, ONISR, OFDT, OMS, Registre des cancers (Département), REIN, RSI.

Conception graphique : Ricquebourg Monique, Vilain Pascal (ORS)

Préface

Le document que j'ai le plaisir de vous présenter aujourd'hui constitue le premier aboutissement d'une démarche initiée il y a plus d'un an par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, démarche qui visait à décliner, au plan local, le suivi des cents objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Ce premier rapport couvre près de la moitié des indicateurs définis au niveau national, les indicateurs produits au niveau régional ayant été, dans la mesure du possible, comparés aux indicateurs nationaux. Il offre une vision précise de l'état de santé de la population réunionnaise sur les principales thématiques du Plan Régional de Santé Publique.

A ce stade, il ne s'agit pas d'un travail exhaustif. Certains indicateurs ne sont en effet pas disponibles ou pour d'autres, les sources sont insuffisantes. Le travail de collecte et d'analyse des données sera donc poursuivi pour vous livrer une version ultérieure enrichie.

Ce rapport a été préparé sous la coordination d'un groupe de travail piloté par la DRASS, et composé des partenaires, producteurs de données dans le champ de la santé (CGSS, Rectorat, Conseil Général, Insee, CRES, CIRE Réunion - Mayotte, CIC-EC/INSERM) et des experts sur chacun des thèmes : je tiens à remercier tous ceux qui y ont contribué et notamment l'équipe de l'Observatoire Régional de la Santé.

Je souhaite maintenant que tous les acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé s'approprient ce travail afin de le mettre au service de l'action à mener.

La société réunionnaise connaît un fort dynamisme démographique. La jeunesse actuelle de la population la rend accessible aux messages de prévention et d'éducation pour la santé. Il nous appartient donc de bâtir ensemble une politique de santé adaptée et ambitieuse.

Nous nous attacherons, en ce sens, à continuer à approfondir notre connaissance de l'état de santé de la population réunionnaise.

Ce premier rapport est donc une étape dans la recherche d'une plus grande efficience de la politique de santé et trouve toute sa place dans la mise en place prochaine des Agences Régionales de Santé.

Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

Christian Meurin.

L'observation de la santé repose sur le recueil et la mise à disposition d'indicateurs. Elle se veut une démarche d'aide à la décision.

L'observation de la santé s'inscrit dans une véritable démarche de santé publique et s'attache à produire des indicateurs de l'état de santé (mortalité, morbidité, incapacités, handicaps) et des indicateurs sur les déterminants de la santé. Le champ de l'observation de la santé s'inscrit dans le cadre de l'OMS qui définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement l'absence de maladie.

Depuis leur création, dans les années 1980, les ORS ont contribué à l'amélioration des connaissances dans leur région et ont développé des méthodes permettant de répondre à leurs missions.

L'observation régionale de la santé repose sur la valorisation des connaissances, elle est partagée par plusieurs acteurs et ne peut se construire sans un Réseau d'échanges et de partenariats.

Ce document est le résultat d'une dynamique locale construite entre les professionnels et les institutions qui recueillent, gèrent, exploitent ou diffusent différentes données sur la santé et du soutien de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Présidente de l'Observatoire Régional de la Santé de La Réunion

Dr Irène STOJCIC

Sommaire

Sommaire

Synthèse 10

Indicateurs de santé transversaux 18

Cadrage démographique et social 19
Données synthétiques de mortalité 23
Indicateurs synthétiques sur la morbidité déclarée 26
Problèmes de santé spécifiques et état de santé global sur la population 28
Inégalités sociales de santé 34

Objectifs par thème 36

ALCOOL

Objectif 1 Consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant 39
Objectif 2 Prévalence de l'usage à risque ou nocif d'alcool 41

TABAC

Objectif 3 Prévalence du tabagisme quotidien 47

NUTRITION ET ACTIVITE PHYSIQUE

Objectif 5 Surpoids et obésité chez l'adulte 53
Objectif 8 Rachitisme carentiel, carence en vitamine D 55
Objectif 9 Sédentarité et inactivité physique 57
Objectif 10 Consommation de fruits et légumes 59
Objectif 12 Surpoids et obésité chez l'enfant 61

SANTE AU TRAVAIL

Objectif 14 Accidents routiers mortels liés au travail 63

SANTE ET ENVIRONNEMENT

Objectif 18 Exposition des enfants au plomb 65
Objectif 22 Qualité de l'eau 67
Objectif 23 Intoxication au monoxyde de carbone 69
Objectif 25 Incidence de la légionellose 71

IATROGENIE

Objectif 26 Séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène 73

RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

Objectif 30 Résistance aux antibiotiques 75

DOULEUR

Objectif 31 Douleurs d'intensité modérée ou sévère 77

PRECARITES - INEGALITES

Objectif 33 Accès aux soins 79

DEFICIENCES ET HANDICAPS

Objectif 35 Restrictions d'activités 81

MALADIES INFECTIEUSES

Objectif 38 Incidence de la tuberculose 83
Objectif 40 Maladies diarrhéiques 85
Objectif 42 Couverture vaccinale de la population 87

SANTE MATERNELLE ET PERINATALE

Objectif 45 Mortalité périnatale 89
Objectif 46 Grossesses extra-utérines 91

TUMEURS MALIGNES

Objectif 48 Dépistage des cancers du col de l'utérus 93
Objectif 50 Dépistage du cancer du sein 95
Objectif 51 Cancers de la peau, mélanome 97

PATHOLOGIES ENDOCRINIENNES

Objectif 54 Surveillance des personnes diabétiques 99
Objectif 55 Complications du diabète 101

TOXICOMANIE

Objectif 56 Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables 105
Objectif 58 Prise en charge des toxicomanes 107

MALADIES DES ORGANES DES SENS

Objectif 68 Atteintes sensorielles chez l'adulte 109

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Objectif 69 Maladies cardio-vasculaires 111
Objectif 72 Accidents vasculaires cérébraux 115
Objectif 73 Insuffisance cardiaque 119

MALADIES RESPIRATOIRES

Objectif 74 Asthme 123

MALADIES DIGESTIVES (MICI)

Objectif 76 Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin 127

INSUFFISANCE RENALE

Objectif 80 Insuffisance rénale chronique terminale 129

TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Objectif 82 Ostéoporose 131

AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES

Objectif 91 Indice CAO chez les enfants de 6 ans, 12 ans et chez les adultes 133

TRAUMATISMES

Objectif 92 Suicides 135
Objectif 93 Accidents de la vie courante 137
Objectif 94 Violence routière 139

PROBLEMES DE SANTE SPECIFIQUES A DES GROUPES DE POPULATION

Objectif 96 Troubles du langage oral ou écrit 141
Objectif 97 Contraception 143
Objectif 99 Chutes de personnes âgées 147

Répertoire des sigles 149

Sources 152

Synthèse

Synthèse

L'état de santé des Réunionnais s'améliore même s'il reste moins bon que celui des métropolitains dans bien des domaines ; la mortalité prématurée y étant particulièrement importante.
Des disparités fortes perdurent entre les hommes et les femmes, et la situation socioéconomique reste un sujet de préoccupation importante.
On constate par ailleurs pour certaines pathologies des situations très préoccupantes, situant La Réunion parmi les régions françaises les plus à risques (maladies cardio-vasculaires, pathologies liées à l'alcool, diabète, …).

De nombreux indicateurs ont été définis dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique de 2004 afin d 'appréhender l'ensemble des composantes du concept d'état de santé tel qu'il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social », ne consistant donc pas seulement à une absence de maladies ou d'infirmités.
Pour répondre à cette définition large, ils devraient comprendre à la fois des indicateurs classiques tels la mortalité, la morbidité ou la santé fonctionnelle, mais également des indicateurs de « santé positive » du type qualité de vie.
Néanmoins, au niveau régional, beaucoup de ces indicateurs et notamment ceux relatifs à la qualité de vie n'ont pu être présentés dans ce rapport, soit par manque de disponibilité des données au niveau local, soit parce que leur mesure ou leur utilisation s'avèrent complexes.

Un fort dynamisme démographique

Avec plus de 790 000 habitants au 1er janvier 2007, La Réunion est le département d'outre-mer le plus peuplé. Sa densité est de 313 habitants/km², mais 80% de sa population se concentrent principalement sur les côtes littorales de l'île, où les densités peuvent atteindre 1 000 habitants au km², soit autant que dans la région parisienne. Les grandes villes de la côte regroupent ainsi la majorité des Réunionnais, l'intérieur de l'île restant peu habité.

Sur les cinq dernières années, le taux de variation annuel moyen de la population est de 1,55 %, soit plus de deux fois celui observé au niveau de la France entière.

Il y a eu 14 610 naissances à La Réunion en 2005, et 14 495 en 2006. Le taux de natalité s'élève à 18,8 naissances pour mille habitants contre 12,7 en métropole. Cet écart semble s'expliquer par une fécondité plus importante à La Réunion, notamment chez les moins de 20 ans. En 2005, l'âge moyen à la maternité était de 28,5 ans (29,7 ans en métropole).

L'indice de fécondité reste élevé, de l'ordre de 2,5 enfants par femme depuis l'an 2000. Cette évolution contredit les hypothèses de convergence de la fécondité vers celle de la métropole.

La population réunionnaise est jeune, plus d'un tiers des habitants ont moins de 20 ans (25% en métropole).

La part des 60 ans et plus représente 11% de la population (21% en métropole). Néanmoins, celle-ci a augmenté d'environ 2 points depuis près de 10 ans, premier signe d'un vieillissement de la population. Ce vieillissement devrait se poursuivre et s'accentuer selon les dernières projections de l'INSEE pour 2030 du fait de l'allongement de la durée de vie.

Un contexte socio-économique qui complique l'accès aux soins

Le faible revenu par habitant accentue les profondes disparités existantes entre les salariés du secteur public, les professions libérales et les commerçants, d'une part, et les chômeurs, Rmistes et emplois clandestins, d'autre part.

Le taux de chômage au sens du BIT à La Réunion reste plus élevé qu'en métropole (29% contre 9%) et contrarie en partie l'évolution positive de l'emploi sur les 10 dernières années.

Aujourd'hui, près de 1 Réunionnais sur 10 bénéficie du RMI, et 1 sur 2 de la CMU. Une part importante de ces derniers (1 sur 5) déclare avoir renoncé à des traitements pour des raisons financières, et des différences significatives apparaissent selon la situation professionnelle ou le montant total des revenus. Il semble que l'accès aux soins dentaires ou optiques soit limité particulièrement chez les retraités ou les bénéficiaires de la CMU ayant une activité professionnelle (mais à faible revenus en général), premières

victimes de « l'effet de seuil ».

Des indicateurs de santé qui s'améliorent peu à peu, malgré une forte proportion de décès prématurés

A La Réunion, en 2006, les hommes peuvent espérer vivre 73,2 ans et les femmes 80,9 ans. L'espérance de vie à la naissance a augmenté entre 1990 et 2006, de 4,4 ans pour les hommes et 2,7 ans pour les femmes. Les écarts d'espérance de vie à la naissance entre hommes et femmes et avec la métropole tendent à se réduire.

Avec plus de 4 300 décès en 2006, le taux brut de mortalité est de 5,5 décès pour 1 000 habitants à La Réunion (8,4‰ en métropole). Dans les années à venir, la tendance à la croissance du nombre de décès va se poursuivre, en raison du vieillissement de la population. A l'horizon 2030, il pourrait y avoir 2 fois plus de décès qu'aujourd'hui.

Cependant, la mortalité prématurée reste plus élevée qu'en métropole : 40% des décès surviennent prématurément (1 660 décès avant l'âge de 65 ans en 2005). En l'espace d'une dizaine d'années, on observe une diminution de la mortalité prématurée et une réduction de l'écart avec la France métropolitaine.

Les principales causes de décès sont celles observées dans les pays développés avec en tête les maladies cardio-circulatoires (un décès sur trois) devant les cancers (un décès sur cinq). Globalement, les taux de mortalité (standardisés sur l'âge) sont supérieurs à ceux de métropole quelle que soit la cause. On note une surmortalité particulièrement élevée pour la psychose alcoolique (5 fois plus), l'asthme (4 fois plus) et le diabète (3 fois plus).

En ce qui concerne la morbidité, La Réunion se trouve aujourd'hui protégée de la majorité des maladies infectieuses, mais elle n'est pas à l'abri de la réintroduction de certaines pathologies, comme l'épidémie de chikungunya l'a rappelé en 2006. Mais certaines pathologies chroniques comme le diabète, les maladies cérébro-vasculaires, ou encore l'asthme ont une prévalence élevée.

Surmortalité des hommes du fait de comportements à risque, mais évolution récente favorable

Toutes causes confondues, la mortalité des hommes est supérieure à celle des femmes à La Réunion (+68% en 2005).
La surmortalité masculine est très marquée pour certaines pathologies, notamment pour les cancers de l'œsophage, les cancers du poumon, les troubles mentaux (et plus particulièrement liés à l'abus d'alcool).
Globalement, la surmortalité pour les hommes est plus élevée à La Réunion qu'en métropole (de 25 %). Entre 2001 et 2005, les taux comparatifs de mortalité diminuent en métropole comme à La Réunion. Néanmoins, l'écart s'atténue pour les hommes et se creuse pour les femmes.

La baisse de la mortalité prématurée pour les hommes est essentiellement liée à celle des maladies de l'appareil circulatoire, mais aussi à l'alcoolisme et aux accidents de la route. Pour les femmes, on constate une aggravation de la mortalité par tumeurs.

Des déterminants de santé multiples souvent connus

Une amélioration de l'état de santé est possible grâce à une action sur ses déterminants. Ceux-ci sont notamment d'ordre comportemental (alcoolisme, tabagisme, sédentarité, habitudes alimentaires, prises de risques…), liés à des expositions dans la vie quotidienne et en milieu de travail (environnement chimique [pollution…], physique [bruit, travaux pénibles…], biologique [bactéries, virus…], social [stress…]) ou liés à l'environnement socioculturel des personnes.

L'amélioration des prises en charge peut également permettre d'éviter ou de retarder les incapacités liées aux problèmes de santé, et d'améliorer la qualité des soins et les conditions de vie dont bénéficient les patients.

La consommation d'alcool est globalement moindre qu'en métropole, mais elle entraîne des comportements à risque et une forte mortalité et morbidité

L'impact de l'alcoolisme reste considérable, en terme de conséquences sur la santé, malgré une consommation moyenne relativement basse.

En 2006, la consommation d'alcool à La Réunion pouvait être estimée à 10,3 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus. Pour l'année 2004, la consommation annuelle estimée d'alcool des Réunionnais est inférieure de 2 litres à celle de leurs homologues métropolitains (11,2 litres contre 13,1).

On a pu estimer entre 10 et 20% la proportion de personnes ayant des comportements d'alcoolisation à risque. Le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle ou chronique concerne de manière nette les hommes.

En comparaison avec la métropole, les consommations d'alcool chez les jeunes, quelle que soit la fréquence et le type d'alcool déclarés (à l'exception du rhum), apparaissent beaucoup moins élevés à La Réunion. Ce constat est le même pour les ivresses alcooliques déclarées. La première ivresse déclarée a lieu en moyenne à l'âge de 16 ans, soit quasiment un an plus tard qu'en métropole.

La Réunion est caractérisée par une forte surmortalité masculine (5 fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes) et une forte mortalité prématurée (3/4 des décès avant 65 ans). La Réunion se trouve parmi les régions les plus à risques en terme de mortalité (25ème rang parmi les 26 régions françaises).

Le tabagisme : des ventes de tabac en net recul depuis 2000, mais un problème de santé publique toujours important

Les ventes de cigarettes et autres produits du tabac ont connu une chute importante en 2001 puis 2003, suite à une fiscalité plus sévère (hausses successives du prix du paquet de cigarettes). Nous assistons actuellement à une relative stabilisation du nombre de cigarettes mises à la consommation depuis 2004. Les données montrent une reprise de la consommation de tabac depuis le début de l'année 2006, à La Réunion comme en métropole.

Par comparaison à la métropole, les usages déclarés par les jeunes Réunionnais sont beaucoup moins élevés et l'expérimentation se fait en moyenne presque 1 an plus tard. Cependant, la consommation de tabac chez les jeunes a sensiblement baissé entre 2003 et 2005.

Malgré ces évolutions de consommation à la baisse, La Réunion reste marquée par une mortalité liée au tabac préoccupante : plus de 600 décès attribuables au tabac sur l'île. Ce nombre est de nouveau en hausse depuis quelques années. L'augmentation du nombre de décès liés au tabac concerne en particulier les femmes, chez qui le développement du tabagisme a été plus tardif. Le tabac reste la première cause de décès par cancer.

Surpoids et obésité se développent chez les adultes et les enfants

L'île de La Réunion ne fait pas exception à l'épidémie mondiale d'obésité, considérée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme l'épidémie du siècle.

Les dernières études disponibles mettent en évidence des prévalences élevées de la surcharge pondérale et plus spécifiquement de l'obésité à La Réunion. Notre région semble même être davantage concernée que la métropole : une personne de 18 ans et + sur 2 serait atteinte de surcharge pondérale contre 41% au niveau national (dont 15% vs 11% pour l'obésité).

Différentes enquêtes réalisées en milieu scolaire montrent que l'épidémie est bien présente chez les enfants avec des prévalences d'obésité nettement supérieure à celles observées en métropole.

A La Réunion, les dépenses énergétiques quotidiennes liées aux activités physiques sont faibles et insuffisantes pour compenser les apports caloriques quotidiens. D'après les enquêtes locales, la pratique d'une activité physique régulière, voire quotidienne, reste faible parmi la population réunionnaise, en dessous des recommandations du PNNS (pratiquer l'équivalent de 30 minutes de marche rapide au moins 5 fois par semaine).

Outre cette faible pratique d'activités physiques, les données locales mettent en évidence des comportements à risques en matière d'habitudes alimentaires, parfois très éloignées des recommandations du PNNS. Ainsi, en 2004, une enquête régionale montrait que 77% des personnes interrogées consommaient des fruits et légumes quotidiennement, mais très rarement 5 portions par jour. On observe ainsi une sous-consommation en fruits et légumes au sein de la population réunionnaise.

Travail et santé

Sur la période 2000-2006, 40 décès dus à des accidents routiers liés au travail ont été reconnus par la Caisse Générale de Sécurité Sociale : 36 accidents de trajet et 4 accidents de travail (accidents de mission, c'est-à-dire survenus sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur).

Malgré les petits effectifs concernés, une tendance à la baisse est notée : 5,6 décès pour 100 000 salariés sur la période 2001-2003 contre 2,9 pour 100 000 sur la période 2004-2006.

Les risques lies à l'environnement

Eau non conforme

La proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques reste très élevée à La Réunion.

Au cours de l'année 2003, 23% de la population ont été alimentés par de l'eau du réseau public non conforme pour les paramètres microbiologiques. Malgré une diminution entre 2000 et 2002, ce pourcentage reste très supérieur à la moyenne nationale qui n'a cessé de diminuer de 1999 (9%) à 2003 (6%). En 2006, la situation de La Réunion semble s'être améliorée avec un pourcentage de la population desservie par une eau non conforme aux paramètres microbiologiques comprise entre 10 et 20%.

Entre 1999 et 2001, la proportion de la population réunionnaise desservie par des unités de distribution d'eau avec un dépassement fréquent des normes (tous paramètres confondus) a fortement augmenté. Cependant, on observe depuis 2002 une tendance à l'amélioration de la qualité de l'eau de la distribution publique.

Intoxication au plomb

L'intoxication par ingestion ou inhalation de plomb, appelée saturnisme, est définie pour l'enfant par la « constatation d'une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L de sang ». A La Réunion, aucun cas incident n'a été notifié entre 1995 et 2006.

Intoxication au monoxyde de carbone

Le taux de mortalité en France métropolitaine par intoxication au monoxyde de carbone (CO) est de 0,11 décès pour 100 000 habitants ; à La Réunion, les données actuelles ne mentionnent aucun cas de décès certain par intoxication au CO.

Peu de maladies infectieuses

Légionellose

En 2005, l'incidence de la légionellose était de 0,8 cas pour 100 000 habitants à La Réunion, très inférieure à celle de France métropolitaine pour la même année (2,5 cas pour 100 000 habitants). Cependant, cette faible incidence est probablement liée à une sous-notification, étant donné les conditions climatiques de l'île favorables au développement des légionelles.

Tuberculose

Après une forte diminution observée depuis 1996, l'incidence de la tuberculose se stabilise depuis 2003. En 2005, le taux d'incidence annuel atteint 6,7 nouveaux cas déclarés pour 100 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (8,9 / 100 000 en 2005).

Le nombre d'admissions en Affection de Longue Durée (ALD 29) pour tuberculose suit également une nette tendance à la baisse entre 2000 et 2006.

Maladies diarrhéiques

Entre 2000 et 2005, 44 décès ayant pour cause une maladie infectieuse intestinale ont été comptabilisés (13 décès en 2005). Ce chiffre est certainement sous-estimé. Les taux bruts augmentent avec l'âge.

Couverture vaccinale

L'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95% des enfants est déjà atteint pour la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche. La couverture reste par contre insuffisante pour la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B.

De plus en plus de maladies chroniques : cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, asthme …

L'incidence des tumeurs cancéreuses globalement inférieure à celle de la métropole

Avec plus de 1500 nouveaux cas par an, l'incidence des cancers reste, à La Réunion, inférieure à celle de la métropole. Cependant, Cette incidence tend à augmenter régulièrement avec le vieillissement de la population, la consommation d'alcool et le tabagisme notamment.

Seuls les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage chez l'homme et du cancer du col de l'utérus chez la femme sont plus fréquents à La Réunion qu'en métropole. Ainsi, le taux d'incidence standardisé (sur la population mondiale) de cancer du col de l'utérus dépasse celui observé au niveau métropolitain : 13 cas pour 100 000 en 2003 contre 8 cas pour 100 000 en 2000.

En ce qui concerne le cancer du sein, la généralisation du programme de dépistage est effective depuis 2004. Ainsi, sur la période 2006-2007, près de 39 000 Réunionnaises de 50 à 74 ont été dépistées. En 2006, 50 cancers du sein ont été diagnostiqués.

Diabète et maladies endocriniennes concernent 4 fois plus de personnes à La Réunion

Le diabète est un véritable problème de santé publique à La Réunion. La prévalence du diabète sur l'île est près de 4 fois supérieure à celle estimée en métropole (11,2% contre 3%).

Cette affection a un impact considérable sur la morbidité et la mortalité.

Environ 3 000 personnes sont nouvellement admises en affection de longue durée (ALD) pour ce motif depuis 2005. La Réunion se situe parmi les régions où le taux d'admission en ALD est le plus élevé.

Les complications liées au diabète sont réelles et semblent même plus fréquentes sur l'île qu'en métropole : en particulier pour les plaies du pieds et/ou amputations où le taux de recours hospitaliers est 7 fois supérieure dans notre région par rapport à la situation métropolitaine.

De plus, les données locales montrent que la surveillance clinique des patients diabétiques reste insuffisante et parfois très éloignée des recommandations de bonnes pratiques.

Les maladies cardiovasculaires toujours en tête

Alors que les cancers sont devenus la première cause de mortalité en métropole, les maladies cardiovasculaires restent la cause de décès la plus fréquente à La Réunion.

Les décès par pathologies cardio-vasculaires représentent un tiers de l'ensemble des décès sur l'île, avec une proportion importante par cardiopathies ischémiques (25% en 2005).

Les insuffisances cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux sont une cause majeure de morbidité et de mortalité. Le taux de décès par insuffisance cardiaque chronique standardisé sur l'âge était en 2005 de 24,3 pour 100 000 (19,2 en métropole pour l'année 2004). Les maladies cérébrovasculaires ont été la cause initiale de près de 10% de l'ensemble des décès, et La Réunion reste la région où la mortalité est la plus élevée.

L'asthme, un problème de santé publique

A La Réunion, on observe des prévalences élevées de l'asthme dès l'enfance. Cette pathologie concerne environ 22% des enfants scolarisés en classes de maternelle en 2000. Les enquêtes en milieu scolaire montrent également des prévalences de l'asthme chez les enfants supérieurs à La Réunion.

Ce constat se généralise à l'ensemble de la population. En effet, le taux d'hospitalisation est 2 fois supérieur à celui de la métropole.

On observe une diminution de la mortalité par asthme depuis 1988. Cependant, celle-ci reste quatre à six fois supérieure selon sexe à celle de métropole.

Des morts violentes trop fréquentes

Accidents de la route et alcool

En 2006, suite aux 770 accidents survenus sur les routes de l'île, 71 personnes ont été et près de 350 blessés ont été hospitalisés plus de 24 heures. En 2005, le taux de mortalité à 30 jours à La Réunion était nettement supérieur à la moyenne métropolitaine (101 morts pour 1 million d'habitants contre 78).

Ce constat est probablement en lien avec le phénomène « alcool au volant » (entre 40 et 50% des décès sur la route).

Suicides chez les jeunes

En 2005, on a enregistré 88 décès par suicide à La Réunion.

A La Réunion, contrairement à la métropole, la fréquence des décès par suicide n'augmente pas avec l'âge, et 60% des décès ont lieu entre 15 et 44 ans.

Accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans

Sur la période 2000-2005, 62 décès cumulés sont survenus suite à un accident de la vie courante. Les enfants de moins de 1 an sont les plus concernés : près de 40% de l'ensemble des décès cumulés sur la période 2000-2005.

Des chutes chez les personnes âgées

Les chutes accidentelles des personnes âgées de 65 ans et plus sont fréquentes à La Réunion.

En 2005, le taux de mortalité par chute accidentelle dans notre région (35,6 pour 100 000 habitants) chez les personnes âgées est sensiblement comparable à celui de la métropole (36,5 pour 100 000 en 2004).

Autour de la naissance encore des points négatifs et des facteurs de risque

Forte mortalité infantile

Avec 7,9 enfants décédés de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes en 2005, le taux de mortalité infantile à La Réunion reste supérieur au taux métropolitain.

Le constat est le même pour les autres indicateurs de mortalité autour de la naissance (mortalité périnatale, néonatale et mortinatalité).

Fécondité et recours à l'IVG élevées chez les jeunes

Les taux de fécondité sont beaucoup plus élevés chez les jeunes filles réunionnaises. Aussi, la répartition par âge montre que près de 9% des mères ont moins de 20 ans, ce qui est près de 5 fois plus que la proportion observée en métropole (moins de 2%).

En 2007, 4 484 Interruptions Volontaires de Grossesse ont été pratiquées à La Réunion. Bien que ce chiffre reste stable depuis quelques années, le taux d'IVG pour 1 000 femmes est supérieur à celui observé en métropole, et notamment chez les mineures.

Prise en charge de la douleur : des efforts restent à faire

Près d'une femme sur deux ayant accouché en 2003 a bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Elles étaient 14% en 1995. La Réunion est l'une des régions où le recours à un analgésique lors de l'accouchement est faible.

Entre 2004 et 2007, les médicaments de la douleur sont davantage prescrits dans leur ensemble et notamment les antalgiques opioïdes.

En conclusion

Des signes positifs et porteurs d'optimisme sont à relever. La population réunionnaise a connu une transition démographique extrêmement rapide. Des records de baisse de natalité et de fécondité ont été atteints, alors que des indicateurs, indépendants de la structure par âge de la population, que sont la mortalité infantile et l'espérance de vie ont connu des améliorations jamais enregistrées ailleurs auparavant. La jeunesse actuelle de la population la rend perméable aux messages de prévention et d'éducation, et déjà depuis 10 ans on a pu mesurer une évolution positive de certains indicateurs d'état de santé.

Cependant, l'augmentation forte prévue dans les prochaines années du nombre de personnes âgées, liée à une hausse de la durée de vie, va conduire inéluctablement à davantage de pathologies de la sénescence et de maladies chroniques, comme on les observe en métropole.
Tous ces facteurs sont autant de nouveaux enjeux pour la prévention, mais aussi la prise en charge et la qualité de vie des malades.

Indicateurs de santé transversaux

Indicateurs de cadrage démographique et social

■ Cadrage démographique

Evolution de la population : plus de 790 000 habitants en 2007

Au 1er janvier 2007, la population réunionnaise est estimée à 793 000 habitants, soit près de 87 000 de plus qu'en 1999, date du dernier recensement exhaustif de la population. Sur cette période, le taux de variation annuel moyen de la population est de 1,55 %, soit plus de deux fois celui observé au niveau de la France entière (0,66%).
L'augmentation de la population demeure importante en raison d'un fort excédent naturel, qui explique plus de 90% de la croissance démographique de l'île. La Réunion se classe ainsi en deuxième position des régions françaises en termes de croissance démographique (1,55%), assez loin derrière la Guyane (3,64 % par an).
La Réunion regroupe actuellement 1,25% de la population totale française.
A La Réunion, la population est plutôt masculine avant 20 ans et féminine au-delà.

Tableau 1 – Population au 1er janvier à La Réunion et en métropole depuis 1990

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Réunion	595 800	717 000	729 700	740 900	752 300	763 200	774 600	784 000	793 000
Métropole	56 577 000	58 849 545	59 249 169	59 659 752	60 066 779	60 461 613	60 825 000	61 166 822	61 538 000

Source : INSEE (Estimations et recensement de populations)
* Estimations provisoires

Répartition par âge de la population : 35% de moins de 20 ans et 11% de plus de 60 ans.

La répartition par classe d'âge reflète la jeunesse de la population : en 2006, 35% des Réunionnais ont moins de 20 ans, contre 25% en métropole. À l'inverse, les personnes âgées de 60 ans ou plus ne représentent qu'un peu plus de 11% de la population, contre 21% en métropole où le vieillissement de la population se poursuit.
La structure par âge de la population réunionnaise est bien différente de celle de la métropole. Elle reflète l'importance des mouvements naturels et migratoires qui ont affecté la population depuis une quarantaine d'années.
La population réunionnaise est en moyenne beaucoup plus jeune qu'en métropole : l'âge moyen des Réunionnais est de 32 ans, contre 39 ans en métropole en 2006.

En 2030, l'île de La Réunion sera vraisemblablement peuplée par plus d'un million d'habitants. La structure par âge de sa population sera fortement modifiée. De 32 ans aujourd'hui, l'âge moyen d'un Réunionnais sera de plus de 39 ans. Les moins de 20 ans, qui représentent plus du tiers de l'ensemble de la population actuellement, n'en formeront plus alors que le quart. Inversement, le nombre de personnes âgées d'au moins 60 ans aura triplé (85 000 en 2005 et 250 000 en 2030) et elles représenteront près du quart de la population, contre 10 % actuellement. La structure de la population réunionnaise telle qu'elle est projetée à l'horizon 2030 correspond globalement à celle constatée actuellement en métropole, à savoir un quart de moins de 20 ans, un quart de 60 ans ou plus et une moitié de 20-59 ans.

Tableau 2 – Répartition de la population par sexe et âge au 1er janvier 2006

Age	La Réunion				Métropole
	2006 (%) *(1)*			2030 *(2)*	2006 (1)
	Hommes	Femmes	ensemble	%	Effectifs
Moins de 20 ans	36,4	33,2	34,7	26,2	24,9
20-39 ans	28,0	29,0	28,5	25,0	26,5
40-5 9ans	25,3	25,3	25,3	24,5	27,5
60-74 ans	7,9	8,7	8,3	16,9	12,9
75 ans et +	2,4	3,9	3,2	7,3	8,2
Total	**100**	**100**	**784 000**	**100**	**100**

Source : INSEE Réunion (1) Estimations annuelles de population au 1er janvier 2006 (2) projections de population 2008 – scénario central

Natalité : 14 500 naissances en 2006

En 2006, 14 495 naissances vivantes ont été comptabilisées. Depuis l'an 2000, le nombre de naissances se situe aux environs de 14 500 par an. Le taux de natalité, rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année, s'élève à 18,5 pour mille habitants contre 13,1 pour mille habitants en métropole. La différence s'explique par une fécondité plus importante et par la structure par âge de la population réunionnaise, plus jeune que la population métropolitaine.
En 2005, l'âge moyen à la maternité était de 28,4 ans (29,7 ans en métropole), soit stable par rapport à l'année précédente mais presque deux ans de plus qu'en 1990 (26,8 ans).
L'âge moyen au 1er enfant est 25,8 ans à La Réunion.
Chaque année, environ 4% des femmes qui donnent naissance à un enfant sont mineures au moment de leur accouchement. En 2006, cela représentait 616 naissances. En métropole, la proportion de mères mineures était de l'ordre de 0,6% en 2004.
En 2006, 8,3% des mères étaient âgées de 38 ans ou plus (6,6 en métropole en 2004).

Tableau 3 – Evolution du taux de natalité pour 1 000 habitants à La Réunion et pour la France entière depuis 1974

Année	REUNION		France entière
	Naissances	Taux de natalité (‰)	Taux de natalité (‰)
1974	13 425	28,0	nd
1982	11 964	23,0	nd
1985	13 159	24,1	14,1
1990	13 877	23,1	13,6
1995	13 053	19,7	12,8
1999	13 741	19,3	12,9
2000	14 594	20,2	13,3
2001	14 541	19,8	13,2
2002	14 789	19,8	12,9
2003	14 427	19,0	12,8
2004	14 545	18,9	12,8
2005	14 610	18,7	12,9
2006	14 495	18,5	13,1(p)

Sources : INSEE Réunion (bilan démographique 2006), DREES
(p) donnée provisoire

Fécondité : un indicateur de 2,45 enfants par femme en 2005

Le taux de fécondité est défini comme le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population moyenne féminine d'âge fécond (15-49 ans) moyenne de l'année. Des taux spécifiques sont définis pour différentes tranches d'âge.
Entre 1995 et 2006, nous constatons une diminution des taux de fécondité pour les femmes les plus jeunes mais une augmentation de ces taux au-delà de 25 ans. En métropole, c'est à partir de 30 ans que l'on observe cette augmentation.
L'écart de fécondité entre La Réunion et la métropole est variable selon les tranches d'âges. Chez les plus jeunes (moins de 20 ans), la fécondité reste à un niveau très élevé puisque le taux est cinq fois supérieur à celui observé en métropole. Chez les 20-24 ans, la fécondité reste supérieure de 75% à celle de la métropole. Par contre, chez les femmes plus âgées, l'écart se réduit nettement : 10% de plus en moyenne en 2005.

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est la somme des taux de fécondité par âge observés sur une année donnée. Il indique le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés une année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. L'ICF est plus adapté que le taux de fécondité aux comparaisons car il ne dépend pas de la structure par âge des populations : il représente le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait durant toute sa vie féconde (15-49 ans) les conditions de fécondité observées cette année-là.
Après une baisse observée jusqu'en 1996, l'indice conjoncturel de fécondité est remonté de 1996 à 2000 (passant de 2,26 à 2,47). Depuis 2000, il se maintient autour de 2,45 enfants par femme, et reste plus élevé que l'ICF métropolitain qui suit une tendance à la hausse depuis 10 ans (1,98 en 2006).
Néanmoins, malgré la stagnation observée sur les dernières années, la tendance sur le long terme est à la diminution de la fécondité à La Réunion. Ainsi le taux de fécondité était de 3,05 enfants par femme en 1980 (1,95 en métropole à la même date).

Tableau 4 – Taux de fécondité par tranches d'âge (pour 1 000 femmes) et Indice conjoncturel de fécondité (ICF) depuis 1974, à La Réunion et en métropole

Années	REUNION								METROPOLE
	Taux de fécondité par tranches d'âge							ICF	ICF
	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans		
1974	62	207	201	149	104	47	5	3,88	2,11
1982	50	150	155	114	65	25	3	2,81	1,91
1990	44	130	152	111	62	16	1	2,56	1,78
1995	39	107	140	101	52	15	1	2,28	-
2000	39	117	143	113	63	17	1	2,47	1,88
2001	40	119	138	112	63	18	1	2,46	1,88
2002	40	111	148	115	66	19	1	2,50	1,87
2003	36	101	148	120	63	20	1	2,44	1,88
2004	36	98	146	121	67	20	1	2,45	1,92
2005	37	97	142	126	66	21	1	2,45	1,92
2006	37	112	139	113	65	20	1	2,45	1,98

Source : INSEE Réunion (bilan démographique 2006)

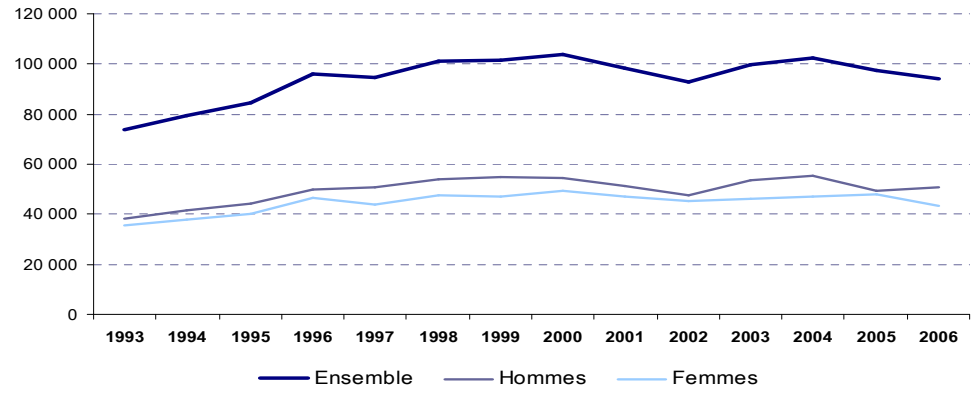
N-B : Les données de mortalité, particulièrement importantes pour le suivi de l'état de santé de la population sont détaillées dans un chapitre spécifique.

■ Déterminants sociaux de l'état de santé

Chômage : 29,1% en 2006

Les chômeurs au sens du BIT (Bureau International du Travail) sont les personnes satisfaisant simultanément aux critères suivants : recherche d'un emploi, démarches effectives, disponibilités, absence d'occupation professionnelle au cours de la semaine de référence. Ce sont aussi les personnes disponibles ayant trouvé un emploi qui commence ultérieurement.
Le nombre de chômeurs est passé de plus de 100 200 chômeurs en 2004 à successivement 97 400 en 2005 et 93 900 en 2006, soit près de 3 500 chômeurs en moins en un an.
L'amélioration de l'emploi observé en 2005 se confirme et s'embellit en 2006. La baisse du nombre de chômeurs profite essentiellement aux femmes, comme l'illustre le graphique qui suit : 4 600 chômeuses en moins en 2006, alors que le nombre progresse chez les hommes (+ 1 200).

Figure 1 – Evolution du nombre de chômeurs* par sexe, depuis 1993 à La Réunion



Source : INSEE Réunion

* Au sens du BIT (Bureau International du Travail)

A 29,1% en 2006, le taux de chômage, au sens du BIT, s'établit pour la première fois depuis 1993 sous le seuil des 30%. Malgré une reprise observée en 2003/2004, le chômage suit une tendance globale à la baisse depuis 1999. Cependant, le taux de chômage réunionnais reste préoccupant puisqu'il est largement supérieur au taux métropolitain qui s'établit à 8,9% en juillet 2006.

Le taux global est très variable selon le sexe et l'âge.
Les femmes enregistrent un taux de chômage plus fort que celui des hommes, quelle que soit la période considérée. Ainsi, en 2006, le taux de chômage des femmes s'établit à 30,4% alors que le taux masculin plafonne à 28%. Cependant, depuis 1993, l'écart de taux de chômage entre les deux sexes tend à se réduire, particulièrement en 2006 où il n'y a que 2 points de différence entre les hommes et les femmes.

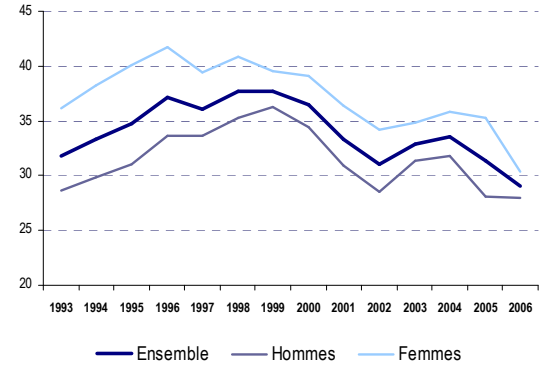
Le taux de chômage est nettement plus élevé chez les plus jeunes, quel que soit le sexe : en 2006, le taux de chômage s'établit à 42,2% chez les moins de 30 ans contre 23,7% au-delà de cet âge. Ce constat résulte en partie du nombre peu élevé d'actifs dans cette tranche d'âge. L'écart entre les 2 tranches d'âges est particulièrement visible chez les hommes où le taux de chômage des moins de 30 ans est le double de celui observé chez les plus de 30 ans. L'écart est moins marqué chez les femmes.

Tableau 5 – Nombre de chômeurs et taux de chômage selon le sexe et l'âge, évolution 2004-2006 à La Réunion (situation au 2ème trimestre de l'année)

	REUNION			METROPOLE
	2004	2005	2006	2006
Effectifs de chômeurs				
Ensemble	102 500	97 400	93 900	2 436 000
Hommes	55 300	49 500	50 700	nd
Femmes	47 200	47 900	43 200	nd
Taux de chômage (en%)				
Ensemble	**33,5**	**31,3**	**29,1**	**8,9**
Moins de 30 ans	49,5	44,7	42,2	nd
30 ans ou plus	27,3	26,1	23,7	nd
Hommes	**31,8**	**28,1**	**28,0**	**8,2**
Moins de 30 ans	48,4	42,0	42,7	nd
30 ans ou plus	25,3	22,8	21,9	nd
Femmes	**35,8**	**35,3**	**30,4**	**9,7**
Moins de 30 ans	50,9	48,2	41,5	nd
30 ans ou plus	30,0	30,4	26,0	nd

Source : INSEE Réunion

Figure 2 – Evolution du taux de chômage* selon le sexe, depuis 1993 à La Réunion



Source : INSEE Réunion

* Au sens du BIT (Bureau International du Travail)

Les bénéficiaires de la CMUC : près de 317 000 fin 2006

La Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUC) constitue l'un des dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées.

A La Réunion comme en métropole, le nombre de bénéficiaires s'est rapidement stabilisé après la mise en œuvre du dispositif, comme l'indique le tableau ci-après. Au niveau régional, on enregistre de légères variations de l'ordre de 1 à 2% depuis 2003.

Tableau 6 – Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMUC de 2000 à 2005, à La Réunion et en métropole

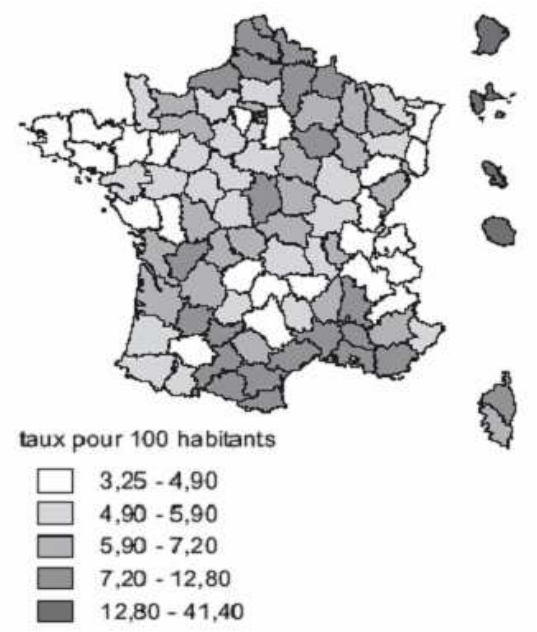
Année	Réunion		Métropole	
	Nombre de bénéficiaires	Taux de bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires	Taux de bénéficiaires
2000	411 359	56,9	4 377 218	7,4
2001	376 079	51,1	4 091 691	6,9
2002	317 619	42,5	3 889 355	6,5
2003	322 641	42,6	4 029 118	6,7
2004	318 586	41,6	4 066 135	6,7
2005	315 885	41,0	4 112 523	6,8
2006	316 748	40,4	4 165 144	6,8

Sources : Eco-santé, Régions et départements

La part de la population couverte par la CMUC dissimule de fortes disparités départementales. La Réunion, et les DOM de manière générale, présentent des taux de bénéficiaires particulièrement élevés par comparaison aux départements métropolitains.

En métropole, les taux de couverture varient entre 3% et 13% en 2005. Dans le même temps, le taux outre-mer dépasse les 34%. La Réunion est caractérisée par une proportion de bénéficiaires s'élevant à 41%.

Figure 3 – Pourcentage de bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2005 par département



Source : DREES (« L'état de santé de la population en France en 2006 – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique »)

Données synthétiques de mortalité

Espérance de vie : indicateur synthétique à la naissance et à 65 ans

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années que peut espérer vivre un nouveau-né si la structure de la mortalité par âge, telle qu'elle existe l'année de sa naissance, ne se modifie pas. Cet indicateur intègre la moyenne des âges au décès d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Par analogie, on décrit l'espérance de vie à différents âges. C'est un indicateur de base couramment utilisé à des fins comparatives : évolutions dans le temps, comparaisons internationales, …

L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans, qui reflète la mortalité aux âges élevés, sont les indicateurs les plus utilisés au niveau international.

Espérance de vie à la naissance : 73,2 ans pour les hommes et 80,9 ans pour les femmes

L'espérance de vie n'a cessé d'augmenter entre 1990 et 2006 : les hommes ont gagné 4,4 ans et les femmes 2,7 ans. En 2006, elle a atteint 73,2 ans pour les hommes et 80,9 ans pour les femmes. Les progrès sont globalement plus favorables aux hommes qu'aux femmes. L'écart d'espérance de vie à la naissance entre hommes et femmes se réduit ; il a ainsi diminué de 9 ans en 1990 à 7,7 ans en 2006.

Même si l'espérance de vie de la population réunionnaise progresse, elle restait inférieure à celle de la métropole en 2006, quel que soit le sexe. L'écart d'espérance de vie à la naissance, entre les Réunionnais et les Métropolitains, était de 3,9 ans pour les hommes et 3,1 pour les femmes.

A 65 ans, un homme réunionnais peut espérer vivre encore 15,6 ans et une femme 19,8 ans en 2006.

Tableau 7 – Evolution de l'espérance de vie à la naissance*, par sexe, à La Réunion et en métropole, depuis 1982

Année	Réunion		Métropole	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1982	65,2	74,1	nd	nd
1990	68,8	78,2	nd	nd
1995	70,3	78,7	73,8	81,9
2000	70,9	79,4	75,2	82,8
2001	71,1	79,9	75,4	82,9
2002	71,5	80,2	75,7	83,0
2003	71,9	80,4	75,8	82,9
2004	72,5	80,7	76,7	83,8
2005	72,9	80,7	76,7	83,7
2006	73,2	80,9	77,1	84,0

* Espérance de vie à la naissance : durée de vie moyenne d'une génération fictive qui aurait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.
Sources : INSEE (bilan démographique 2006), DREES

Taux de mortalité infantile : 6,6 pour 1 000 en 2006

La mortalité infantile ou nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie est exprimée sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année considérée. Cet indicateur largement utilisé dans les comparaisons internationales, mesure non seulement la santé infantile, mais reflèterait également l'état de santé d'une population ou, tout au moins, l'efficacité de soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. Cet indicateur rend compte en outre des facteurs sociaux plus larges tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique. C'est un indicateur classique de la santé des populations, retenu au niveau européen.

Chaque année dans notre région, une centaine d'enfants décède avant d'atteindre leur premier anniversaire. La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années : passant de 164,0‰ en 1951 à 7,0‰ en 1995 et à 6,6‰ en 2006. Cependant, l'évolution à La Réunion n'est pas aussi continue que celle observée en France métropolitaine (décroissance régulière) ; on observe même une augmentation du taux de mortalité infantile en 2005, atteignant le niveau le plus élevé depuis une dizaine d'année.

Tableau 8 – Evolution du taux de mortalité infantile* (pour 1 000 enfants nés vivants), à La Réunion et en métropole, depuis 1982

Année	Réunion	France métropolitaine
1982	13,0	9,3
1990	6,8	nd
1995	7,0	4,9
2000	5,7	4,4
2001	7,1	4,4
2002	6,2	4,1
2003	7,4	4,0
2004	6,6	3,8
2005	7,9	3,5
2006	6,6	3,6 (p)

* Taux de mortalité infantile : nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes. (p) donnée provisoire
Sources : INSERM CépiDC, INSEE, DREES

Taux de mortalité : 5,5 pour 1 000 en 2006

En 2006, le nombre de décès domiciliés à La Réunion s'élève à 4 323 : 400 décès en plus par rapport à 2004 et près de 1 200 par rapport à l'année 1990. Malgré un recul observé en 2004 avec 3 800 décès, le nombre de décès dans la région suit une tendance globale à la hausse, due au vieillissement de la population réunionnaise. Et ce phénomène devrait se poursuivre puisque d'ici 2030, le nombre annuel de décès pourrait être doublé.
Le taux de mortalité de la population réunionnaise (5,5 ‰) est resté stable de 2005 à 2006 mais reste largement en deçà du taux métropolitain (8,4 ‰). Cet écart entre La Réunion et la métropole tient au seul fait de la jeunesse de la population réunionnaise. La mortalité par âge et par sexe présente en effet des taux supérieurs à ceux mesurés en métropole.

Tableau 9 – Evolution du nombre de décès et du taux brut de mortalité (pour 1 000 habitants), à La Réunion et en métropole, depuis 1982

Année	Réunion		Métropole	
	Décès	Taux*	Décès	Taux*
1982	3 048	5,9	543 104	10,0
1990	3 153	5,2	526 104	9,3
1995	3 135	4,7	nd	nd
1999	3 795	5,3	535 670	9,2
2000	3 836	5,3	528 777	9,0
2001	3 829	5,2	529 096	8,9
2002	4 004	5,4	533 111	8,9
2003	4 022	5,3	550 350	9,1
2004	3 884	5,1	507 644	8,4
2005	4 255	5,5	517 470	8,7
2006	4 323	5,5	531 100	8,4 (p)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE * Pour 1 000 habitants (p) donnée provisoire

Le taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. Ainsi, le taux comparatif de mortalité (TCM) est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France au recensement de 1990).
Les taux comparatifs de mortalité (ou taux standardisé) permettent d'éliminer les effets liés aux différences de structure d'âge.
A La Réunion, comme en métropole, le taux comparatif de mortalité enregistre une tendance nette à la baisse, à la fois par sexe et globalement.
En revanche, nous observons une surmortalité régionale par rapport à la situation métropolitaine, et ce quel que soit le sexe. La surmortalité que connaît La Réunion affecte essentiellement les adultes avant l'âge de la retraite et particulièrement les hommes.

Tableau 10 – Evolution du taux comparatif de mortalité (pour 1 000 habitants), à La Réunion et en métropole, depuis 1989

Année*	Réunion			Métropole		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
1989	12,6	16,5	9,6	10,1	13,8	7,6
1996	10,8	14,9	8,5	8,9	12,2	6,6
2000	10,1	13,1	7,8	8,3	11,2	6,3
2001	9,9	12,7	7,7	8,2	11,0	6,2
2002	9,8	12,6	7,6	8,2	10,9	6,2
2003	9,6	12,3	7,6	nd	nd	nd
2004	9,5	12,1	7,5	nd	Nd	nd

* L'année figurant sur le tableau est l'année centrale de la période triennale (2004 correspondant à la période 2003-2005).
Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS

Taux de mortalité prématurée : toujours près de trois fois supérieur chez les hommes.

Le taux de mortalité prématurée est un indicateur classique, présent dans de nombreuses bases de données, qui témoigne de la mortalité survenue avant un âge donné, habituellement 65 ans. Cet indicateur peut être présenté sous forme standardisée, on parle alors de taux standardisé ou comparatif de mortalité prématurée.
En 2005, le nombre de décès prématurés, survenus avant 65 ans, s'élevait à 1 660, ce qui représente près de 40% de l'ensemble des décès dans notre région. En l'espace d'une dizaine d'années, la mortalité prématurée n'a cessé de diminuer, plus particulièrement chez les hommes (-33% et -25% chez les femmes). Cette évolution à la baisse est plus marquée à La Réunion qu'en métropole.
Même si la diminution des décès prématurés est plus favorable chez les hommes, le taux reste nettement plus élevé que celui observé chez les femmes, et même près de trois fois supérieur à ce qu'il est chez les femmes (taux comparatif de mortalité avant 65 ans de 411 décès pour 100 000 contre 167 pour les femmes). Le différentiel homme/femme est un peu moindre en métropole (2,3).
Les taux comparatifs de mortalité prématurée révèlent une nette surmortalité régionale avant 65 ans par rapport à la métropole, et ce quel que soit le sexe. Cependant, le différentiel avec la métropole tend à se réduire au fil des années.
Le taux de décès avant 65 ans chez les Réunionnais est 1,4 fois supérieur à celui de leurs homologues métropolitains. La situation est légèrement plus favorable chez les femmes (taux 1,3 fois supérieur à celui des métropolitaines).

Tableau 11 – Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée* (pour 100 000 habitants), à La Réunion et en métropole, depuis 1989

Année**	Réunion		Métropole	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1989	618	225	371	150
1996	480	199	322	134
2000	448	177	299	129
2001	438	174	293	127
2002	411	167	289	126
2003	391	162	278	123
2004	378	162	271	121

* Mortalité prématurée : correspond aux décès avant l'âge de 65 ans. ** L'année figurant sur le tableau est l'année centrale de la période triennale (2002 correspondant à la période 2001-2003).
Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS

Mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire : 33% de la mortalité prématurée chez les hommes et 15% chez les femmes

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans.
Les décès « évitables » peuvent se subdiviser en deux sous-groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier sous-ensemble de causes de décès a été intitulé « mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire » ou « mortalité évitable par une action sur les facteurs de risques individuels ». Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses, … Les causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aéro-digestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les causes directement liées à l'alcool (psychoses alcooliques, les cirrhoses), les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, comme les décès. Cet ensemble, appelé plus généralement « mortalité évitable par des actions sur le système de soins » regroupe les décès par typhoïde, tuberculose, tétanos, cancer de la peu, cancer du sein, cancer de l'utérus, maladie de Hogking, leucémie, cardiopathie rhumatismale, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, ulcères digestifs-appendicites-hernies abdominales, mortalité maternelle.

Pour les résultats présentés ici, seule la mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire est présentée et est désignée, par défaut, comme la mortalité « évitable ».
Le nombre de décès par mortalité « évitable » était de 455 en 2005, soit 27% de la mortalité prématurée (un tiers en métropole en 2002). La mortalité évitable est largement plus élevée chez les hommes (83% des décès évitables observés et sex ratio H/F égal à 5 en nombre de décès). Cette surmortalité masculine se retrouve pour toutes les causes identifiées.
La part de la mortalité évitable par rapport à la mortalité prématurée est de 33% chez les hommes et de 15% seulement chez les femmes. Ces taux sont moins élevés que ceux observés en métropole en 2002 (respectivement 39 et 24% en).
Malgré les variations irrégulières observées sur la période 1999-2004, les décès évitables ont enregistré une augmentation importante chez les hommes en 15 ans : +24% entre 1990 et 2005. Chez les femmes, en revanche, la situation de 2005 est plus favorable qu'en 1990, avec une diminution de 21% entre 1990 et 2005, malgré un rebond observé en 2005. La tendance régionale diffère de la situation métropolitaine où l'on observe une évolution à la baisse des décès évitables chez les femmes comme chez les hommes entre 1990 et 2002. Malgré cette augmentation des effectifs de décès, la part de la mortalité évitable est relativement stable depuis 2002 chez les femmes et depuis 2004 chez les hommes.

Tableau 12 – Effectifs et parts des décès par mortalité « prématurée » et mortalité « évitable » par sexe, à La Réunion depuis 1999

	Mortalité prématurée		Mortalité évitable		Evitables/prématurée (en %)
	effectifs	part* (en %)	effectifs	part* (en %)	
Hommes					
1990	1 074	58	304	17	28
1999	1 150	51	392	17	34
2000	1 182	54	385	17	33
2001	1 125	52	386	18	34
2002	1 159	49	404	17	35
2003	1 104	47	399	17	36
2004	1 026	47	342	16	33
2005	1 143	47	378	15	33
Femmes					
1990	446	35	97	8	22
1999	461	29	71	5	15
2000	489	30	95	6	19
2001	488	30	87	5	18
2002	471	28	75	4	16
2003	480	28	69	4	14
2004	477	28	73	4	15
2005	517	28	77	4	15

Sources : FNORS base SCORE-santé, INSERM CépiDc * part dans l'ensemble des décès Exploitation ORS

Indicateurs synthétiques sur la morbidité déclarée

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité : les femmes concernées plus et plus tôt.

L'enquête HID (« Handicaps-Incapacités-Dépendance » réalisée en 2004, a permis de dégager, outre les indicateurs classiques (AGGIR, Colvez, EHPA, …) d'autres indicateurs de dépendance et d'incapacités pour décrire la population réunionnaise.

Pour résumer les informations et aborder les problèmes de dépendance, la situation sociale et familiale des Réunionnais a été analysée en fonction de la présence ou non de limitation fonctionnelle et/ou de restriction d'activité.

La limitation fonctionnelle se situe au niveau des fonctions physiques, sensorielles ou mentales de l'organisme. Elle s'exprime par des difficultés à mobiliser ces fonctions par exemple pour marcher, tendre un bras, entendre, se souvenir.

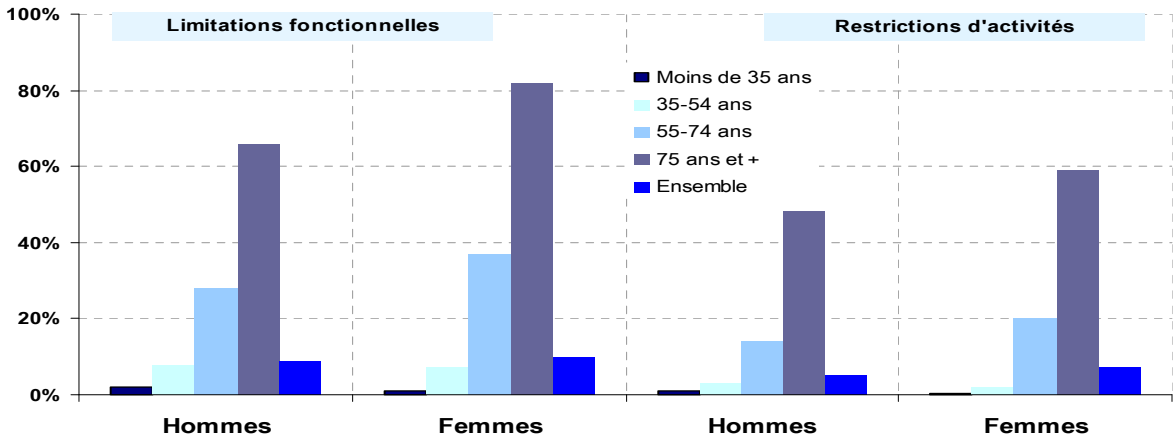
La restriction d'activité se situe à la rencontre de l'état fonctionnel d'un individu et des activités qu'il peut être amené à effectuer.

Pour être limité fonctionnellement, il faut avoir au moins une de ces limitations : se déplacer à l'étage, monter un escalier, couper ses ongles, utiliser ses mains, se baisser, voir, se souvenir du moment de la journée.

Pour avoir une restriction d'activité il faut avoir au moins une de ces restrictions : manger, s'habiller, faire sa toilette, aller aux toilettes, problème de transfert (lit).

Le poids des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités est nettement plus lourd pour les femmes que pour les hommes, et ce quel que soit la tranche d'âge considérée. Ceci se traduit par un âge moyen de la survenue du handicap plus jeune pour les femmes. En effet, dès la classe d'âge des 55-74 ans, la différence est de plus de 10 points en défaveur des femmes pour les limitations fonctionnelles. La prévalence des limitations fonctionnelles croît avec l'âge : ce sont ainsi plus de 80% des femmes et près 70% de hommes qui déclarent des limitations fonctionnelles après 75 ans. Le différentiel hommes/femmes est légèrement moins marqué en ce qui concerne les restrictions d'activités. La dépendance est déclarée par moins d'une personne sur 10.

Figure 4 – Taux de prévalence des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités, selon le sexe et le groupe d'âge



Source : Enquête HID Réunion 2004 – DRASS Réunion

Espérance de vie sans incapacité : l'espérance de vie sans incapacité des femmes est plus longue que celle des hommes

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est un indicateur composite construit à partir des données de mortalité (espérance de vie) ainsi que de données sur les incapacités issues d'enquêtes déclaratives réalisées en population générale. Cet indicateur introduit une notion de qualité de la vie. Son principal intérêt est sa simplicité conceptuelle : il représente le nombre d'années qu'un individu peut espérer vivre sans incapacité, si les conditions de mortalité et d'incapacité restent identiques aux observations de l'année. Il permet ainsi de préciser si l'augmentation de l'espérance de vie (EV) correspond à des années de vie en bonne santé ou en mauvaise santé. Par ailleurs, l'EVSI présente l'avantage d'être indépendante de la structure démographique de la population. Par rapport à l'espérance de vie sans incapacité à la naissance, l'espérance de vie à 50 ans est plus spécifique des phénomènes liés au vieillissement puisque cet indicateur permet d'éliminer les effets de la mortalité précoce des hommes. En général, ce sont des indicateurs d'EVSI à 65 ans qui sont produits au niveau national ou européen afin de s'affranchir de la mortalité prématurée (avant 65 ans).

Le calcul des espérances de vie sans incapacité permet de mettre en évidence un paradoxe : les femmes vivent à la fois plus longtemps sans incapacité mais également plus longtemps avec des incapacités ou dépendances. En effet l'espérance de vie sans incapacité prend en compte non seulement la mortalité précoce des hommes mais également la survenue très tôt de certaines incapacités. Ainsi, les écarts entre les espérances de vie et les espérances de vie sans incapacité sont beaucoup plus faibles pour les hommes que pour les femmes (10,6 ans contre 16,5). Mais les hommes connaissent un état de dépendance à un âge plus jeune que les femmes.

L'espérance de vie à la naissance sans limitation fonctionnelle est de 63,5 ans pour les femmes et de 61,5 ans pour les hommes. L'écart entre les sexes est donc de 2 ans en faveur des femmes. Mais comparé à l'espérance de vie à la naissance, les femmes vivent 16,5 ans avec des limitations fonctionnelles et les hommes seulement 10,6 ans. L'espérance de vie à la naissance sans restriction d'activité est plus élevée, elle est de 69,3 ans pour les femmes et de 65,4 ans pour les hommes : soit un écart plus important entre les sexes, de 3,9 ans. Par contre les hommes ne vivent que 3,9 ans dans cet état contre 10,9 ans pour les femmes.

Tableau 13 – Espérance de vie sans incapacité à la naissance selon le type d'incapacité et le sexe, à La Réunion en 2004

	Espérance de vie sans incapacités à la naissance (EVSI)		Différence EV-EVSI		EVSI Différence F-H
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Limitations fonctionnelles	63,5 ans	61,5 ans	16,5 ans	10,6 ans	2,0 ans
Restrictions d'activités	69,3 ans	65,4 ans	10,7 ans	6,7ans	3,9 ans
Espérance de vie à la naissance (EV)	80,0 ans	72,1 ans			7,9 ans

Source : Enquête HID Réunion 2004 – DRASS Réunion

A partir de 50 ans, les écarts sont très faibles, les hommes vivent 0,2 an de plus que les femmes sans limitations fonctionnelles et 0,8 an de moins sans restrictions d'activités. Mais comme l'espérance de vie à 50 ans est de 2,1 ans supérieur pour les femmes, les femmes vivent plus longtemps en incapacités et également plus longtemps dans un état de dépendance. Par conséquent, si à la naissance, la durée de vie moyenne sans incapacité est plus longue pour les femmes, arrivée à l'âge de 50 ans, elle est quasi identique.

Tableau 14 – Espérance de vie sans incapacité à 50 ans selon le type d'incapacité et le sexe, à La Réunion en 2004

	Espérance de vie sans incapacités à la naissance (EVSI)		Différence EV-EVSI		EVSI Différence F-H
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Limitations fonctionnelles	11,2 ans	11,4 ans	4,7 ans	2,4 ans	- 0,2 ans
Restrictions d'activités	14,0 ans	13,2 ans	1,9 ans	0,4 ans	0,8 ans
Espérance de vie à la naissance (EV)	15,9 ans	13,8 ans			2,1 ans

Source : Enquête HID Réunion 2004 – DRASS Réunion

Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population

Principales causes de mortalité : les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs et les morts violentes

- **Une mortalité globale «stable» depuis les années 1990**

La mortalité reflète les conditions de vie et d'hygiène d'un pays ou d'une région. La nette amélioration des conditions de santé ainsi que le rajeunissement de la population réunionnaise ont entraîné, dès le début des années 1950, une rapide et forte baisse de la mortalité. En 20 ans, les taux de mortalité à La Réunion sont passés de 3 000 à 800 pour 100 000 habitants. Depuis, la baisse a perdu de son intensité : les taux de mortalité s'élèvent à 600 pour 100 000 dès 1981 et se sont stabilisés, pour atteindre 550 décès pour 100 000 habitants en 2005. Cela serait lié, principalement, à un arrêt du rajeunissement de la population voire à un début de vieillissement.

- **Une surmortalité par rapport à la métropole**

En 2005, plus de 4 200 décès, toutes causes confondues, sont survenus à La Réunion. Le taux standardisé de mortalité correspondant est de 966 pour 100 000 habitants, taux largement supérieur au taux métropolitain de 750 pour 100 000 en 2004.

- **Une surmortalité masculine et une mortalité prématurée importante**

La part des décès masculins est de 57%. Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité est de 1 206 pour 100 000, il est nettement inférieur chez les femmes : 750 (ce qui correspond à une surmortalité masculine de 1,6). Plus de quarante pourcents (41%) des décès sont survenus avant l'âge de 65 ans.

- **Les maladies cardio-vasculaires toujours en tête**

Alors que pour la première fois, les cancers deviennent la première cause de mortalité en métropole, les maladies cardiovasculaires restent la cause de décès la plus fréquente à La Réunion. En 2005, les maladies cardiovasculaires ont entraîné plus de 1 290 décès et parmi elles, contrairement à la métropole, ce sont les maladies cérébrovasculaires qui prédominent, devant les cardiopathies ischémiques.

- **Mais une augmentation de la part des tumeurs**

La part des pathologies cancéreuses dans la mortalité régionale est en augmentation depuis une vingtaine d'années alors que la part des maladies cardiovasculaires est relativement stable. En effet, alors que les pathologies cardiovasculaires représentent, depuis 1980 environ un tiers des décès de la région, la part des cancers a doublé en 25 ans, passant de 13% en 1981 à 27% en 2005.

- **Les trois premières causes de décès restent inchangées et sont les mêmes qu'en métropole**

Malgré une différence de quelques points, les 3 principales causes de décès sont similaires entre notre région et la Métropole : maladies cardiovasculaires, tumeurs et causes externes. Parmi les causes externes, ce sont les suicides et les accidents de transports qui sont les plus nombreux.

- **La hiérarchie des causes est différente selon les sexes**

Chez les hommes, les parts respectives des maladies cardiovasculaires et des cancers dans l'ensemble des décès sont comparables (28% et 25%). Chez les femmes, les maladies cardiovasculaires représentent de loin la première cause de mortalité devant les cancers (33% et 20%).
On note également une proportion plus importante de décès par causes externes chez les hommes et de décès par maladies métaboliques et endocriniennes chez les femmes.

- **Les causes sont différentes selon l'âge**

Plus de 100 enfants de moins de 1 an sont décédés en moyenne chaque année au cours de la période 2003-2005. Rapportés aux naissances, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 7,9 décès pour mille naissances, soit plus du double du taux métropolitain pour la même période (3,5 pour 1000). Les principales causes de décès des enfants de moins de 1 an sont les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, représentant plus de 60% des causes de décès, devant les anomalies congénitales (19%). Chez les moins de 15 ans, les causes principales de décès sont, comme en métropole, les causes externes et les tumeurs. Les traumatismes représentent en effet ¼ de l'ensemble des décès.
Entre 15-44 ans, les trois quarts des décès concernent les hommes, chez lesquels, 45% des décès sont dus à des causes externes. Chez les femmes de cette tranche d'âge, les tumeurs représentent la première cause de décès (25%). De 45 à 74, les 2 causes principales de décès sont les tumeurs puis les maladies cardiovasculaires. A partir de 75 ans, l'ordre est inversé : les maladies cardiovasculaires puis les cancers sont les 2 principales causes de décès.

Tableau 15 – Causes médicales de décès à La Réunion, selon le sexe en 2005

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Maladies cardio-vasculaires	**1 293**	**30,1**	**676**	**27,6**	**617**	**33,4**
Cardiopathies ischémiques	319	7,4	185	7,6	184	10,0
Maladies cérébrovasculaires	404	9,4	210	8,6	194	10,5
Autres maladies cardiovasculaires	570	13,3	281	11,5	239	12,9
Tumeurs	**978**	**22,8**	**606**	**24,8**	**372**	**20,1**
Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	149	3,5	130	5,3	19	1,0
Tumeurs malignes du côlon-rectum	81	1,9	40	1,6	41	2,2
Tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques	76	1,8	39	1,6	37	2,0
Tumeurs malignes de l'estomac	76	1,8	46	1,9	30	1,6
Tumeurs malignes de la prostate	61	1,4	61	2,5	0	0,0
Tumeurs malignes du sein	56	1,3	2	0,1	54	2,9
Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale, et du pharynx	52	1,2	47	1,9	5	0,3
Tumeurs malignes de l'oesophage	51	1,2	48	2,0	3	0,2
Tumeurs malignes du foie et des voies biliaires intrahépatiques	40	0,9	26	1,1	14	0,8
Tumeurs malignes du pancréas	31	0,7	15	0,6	16	0,9
Tumeurs malignes de l'utérus	29	0,7	0	0,0	29	1,6
Tumeurs malignes de la vessie	18	0,4	12	0,5	6	0,3
Tumeurs malignes de l'ovaire	12	0,3	0	0,0	12	0,6
Tumeurs malignes du rein	11	0,3	6	0,2	5	0,3
Tumeurs malignes de la peau	5	0,1	3	0,1	2	0,1
Autres tumeurs malignes	175	4,1	100	4,1	75	4,1
Autres tumeurs	55	1,3	31	1,3	24	1,3
Causes externes de blessures et empoisonnements	**350**	**8,2**	**247**	**10,1**	**103**	**5,6**
Accidents de transport	77	1,8	60	2,5	17	0,9
Autres accidents	153	3,6	102	4,2	51	2,8
Suicides	88	2,0	64	17,0	24	1,3
Autres causes externes	32	0,7	21	0,9	11	0,6
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	**292**	**6,8**	**135**	**5,5**	**157**	**8,5**
Diabète	230	5,4	101	4,1	129	7,0
Autres	62	1,4	34	1,4	28	1,5
Maladies de l'appareil digestif	**246**	**5,7**	**148**	**6,0**	**98**	**5,3**
Maladies chroniques du foie et cirhoses	109	2,5	74	3,0	35	1,9
Autres	137	3,2	74	3,0	63	3,4
Maladies de l'appareil respiratoire	**301**	**7,0**	**171**	**7,0**	**130**	**7,0**
Pneumonie, grippe	84	2,0	34	1,4	50	2,7
Asthme	34	0,8	16	0,7	18	1,0
Autres	183	4,3	121	4,9	62	3,4
Symptômes et états morbides mal définis	**183**	**4,3**	**86**	**3,5**	**97**	**5,3**
Troubles mentaux	**168**	**3,9**	**123**	**5,0**	**45**	**2,4**
Abus d'alcool	102	2,4	90	3,7	12	0,6
Autres	66	1,5	33	1,3	33	1,8
Maladies du système nerveux et organes des sens	**155**	**3,6**	**83**	**3,4**	**72**	**3,9**
Maladies infectieuses	**143**	**3,3**	**98**	**4,0**	**45**	**2,4**
Infections dont l'origine se situe dans la période périnatale	**74**	**1,7**	**42**	**1,7**	**32**	**1,7**
Maladies de l'appareil génito-urinaire	**72**	**1,7**	**36**	**1,5**	**36**	**1,9**
Maladies du rein et de l'uretère	61	1,4	29	1,2	32	1,7
Autres	11	0,3	7	0,3	4	0,2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	**31**	**0,7**	**18**	**0,7**	**13**	**0,7**
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	**22**	**0,5**	**14**	**0,6**	**8**	**0,4**
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et des tissus conjonctifs	**19**	**0,4**	**5**	**0,2**	**14**	**0,8**
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	**10**	**0,2**	**2**	**0,1**	**8**	**0,4**
Complications de grossesse, accouchements et puerpéralité	**4**	**0,1**	**0**	**0,0**	**4**	**0,2**
TOTAL	**4 294**	**100,0**	**2 447**	**100,0**	**1 847**	**100,0**

Source : INSERM CépiDc

Principales causes de mortalité prématurée : les tumeurs devancent les maladies cardio-vasculaires et les causes externes de blessures et empoisonnements

En 2005, le nombre de décès prématurés, survenus avant 65 ans, s'élevait à 1 660 pour notre région, ce qui représente 40% de l'ensemble des décès sur l'île.

Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont les tumeurs, qui sont responsables de plus d'un quart des décès prématurés (soit 27,0% en cause initiale), les maladies cardiovasculaires, pour 18,3% des décès, et les morts violentes (accidents, suicides ou autres causes extérieures de décès, pour 15,1% des décès). Viennent après les maladies de l'appareil digestif et les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques qui représentent respectivement 7,4 et 5,0% de l'ensemble des décès prématurés. Ces cinq groupes de pathologies représentent près des ¾ des décès prématurés (les trois premiers groupes : 6 décès prématurés sur 10).

Comme en métropole, le nombre de décès prématurés masculins est 2,2 fois supérieur à celui des femmes, le rapport des taux standardisés sur la structure d'âge étant même légèrement plus élevé (2,4 sur la période 2001-2003). Le sex ratio H/F varie sensiblement selon la cause du décès. Cet indice est ainsi plus faible (1,8) pour les tumeurs, qui ont un poids important dans la mortalité féminine (31%), mais il est supérieur à 3 pour les maladies de l'appareil respiratoire et les morts violentes, et plus de 7 fois supérieur pour les troubles mentaux.

Le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée chez les femmes (7,2% de la mortalité prématurée en 2005). Sur la période 2001-2003, La Réunion se situait parmi les régions françaises où le taux standardisé sur l'âge de la mortalité par cancer du sein était le plus faible (10, 7 pour 100 000 habitants contre 14,7 en métropole).

Tableau 16 – Causes médicales de décès prématurés à La Réunion, selon le sexe en 2005

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
Tumeurs	**448**	**27,0**	**289**	**25,3**	**159**	**30,8**
Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	61	3,7	55	4,8	6	1,2
Tumeurs malignes du côlon-rectum	34	2,0	21	1,8	13	2,5
Tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques	38	2,3	24	2,1	14	2,7
Tumeurs malignes de l'estomac	28	1,7	19	1,7	9	1,7
Tumeurs malignes de la prostate	9	0,5	9	0,8	0	0,0
Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale, et du pharynx	31	1,9	29	2,5	2	0,4
Tumeurs malignes du sein	37	2,2	0	0,0	37	7,2
Tumeurs malignes de l'oesophage	33	2,0	32	2,8	1	0,2
Tumeurs malignes de l'utérus	16	1,0	0	0,0	16	3,1
Tumeurs malignes du pancréas	12	0,7	6	0,5	6	1,2
Tumeurs malignes du foie et des voies biliaires intrahépatiques	17	1,0	13	1,1	4	0,8
Tumeurs malignes de l'ovaire	6	0,4	0	0,0	6	1,2
Tumeurs malignes de la vessie	3	0,2	2	0,2	1	0,2
Tumeurs malignes du rein	6	0,4	3	0,3	3	0,6
Tumeurs malignes de la peau	1	0,1	0	0,0	1	0,2
Autres tumeurs malignes	88	5,3	57	5,0	31	6,0
Autres tumeurs	28	1,7	19	1,7	9	1,7
Maladies cardio-vasculaires	**303**	**18,3**	**208**	**18,2**	**95**	**18,4**
Cardiopathies ischémiques	99	6,0	73	6,4	26	5,0
Maladies cérébrovasculaires	81	4,9	56	4,9	25	4,8
Autres maladies cardiovasculaires	123	7,4	79	6,9	44	8,5
Causes externes de blessures et d'empoisonnements	**251**	**15,1**	**192**	**16,8**	**59**	**11,4**
Accidents de transport	64	3,9	53	4,6	11	2,1
Autres accidents	82	4,9	65	5,7	17	3,3
Suicides	79	4,8	56	17,0	23	4,4
Maladies de l'appareil digestif	**123**	**7,4**	**85**	**7,4**	**38**	**7,4**
Maladies chroniques du foie et cirrhoses	79	4,8	59	5,2	20	3,9
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	**83**	**5,0**	**49**	**4,3**	**34**	**6,6**
Diabète	59	3,6	32	2,8	27	5,2
Infections dont l'origine se situe dans la période périnatale	**74**	**4,5**	**42**	**3,7**	**32**	**6,2**
Maladies du système nerveux et organes des sens	**63**	**3,8**	**42**	**3,7**	**21**	**4,1**
Symptômes et états morbides mal définis	**60**	**3,6**	**46**	**4,0**	**14**	**2,7**
Troubles mentaux	**96**	**5,8**	**84**	**7,3**	**12**	**2,3**
Abus d'alcool	83	5,0	75	6,6	8	1,5
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	**28**	**1,7**	**16**	**1,4**	**12**	**2,3**
Maladies de l'appareil respiratoire	**58**	**3,5**	**47**	**4,1**	**11**	**2,1**
Pneumonie, grippe	19	1,1	15	1,3	4	0,8
Asthme	12	0,7	8	0,7	4	0,8
Maladies infectieuses	**38**	**2,3**	**28**	**2,4**	**10**	**1,9**
Maladies de l'appareil génito-urinaire	**16**	**1,0**	**9**	**0,8**	**7**	**1,4**
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et des tissus conjonctifs	**7**	**0,4**	**2**	**0,2**	**5**	**1,0**
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	**8**	**0,5**	**4**	**0,3**	**4**	**0,8**
Complications de grossesse, accouchements et puerpéralité	**4**	**0,2**	**0**	**0,0**	**4**	**0,8**
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**	**0**	**0,0**
TOTAL	**1 660**	**100,0**	**1 143**	**100,0**	**517**	**100,0**

Sources : FNORS base SCORE-santé, INSERM CépiDc

Principales causes de mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire : alcool, suicides, maladies du foie et accidents de la circulation

Au sein de la mortalité prématurée, un sous-ensemble de causes de décès a été constitué : la « mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire » dénommée ici plus simplement « mortalité prématurée évitable ». Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque. Les causes de décès évitables comprennent :

- les causes liées à un abus d'alcool, à savoir les psychoses alcooliques et alcoolisme : 20% des décès prématurés évitables chez les hommes et 10% chez les femmes ;
- les suicides : 15% des décès évitables chez les hommes contre 30% chez les femmes ;
- les maladies chroniques du foie, y compris les cirrhoses : 16% chez les hommes et 26% chez les femmes ;
- les accidents de la circulation : 14% des décès prématurés évitables, sans différence entre les sexes ;
- les tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon : 15% des décès masculins, quasiment le double de la part observée chez les femmes ;
- les cancers de l'œsophage (9% des décès masculins) ;
- les cancers de voies aéro-digestives supérieures (VADS), représentant 8% des décès prématurés évitables chez les hommes ;
- les chutes accidentelles (4% des décès prématurés évitables) ;
- le sida qui ne représente que 1% des décès prématurés.

La hiérarchisation des causes de décès évitables varie ainsi sensiblement selon le sexe.

Le nombre de décès correspondant à la mortalité prématurée évitable est de 455 décès, soit plus d'un quart des décès prématurés. Ce nombre enregistre une tendance à la baisse, diminuant de 11% en 10 ans (passant de 514 en 1995 à 480 en 2000 et 455 en 2005). La baisse s'observe de manière plus significative chez les femmes (-21% contre -9% chez les hommes).

Entre 1995 et 2005, les diminutions les plus importantes chez les hommes s'observent pour le sida, les accidents de la circulation et les suicides (respectivement -73%, -32% et -28% depuis 1995). En revanche, le cancer du poumon, celui de l'œsophage et les maladies chroniques du foie sont en nette progression. Pour cette même décennie, chez les femmes, le sida, les causes liées à l'alcool, et les maladies chroniques du foie sont en nette régression (respectivement -86%, -60% et 33%). A l'inverse, la part des cancers s'accroît, plus particulièrement le cancer du poumon dont la part a plus que triplé dans la mortalité évitable féminine.

Tableau 17 – Causes médicales de décès prématurés évitables à La Réunion, selon le sexe en 2005

	2005						1995					
	Ensemble		Hommes		Femmes		Ensemble		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abus d'alcool	83	18,2	75	19,8	8	10,4	118	23,0	98	23,5	20	20,6
Suicides	79	17,4	56	14,8	23	29,9	95	18,5	78	18,7	17	17,5
Maladies chroniques du foie et cirrhoses	79	17,4	59	15,6	20	26,0	75	14,6	45	10,8	30	30,9
Accidents de transport	64	14,1	53	14,0	11	14,3	90	17,5	78	18,7	12	12,4
Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	61	13,4	55	14,6	6	7,8	39	7,6	37	8,9	2	2,1
Tumeurs malignes de l'oesophage	33	7,3	32	8,5	1	1,3	24	4,7	22	5,3	2	2,1
Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale, et du pharynx	31	6,8	29	7,7	2	2,6	26	5,1	25	6,0	1	1,0
Chutes accidentelles	20	4,4	15	4,0	5	6,5	25	4,9	19	4,6	6	6,2
Sida et infections par le VIH	5	1,1	4	1,1	1	1,3	22	4,3	15	3,6	7	7,2
TOTAL	**455**	**100,0**	**378**	**100,0**	**77**	**100,0**	**514**	**100,0**	**417**	**100,0**	**97**	**100,0**

Source : FNORS base SCORE-santé, INSERM CépiDc

Principales causes d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) : diabète, maladies cardiovasculaires, tumeurs

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique dont le traitement est long et coûteux. La liste comporte 30 affections et est révisée régulièrement. La connaissance du nombre de malades nouvellement admis en ALD pour une année donnée permet donc d'approcher l'incidence de ces pathologies chroniques coûteuses en population générale.

En 2006 près de 11 000 personnes ont été nouvellement prises en charge pour affection de longue durée. Les quatre motifs de nouvelle admission les plus fréquents sont les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, trouble du rythme, valvulopathies chroniques, accident vasculaire cérébral) pour un total de 4 114 nouveaux cas, le diabète (3 006 cas), les tumeurs malignes (1 371 cas), les pathologies psychiatriques (affections psychiatriques de longue durée, maladie d'Alzheimer et autres démences) totalisant 865 nouvelles admissions en ALD. Viennent ensuite les insuffisances respiratoires chroniques graves (282 admissions), les insuffisances rénales (264), les maladies actives du foie et cirrhoses (158), devant l'ensemble des maladies ostéo-articulaires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, scolioses graves, soit 137 nouvelles ALD). La maladie de Parkinson représente près de 80 nouvelles admissions en 2006.

Depuis 2000, on note une augmentation continue du nombre global d'ALD annuellement délivrées, avec une forte progression entre 2003 et 2004 (+30% alors que les augmentations annuelles étaient de l'ordre de 10% les années précédentes). Les facteurs explicatifs de cette croissance sont variables selon les pathologies : augmentation de nouveaux cas (épidémiologie ou dépistage plus performant), augmentation de la propension à demander une ALD, impact des modifications réglementaires ou des critères d'admission dans la définition des ALD (par exemple abaissement du seuil du taux de glycémie définissant le diabète), impact du vieillissement de la population.
En particulier, pour les insuffisances rénales, les insuffisances respiratoires, et les accidents vasculaires cérébraux, le nombre de nouveaux cas augmente régulièrement depuis 2000 ; les cancers dans une moindre mesure. L'hypertension artérielle sévère et le diabète sont également des motifs d'admission qui ont connu une forte progression entre 2000 et 2004 (malgré des fléchissements observés respectivement en 2005 et 2001).
Depuis 2004, on observe une nouvelle tendance à la baisse du nombre de nouvelles admissions en ALD : soit une diminution de -15% sur l'ensemble des ALD sur ces 2 années (2004-2006). Cette baisse se répercute sur plusieurs motifs d'admission (-23% pour les maladies chroniques du foie, -37% pour les infections à VIH, -15% pour le diabète, …)

Tableau 18 – Nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD 30) à La Réunion entre 2000 et 2004

	2000	2001	2002 (1)	2003	2004 (2)	2005	2006
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	229	298	351	419	528	457	452
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	10	10	5	9	17	12	16
3. Artériopathies chroniques et évolutives (y.c coronariennes) avec manifestations cliniques ischémiques (3)	401	446					
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (3)			256	215	336	272	311
4. Bilharziose compliquée	0	0	0	0	0	0	0
5. Cardiopathies congénitales mal tolérées, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave (4)	270	342					
5. Insuf. Cardiaque, tr. Du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (4)			372	437	570	519	511
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	101	129	137	204	206	193	158
7. Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	42	50	49	55	60	56	38
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2 (5)	2 308	2270	2 371	2724	3 577	3 346	3 006
9. Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave (6)	205	203	249	257	367	272	288
10. Hémoglobinopathies homozygotes (7)	10	11					
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. Constitutionnelles et acquises sévères (7)			18	5	14	11	11
11. Hémophilies (8)	6	4					
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (8)			6	8	25	22	29
12. Hypertension artérielle sévère	1 105	1 286	1 636	1546	2 461	1 978	2 210
13. Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois (9)	67	53					
13. Maladie coronaire (9)			373	496	660	653	630
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	208	245	291	319	412	329	282
15. Lèpre (10)	10	3	3	6			
15. Maladies d'Alzheimer et autres démences (10)					248	248	197
16. Maladie de Parkinson	55	49	62	61	72	80	75
17. Maladies métaboliques héréditaires	13	11	12	19	53	44	34
18. Mucoviscidose	6	7	10	17	12	16	10
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	88	120	153	204	274	265	264
20. Paraplégie	30	27	35	43	53	41	28
21. PAN*, LEAD*, sclérodermie généralisée	42	52	55	77	58	66	56
22. Polyarthrite rhumatoïde	52	78	71	94	116	121	96
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale (11)	735	788	825	925			
23. Affections psychiatriques de longue durée (11)					922	672	668
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	36	48	33	55	67	62	56
25. Sclérose en plaques (12)	5	11	5	7	8	9	11
26. Scoliose structurale évolutive	14	17	6	11	15	6	11
27. Spondylarthrite ankylosante grave	30	25	19	22	38	33	30
28. Suites de transplantation d'organe (13)	1	2	6	4	11	7	5
29. Tuberculose active, lèpre (14)	68	62	70	45			
29. Tuberculose active (14)					58	50	36
30. Tumeur maligne	1 130	1 325	1 256	1 457	1 508	1 435	1 371
- ald30 non ventilées	43	44	26	40	2		
TOTAL	**7 320**	**8 016**	**8 761**	**9 781**	**12 748**	**11 275**	**10 891**

Sources : CNAMTS, RSI, MSA Exploitation FNORS

(1) En avril 2002, modification de la liste des affections de longue durée (décret 2002 – 594 du 22 avril 2002)
(2) En octobre 2004, modification de la liste des affections de longue durée (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004)
(3) En 2002, les insuffisances coronariennes et cardiopathies ischémiques ont été exclues des artériopathies chroniques pour être regroupées dans le libellé « maladie coronaire (ALD 13) (décret 2002 – 594 du 22 avril 2002)
(4) En 2002, les troubles graves du rythme ont été intégrés dans le libellé « Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves) (décret 2002 – 594 du 22 avril 2002)
(5) En 1999, le critère biologique pour le diagnostic du diabète a été modifié (« constatation à deux reprises d'une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/l » contre 1,40g/l auparavant)
(6) A partir de décembre 1999, l'épilepsie grave a été intégrée dans le libellé « forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathies), épilepsie grave » (décret 1999-1035 du 6 décembre 1999)
(7) En 2002, les hémolyses ont été intégrées dans le libellé « Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères » (décret 2002 – 594 du 22 avril 2002)
(8) En 2002, les affections constitutionnelles de l'hémostase graves ont été intégrées dans le libellé « Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase grave » (décret 2002 – 594 du 22 avril 2002)
(9) En 2002, le libellé « Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois » a été remplacé par le libellé « maladie coronaire » (décret 2002–594 du 22 avril 2002)
(10) En 2004, le mot lèpre est remplacé par les mots « maladie d'Alzheimer et autres démences » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004)
(11) Toutes les formes de démences entraient dab=ns ce cadre, notamment la maladie d'Alzheimer jusqu'en 2004. En octobre 2004, la « maladie d'Alzheimer et autres démences » ont été regroupées dans l'ALD 15. A cette date, les mots « psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale » sont remplacés par les mots affections psychiatriques de longue durée » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004)
(12) En 1996, l'introduction du traitement par interféron-bêta (thérapeutique innovante et très coûteuse) dans la sclérose en plaques a entraîné des demandes plus précoces et plus nombreuses d'admissions en ALD 30.
(13) Les transplantations d'organes, font dans la plupart des cas, déjà l'objet d'une ALD pour une affection initiale (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique grave, …)
(14) En 2004, après les mots « tuberculose active » est ajouté le mot lèpre (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004)

* PAN : Périartérite noueuse, LEAD : lupus érythémateux aigu disséminé

Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier

Dans les services hospitaliers de soins de courte durée publics et privés, à La Réunion, ce sont les enfants de moins de 1 an, les hommes à partir de 45 ans et les femmes à partir de 55 ans qui présentent les risques d'hospitalisation les plus élevés en 2004. Hormis les moins de 1 an, le recours hospitalier élevé est plus précoce dans notre région qu'au niveau national, de 10 ans environ, et ce quel que soit le sexe (en métropole, c'est respectivement à partir de 55 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes que les risques d'hospitalisation sont plus élevés).

La fréquentation hospitalière est majoritairement féminine en 2004 (227 séjours pour 1 000 femmes contre 173 pour 1 000 hommes contre respectivement 269 et 242 en métropole pour la même année). Mais en excluant les séjours pour accouchement normal, le taux brut d'hospitalisation des hommes est plus élevé que celui des femmes (173‰ contre 158‰).

L'hospitalisation des personnes de moins de 25 ans représente en 2004 un plus d'un quart des séjours (28%) dans les services hospitaliers de courte durée. Si l'on exclut les enfants de moins de 1 an, le taux de recours à l'hôpital des enfants et jeunes de moins de 25 ans est nettement plus faible que celui des autres tranches d'âge, tout particulièrement pour les 5-14 ans. Avec un taux de recours hospitalier de 378 pour 1 000 en 2004, la fréquentation hospitalière des enfants de moins de 1 an, se situe bien en dessus de la moyenne qui est de 200‰ mais elle reste inférieure à celle des personnes de plus de 65 ans (453‰ chez les 65-74 ans, 580‰ chez les 75-84 ans et plus de 560‰ chez les 85 ans et plus).

Ces constats sont comparables à ceux observés en métropole, même si le recours aux soins hospitaliers est plus précoce sur l'île.

Tableau 19 – Répartition des séjours annuels dans les services de soins de courte durée MCO selon la pathologie traitée, l'âge et le sexe du patient en 2004

	Total		Moins de 25 ans		25-64 ans		65 ans et +	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses et parasitaires	2,0	1,1	3,6	2,1	1,6	0,6	1,2	1,2
Tumeurs	5,5	4,8	2,0	1,5	6,2	6,1	8,3	6,1
Mal. sang et certains trbls immunitaires	0,8	0,7	1,0	0,9	0,6	0,6	0,8	1,1
Mal. endoc., nutrition. et métaboliques	3,2	3,6	1,7	1,7	3,8	3,9	3,9	5,7
Troubles mentaux	3,0	1,3	1,5	1,3	4,3	1,1	1,6	1,7
Maladies du système nerveux	3,5	2,0	2,2	1,3	4,2	2,0	3,6	3,1
Maladies de l'oeil et de ses annexes	4,4	4,4	2,0	1,0	3,8	3,0	9,4	14,8
Maladies oreille et apophyse mastoïde	1,3	0,9	3,0	1,7	0,8	0,7	0,1	0,2
Maladies de l'appareil circulatoire	8,7	5,5	0,9	0,5	9,3	4,3	17,8	17,8
Maladies de l'appareil respiratoire	8,5	5,1	17,1	10,5	3,7	1,9	9,2	7,1
Maladies de l'appareil digestif	11,1	7,9	11,0	9,9	12,2	7,1	8,2	7,3
Mal.peau et tissu cellulaire sous-cutané	2,3	1,5	2,9	1,9	2,5	1,5	1,1	0,9
Mal.syst.ostéo-artic.,muscles,tissu conj	4,6	2,6	3,7	1,7	6,1	3,0	2,0	2,7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	6,7	6,5	6,1	3,7	6,7	8,1	7,7	5,6
Grossesse et accouchement	0,0	30,1	0,0	37,4	0,0	35,3	0,0	0,0
Certaines affections d'origine périnat.	1,6	1,0	5,8	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Symptômes,signes,résult. anormaux n.c.a.	7,4	5,7	7,2	5,9	6,7	4,5	9,2	9,7
Lésions traumatiques et empoisonnements	11,2	5,1	16,3	6,2	10,6	4,2	5,5	5,9
Autres motifs de recours aux soins	13,2	9,8	9,0	6,0	16,6	12,0	10,3	9,1
TOTAL TOUTES CAUSES	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Source : Bases nationales PMSI - DREES

Inégalités sociales de santé

Malgré l'amélioration des conditions de vie mais aussi au progrès des prises en charge médicales, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France. L'INSERM a mené un important travail à ce sujet ; un chapitre du rapport 2002 du Haut Comité de la Santé Publique y est également consacré. Ce dernier soulignait que, si les inégalités sociales de santé (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) sont constatées dans tous les pays à des degrés divers, « elles demeurent [dans notre pays] plus importantes que dans la plupart des autres pays européens et, pour certains indicateurs de santé, se sont aggravées au cours des dernières décennies, y compris dans des domaines prioritairement investis par des politiques de santé publique ». La DREES a également publié de nombreuses études sur cette question des disparités sociales (voir publications en ligne).
De nombreuses recherches se sont attachées à en identifier les facteurs explicatifs. Plusieurs hypothèses ont été ainsi avancées (les conditions de vie, y compris de travail, les modes de vie et comportements à risque, le rôle du système de santé et de soins, …). Mais aucune d'entre elles ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène qui est à l'évidence une résultante de causalités combinées.

Il n'en reste pas mois important d'en suivre les évolutions au moyen d'indicateurs synthétiques.
L'impact des politiques publiques, tant de réduction des inégalités de niveau de vie ou d'éducation que d'accès au système de santé et de soin, pourra ainsi être suivi à moyen et long terme à l'aide de ces données chiffrées.
Définir des indicateurs de mesure des inégalités sociales en matière de santé suppose d'une part de déterminer les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution, et d'autre part d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs a été un élément déterminant de leur choix.

Concernant les champs de santé pertinents, le rapport de définition des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique a retenu :

- des indicateurs synthétiques de santé :
    - santé perçue, santé fonctionnelle et de maladies chroniques déclarées ;
    - espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale. Ce seuil de 35 ans correspond à l'âge où les variables actuellement utilisées pour la caractérisation des groupes sociaux sont « stabilisées » pour la majorité de la population : les études sont en général terminées et la vie professionnelle initiée.
- des indicateurs de santé portant sur la survenue ou la gravité des problèmes de santé spécifiques qui ont été construits pour chacun des objectifs correspondants (voir fiches thématiques de ce rapport) ;
- des indicateurs de comportements (nutrition, consommation d'alcool, de tabac, …) traités également avec les objectifs thématiques correspondants ;
- et enfin des indicateurs d'accès aux soins : les personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle et renoncement aux soins.

Concernant les critères sociaux, deux variables de stratification ont été choisies :

- la répartition de la population en 6 catégories selon la classification « professions et catégories sociales » - PCS – qui est le plus souvent utilisée en France ;
- la répartition de la population selon le niveau d'études en quatre catégories (primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur).

Ces 2 variables ont été choisies également pour permettre les comparaisons européennes. Cependant, l'interprétation et le suivi de ces indicateurs devront toutefois prendre en compte certaines limites structurelles et fonctionnelles liées notamment aux définitions, à l'évolution de l'organisation sociale et par conséquent à l'évolution et la pertinence de ces variables sociales dans le temps.

A La Réunion, nous ne disposons pas d'indicateurs synthétiques de l'état de santé perçu comme cela est le cas au niveau national par l'intermédiaire d'enquêtes nationales déclaratives. Cette absence d'indicateurs empêche un volet de l'analyse des disparités sociales en matière de santé.
En revanche, des indicateurs sont disponibles au niveau de l'accès aux soins et aux renoncements aux soins.

Indicateurs d'accès aux soins : les problèmes financiers persistent et sont encore susceptibles de limiter le recours aux soins.

Selon l'enquête réalisée conjointement par l'IRTS et l'ORS sur la couverture maladie universelle à La Réunion, le quart des personnes interrogées a renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête.
Cet indicateur a vocation d'être suivi dans le temps mais nous ne disposons pas de données comparables antérieures (étant donné notamment la mise en œuvre récente du dispositif de la CMU).

Les renoncements aux soins sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux dont le reste à charge est le plus important. Ainsi, les soins négligés concernent les soins et prothèses dentaires (66%), les soins optiques (32%) et les consultations auprès des spécialistes (de l'ordre de 30%).
L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal de renoncement aux soins : 9% des bénéficiaires de la CMU complémentaire ont renoncé à des soins contre 42% des bénéficiaires de la CMU (protégé ou pas par une mutuelle).

De plus, près d'un tiers des bénéficiaires considèrent qu'il reste encore des soins qu'ils ne peuvent toujours pas effectuer ; les personnes sans protection complémentaire sont encore les plus pénalisées. Les raisons avancées pour justifier de cette privation de soins sont majoritairement financières.
La privation porte toujours sur les mêmes actes onéreux que sont la santé bucco-dentaire (66%), les soins optiques (38%) et les consultations auprès des spécialistes (21%).
Les soins inaccessibles sont variables selon la catégorie de bénéficiaires :
- les bénéficiaires de la CMU expriment surtout leurs difficultés pour accéder aux soins onéreux comme l'optique et les consultations auprès des spécialistes.
- en revanche, les bénéficiaires de la CMU Complémentaire évoquent davantage des soins qui relèvent du « confort » ou du « mieux-être ». Les soins cités portent sur des cures d'amaigrissement, de thalassothérapie, consultations auprès de nutritionniste, la kinésithérapie, la chirurgie esthétique.

Par comparaison, au plan national, près de 7 bénéficiaires interrogés sur 10 indiquent qu'il est plus facile de se faire soigner du point de vue financier. Mais parallèlement, 27% des bénéficiaires ont dû avancer de l'argent ou payer en plus du tarif CMU et 30% signalent qu'il y a encore des soins qu'ils ne peuvent pas effectuer en raison du reste à charge qui demeure trop important. Comme ici, les types de soins les plus souvent cités sont les prothèses dentaires et l'optique.

Objectifs par thème

Comment lire les fiches ?

Le numéro associé à chaque fiche est celui de l'objectif correspondant au sein du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique. Certains objectifs n'ayant pas fait l'objet d'évaluation dans ce rapport 2007, la numération n'est pas continue.

***Un encadré contextuel** restitue les enjeux principaux de chaque objectif en termes de santé publique et donne les informations utiles à la compréhension de la fiche. Les encadrés sont fournis par le rapport national sur l'état de santé de la population en France, rapport 2007, réalisé par la DREES.*

***Les indicateurs de suivi de l'objectif** retenus par le comité de pilotage à partir du rapport de juillet 2005 sont, lorsqu'ils ont pu donner lieu à l'évaluation, commentés sur la page de gauche. Leur libellé apparaît en caractères gras.*
Les indicateurs fournis pour La Réunion ont été, le plus systématiquement possible, mis en regard des données nationales : données métropolitaines ou données relatives à l'ensemble du territoire français, selon la mesure de leur disponibilité. La question des disparités territoriales (régionales principalement) a été prise en compte en fonction de la disponibilité des données.
*Lorsque cela était possible, des décompositions des indicateurs par **classes d'âge** ont été produites.*
Les taux sont présentés sous forme brute et/ou standardisée (l'âge et le sexe) pour tenir compte des effets de strucure de population. Pour le calcul des taux standardisés, la structure de population prise en référence est la population européenne (publiée par Eurostat).

*Une **synthèse** de la fiche permet de retenir l'essentiel sur le sujet.*

*En regard, sur la page de droite, **des tableaux et graphiques** illustrent les données. Ils sont accompagnés d'un **encadré méthodologique** sommaire qui précise les caractéristiques de l'enquête ou de la base de données d'où les chiffres sont issus, les modes de construction et de calcul des indicateurs retenus ainsi que les limites et les biais à prendre en compte pour l'interprétation des résultats. Quelques références bibliographiques sont également proposées dans cet encadré mais elles ne visent pas à l'exhaustivité sur le sujet. Ont été ainsi privilégiées les publications les plus récentes et les plus synthétiques.*

Alcool – Consommation annuelle moyenne par habitant

Objectif 1 **Diminuer de 20% la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant**

Dans la loi de Santé Publique, la valeur de référence en 1999 et l'objectif à atteindre étaient exprimés en litres d'alcool pur rapportés à l'ensemble de la population. La loi de Santé Publique préconise de diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20% (passer de 14,4 litres d'alcool pur par habitant en 1999 à 11,5 litres d'alcool pur par an par habitant en 2008). Après concertations nationales, il a été jugé préférable de rapporter les volumes d'alcool à la population des 15 ans et plus, celle qui est effectivement concernée par la consommation d'alcool. Le choix de cette population de référence entraîne une hausse du niveau de l'indicateur initialement annoncé. Au niveau régional, nous avons également retenu cet indicateur afin d'harmoniser les données et permettre les comparaisons avec la métropole. L'objectif national devra être décliné au niveau régional.

■ Consommation annuelle d'alcool en litres d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus

En 2007, la consommation d'alcool à La Réunion pouvait être estimée à 10,5 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus. Ce volume annuel est l'équivalent de 2 à 3 verres d'alcool standard par jour et par habitant de 15 ans ou plus. La consommation annuelle estimée d'alcool des Réunionnais est inférieure de plus d'un litre à celle de leurs homologues métropolitains (11,9 litres par habitant en métropole en 2006).

Depuis les années 70, la consommation d'alcool pur par habitant a fortement diminué à La Réunion, plus tardivement qu'en métropole (baisse amorcée au début des années 60). Elle s'est ensuite stabilisée entre 1995 et 2005, oscillant entre 11 et 12 litres, sans tendance précise, contrairement à la situation métropolitaine où on observe une évolution régulière à la baisse de cet indicateur. En 2006, cette consommation annuelle estimée d'alcool pur diminue pour atteindre son niveau le plus bas observé depuis une dizaine d'années (environ 10 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans). Elle a diminué de 1,1 litre par rapport à 1999, soit une baisse de 10% sur 7 ans (-12% par rapport à 2005).
Malgré un léger rebond en 2007, les niveaux de consommation observés ces 2 dernières années, s'ils se confirment, s'inscrivent dans l'objectif de réduction de la consommation adopté dans la Loi de Santé Publique. Décliné régionalement, cet objectif correspond à une réduction de 2,3 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus. Par conséquent, en maintenant l'objectif national au niveau régional, on vise d'ici 2008, une consommation annuelle de 9,1 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus à La Réunion (Graphique 1).

La diminution observée en 2006 provient majoritairement de la baisse de la consommation d'alcools forts (-0,8 litres depuis 1999, -0,4 pour le vin et +0,1 pour la bière). La diminution de la consommation des alcools forts est essentiellement imputable à la baisse progressive de la consommation de rhum dans l'île : -0,6 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus entre 1999 et 2006, expliquant ainsi près de 60% de la diminution de la consommation totale.

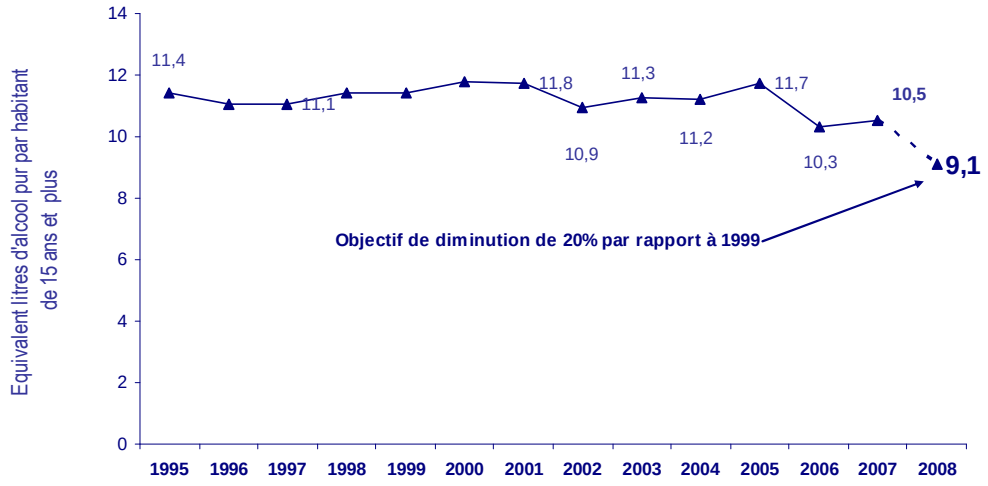
L'évolution de la consommation annuelle diffère selon les types de boissons. Le vin, après des phases successives d'augmentation et de stabilisation, connaît une tendance à la baisse de sa consommation annuelle (en litre d'alcool pur). La consommation d'alcools forts, autres que le rhum, chute en 2006 après une relative tendance à la hausse depuis 1995. Et la consommation de rhum poursuit sa tendance à la baisse en faveur de la progression de la consommation de bière. La fin de la prééminence du rhum est clairement affichée : la part du rhum dans l'ensemble des boissons alcoolisées déclarées mises à la consommation est ainsi passée de 70% dans les années 1950 à environ 50% dans les années 70-80 et à peine plus d'un quart en 2006. Ainsi, en 2006, les parts des différents types d'alcool dans la consommation annuelle totale d'alcool pur par habitant apparaissent plus ou moins équilibrées (Graphique 2).

Synthèse

La consommation annuelle estimée d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus a diminué de 8% entre 1999 et 2007. Cette diminution s'inscrit dans une tendance très récente (chute en 2005, variations irrégulières entre 1999 et 2005) et provient essentiellement de la baisse des alcools forts et du rhum en particulier.
La consommation annuelle d'alcool par habitant de 15 ans ou plus dans la région est inférieure à celle observée au niveau national où on observe une tendance de long terme à la baisse.

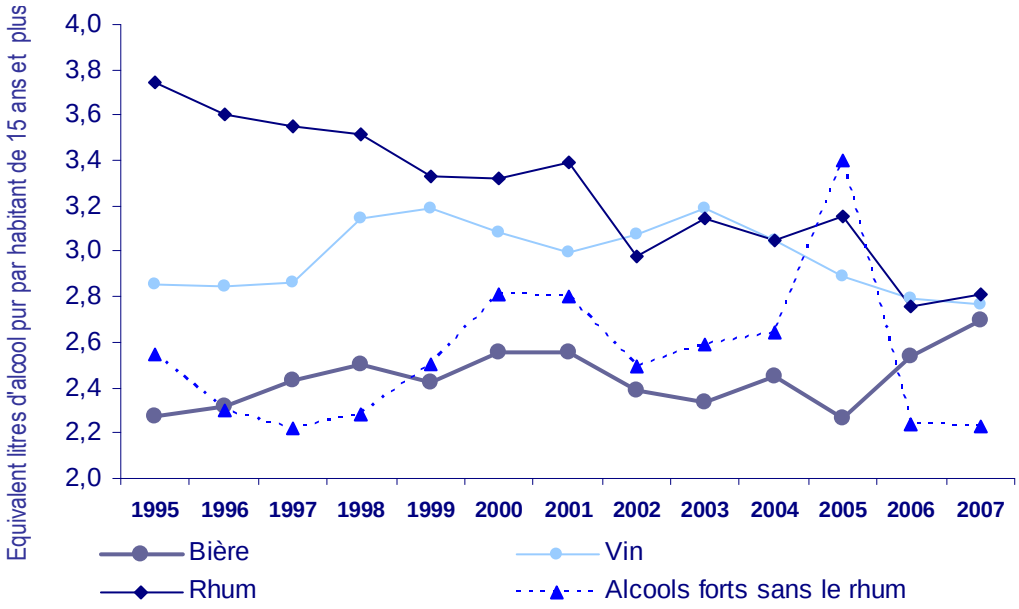
[1] Un verre d'alcool standard contient 10 grammes d'alcool pur.

Graphique 1 – Consommation d'alcool par litre d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus, à La Réunion



Sources : Direction Régionale des Douanes et Droits indirects, INSEE Réunion

Graphique 2 – Consommation d'alcool par litre d'alcool pur par habitant selon le type de boisson, à La Réunion



Sources : Direction Régionale des Douanes et Droits indirects, INSEE Réunion

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 15 ans ou plus.

SOURCES : Données démographiques – INSEE Réunion. Production d'alcool - Direction Régionale des Douanes et Droits Indirects, DRDDI. Importations d'alcool - Direction Générale des Douanes et Droits Indirects, DGDDI.

MODE DE CONSTRUCTION : Cet indicateur estime les quantités d'alcool pur mises à la consommation à La Réunion. Il correspond à la somme de la production locale destinée au marché local et des importations d'alcool sur l'île.

LIMITES ET BIAIS : Cet indicateur est construit à partir des statistiques fiscales. La quantité d'alcool soumise à taxation constitue un indicateur approché de la consommation moyenne de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire, y compris les touristes.

REFERENCES :

- *Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies* : www.ofdt.fr
- *Alcool et santé en France, état des lieux*. InVS, BEH, n°34/35, 12 septembre 2006, p. 251-266 ; http://www.invs.sante.fr/beh/2006/34_35/beh_34_35_2006.pdf.
- *Série statistique sur l'évolution de la consommation d'alcool*. OFDT, http://www.ofdt.fr/BDD_Ien/seristat/00014.xhtml
- *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte*. OFDT, Tendances n° 48, mai 2006 ; http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend48.html
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 72-73.
- *Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation*. Danielle Besson. INSEE Première, n° 966, mai 2004. http://www.insee.fr/fr/ppp/publications/collect_doc.asp?coll=1&paru=1&avis=1&pres=1
- *World drinks trends 2005*. World advertising research center. Ed. Commission for distilled spirits, 2005, 84p.

Objectif 2

Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

Les indicateurs portant sur la prévalence de la consommation d'alcool à risque que la loi de Santé Publique a pour objectif de réduire, ainsi que l'installation dans la dépendance sont issus d'enquêtes déclaratives en population générale.
Le premier indicateur est l'usage déclaré d'alcool au cours de la vie, au cours de l'année, au cours de la dernière semaine. Ces 3 questions permettent de classer les usagers selon qu'ils soient expérimentateurs, usagers actuels ou réguliers.
Le deuxième indicateur porte sur la fréquence des épisodes d'ivresse déclarés au cours de l'année. En effet, les ivresses répétées sont fortement corrélées à la consommation pluri-hebdomadaire. Boire de l'alcool deux fois par semaine et/ou avoir connu au moins 3 ivresses au cours des 12 derniers mois constituent des indicateurs globaux de consommation répétée d'alcool, souvent utilisés dans les travaux relatifs à cette thématique.
Il est également possible de repérer, à partir des enquêtes en population générale, les individus ayant des difficultés avec leur consommation d'alcool grâce au test DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool). Ce test se compose de quatre questions : "Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boisson alcoolique ?" ; "Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?" ; "Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?" ; " Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?". A partir de deux réponses positives, la possibilité d'une consommation excessive ou d'une éventuelle alcoolodépendance passée ou présente est jugée élevée.
En ce qui concerne la consommation des adolescents, les indicateurs existants portent sur l'expérimentation, l'usage régulier, ou encore l'ivresse régulière notamment. Mais les usages réguliers ou excessifs d'alcool chez les jeunes restent des comportements atypiques.

■ Prévalences déclarées des consommations d'alcool en population générale

Usage déclaré

En population générale adulte, en 2003, plus de 4 Réunionnais sur 5 (83%) déclarent avoir consommé au moins une fois une boisson alcoolisée au cours de leur vie (87% chez les hommes contre 80% chez les femmes), ce qui représente environ 450 000 personnes. Cette prévalence est relativement stable par rapport à 1999 (81%). La proportion d'abstinents (17%) est supérieure dans notre région par rapport à la moyenne nationale (7%) (Tableau 1).

Usage actuel

La proportion de buveurs actuels est moindre puisque 7 personnes sur 10 (69%) déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, soient environ 370 000 Réunionnais concernés. Et un peu plus d'un tiers des personnes de 15 à 75 ans (37%) déclare avoir consommé de l'alcool au cours des 7 derniers jours. D'ailleurs, la plupart de ces buveurs réguliers en a consommé lors du dernier week-end précédant l'enquête. Les hommes s'avèrent nettement plus consommateurs que les femmes : ils sont en effet près de 2 fois plus nombreux à se déclarer des usagers réguliers (48 % vs 26 %) et 74 % d'entre eux déclarent une consommation actuelle (au cours de 12 derniers mois) contre 64% des femmes. A l'inverse, les femmes se déclarent plus souvent abstinentes que les hommes (20% contre 13%)

La boisson alcoolisée la plus couramment consommée reste le vin (53%) devant la bière (38%) et les alcools forts (respectivement 21% pour le rhum et 37% pour les autres alcools forts). L'enquête locale a dissocié le rhum des autres alcools forts étant donné le poids considérable qu'occupe cet alcool sur l'île.

La hiérarchie des alcools consommés diffère selon le sexe et l'âge. Chez les femmes, la consommation d'alcool se porte essentiellement sur le vin (49% des 15-75 ans), le rhum représentant une part minoritaire des femmes (10%). Les hommes, quant à eux, consomment davantage de bières (58%) juste devant le vin (57%) ; la part des alcools forts étant également très élevée (33% des hommes ont consommé du rhum au cours des 12 derniers mois et 47% ont bu d'autres alcools forts dans l'année).

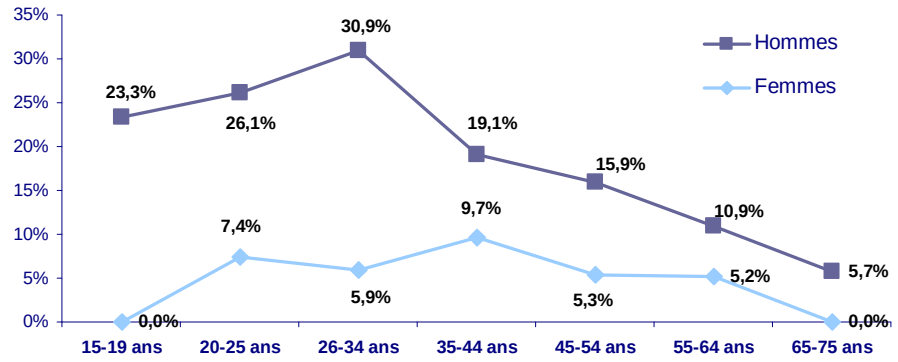
Les comportements locaux en termes de consommation sont également très différents de ceux métropolitains. Ainsi, en métropole, les préférences de consommation s'orientent très largement vers le vin (81% des 18-75 ans), devant les alcools forts (58%) et la bière (54%).

Tableau 1 – Prévalence de la consommation d'alcool* en population générale à La Réunion et en métropole

	Réunion**				Métropole***
	Hommes	Femmes	Ens.	1999	
Consommation au cours de la vie	87%	80%	83%	81%	93%
Etat d'ivresse au cours des 12 derniers mois	21%	6%	15%	15%	15%

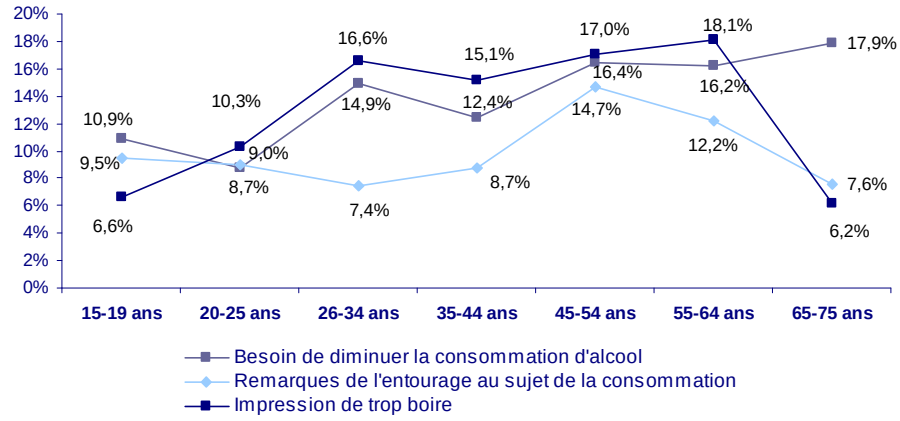
* pourcentage de personnes déclarant avoir déjà bu au moins une boisson alcoolisée au cours de la vie
** proportions chez les Réunionnais de 15 à 75 ans *** Proportions de métropolitains de 18 à 75 ans
Sources : Baromètre santé 2003 à La Réunion – DRASS Réunion, Baromètre santé 2005 - INPES

Graphique 1 – Proportions de personnes ayant connu au moins un état d'ivresse au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge, à La Réunion



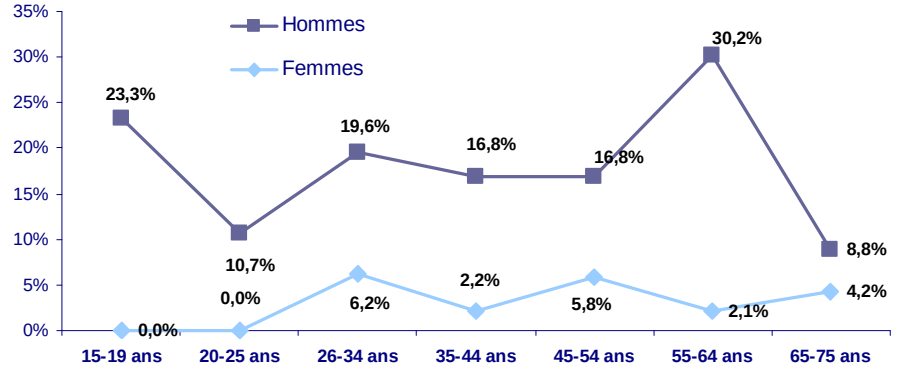
Sources : Baromètre santé 2003 à La Réunion – DRASS Réunion, Département de La Réunion, CGSS

Graphique 2 – Prévalences des perceptions des consommateurs sur leur propre consommation d'alcool, à La Réunion



Sources : Baromètre santé 2003 à La Réunion - DRASS, Département de La Réunion, CGSS

Graphique 3 – Prévalences du profil d'alcoolisation à risque* selon le sexe et l'âge, à La Réunion



* Prévalence basé sur le test DETA (c'est-à-dire prévalences des personnes ayant un test DETA positif)
Sources : Baromètre santé 2003 à La Réunion - DRASS, Département de La Réunion, CGSS

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 15 à 75 ans.

SOURCES : Enquête Santé 2003 sur la toxicomanie, co-financée par la DRASS, le Département et la CGSS, et mis en œuvre par l'Institut Louis Harris. En 2003, l'enquête a porté sur un échantillon de 1 000 Réunionnais âgés de 15 à 75 ans.

METHODOLOGIE : Cette enquête téléphonique déclarative réalisée à l'aide du dispositif CATI utilise la technique du sondage aléatoire. Elle interroge les Réunionnais sur leurs habitudes de consommation en matière de toxicomanie. Le mode de tirage est dit à 2 degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin de constituer un échantillon stratifié de ménages (la génération de numéros permet le tirage de numéros sur liste rouge ou orange). Il est procédé ensuite au tirage aléatoire, à probabilités égales, d'un individu à l'intérieur même du ménage (parmi les individus éligibles du ménage, de 15 à 75 ans).

LIMITES ET PRECISION DE L'INDICATEUR : Pour les questions d'usage et d'ivresse déclarés, de nombreux travaux méthodologiques suggèrent que la sous-déclaration des fréquences et des volumes de consommation est importante dans les enquêtes déclaratives, mais diminue avec la distinction des différents types d'alcool.
Pour le test DETA qui définit un profil d'alcoolisation à risque s'il est positif, l'intérêt est surtout de pouvoir suivre l'évolution depuis une décennie. En effet, ses qualités sont plutôt moyennes en termes de spécificité et de sensibilité. Sa limite la plus importante est sans doute de porter sur la vie entière, ce qui en fait une mesure de stock incluant des individus qui ne sont plus concernés par l'usage d'alcool à risque d'abus ou de dépendance. Par ailleurs, les résultats du test DETA peuvent être très différents de ceux relatifs à l'usage déclaré d'alcool puisque le test DETA mesure un comportement survenu même de façon exceptionnelle, sur la vie, et qui donne de ce fait une place importante aux consommateurs occasionnels.

REFERENCES :

- *Baromètre santé 2003.* DRASS, Département de La Réunion, CGSS, Institut Louis Harris, décembre 2003, 80p.
- *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du Baromètre santé 2005.* F. Beck, S. Legleye, S. Spilka, *et al.* Tendances n°48, 2006, 6 p.
- Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies : http://www.ofdt.fr/
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 74-79.

Définitions

Test DETA : Il comporte 4 questions indirectes sur les comportements face à l'alcool permettant le repérage des usagers à risque d'abus ou de dépendance d'alcool. Il s'agit des questions suivantes : « Au cours de la vie …

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà eu l'impression de boire trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Les consommateurs sont identifiés comme ayant des problèmes avec l'alcool quand le test DETA est positif, c'est-à-dire quand ils ont répondu positivement à au moins deux des quatre questions.

Usage excessif

En 2003, 15% des personnes de 15 à 75 ans disent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois. Ces comportements sont restés stables entre 1999 et 2003. L'ivresse au cours de l'année s'avère presque quatre fois plus fréquente parmi les hommes (21%) que parmi les femmes (6%) et décroît significativement avec l'âge à partir de 20 ans. Les états d'ivresse sont plus souvent déclarés chez les personnes en situation de chômage (22% des chômeurs contre 13% des actifs).
Pour ceux qui déclarent avoir été ivres dans l'année, le nombre moyen d'ivresses est de 5,0 avec là encore une nette prédominance masculine (5,7 chez les hommes et 2,3 chez les femmes).
Les comportements locaux observés se rapprochent sensiblement de ceux métropolitains.

Usage problématique

Parmi les personnes ayant déjà consommé de l'alcool :

- plus d'une sur dix (14%) a déjà ressenti le besoin de diminuer sa consommation (environ 60 000 personnes) ;
- plus d'une sur dix (14%) a déjà eu l'impression de trop boire (également 60 000 personnes concernées) ;
- une sur dix a déjà eu des remarques de son entourage sur sa consommation ;
- moins de 1% (0,8%) des consommateurs d'alcool signalent par contre avoir déjà eu besoin d'alcool le matin pour se sentir en forme.

Ces perceptions individuelles sur sa propre consommation sont 3 à 4 fois plus fréquentes chez les hommes que les femmes.
Ainsi, en 2003, environ 11% des personnes de 15 à 75 ans, ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, peuvent être considérés comme ayant, ou ayant eu, un usage problématique d'alcool (risque d'alcoolodépendance). Cette population à risque d'addiction à l'alcool représente 10% des personnes de 15 à 75ans ayant déjà consommé de l'alcool au cours de leur vie et 8% de l'ensemble de la population réunionnaise de cette tranche d'âge.
Cette proportion est restée relativement stable entre 1999 et 2003 (13% vs 11%). L'indication d'un tel usage problématique apparaît nettement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (18% vs 3%) et varie sensiblement avec l'âge : elle est maximale entre 55 et 64 ans (30%) pour chuter à moins de 10% chez les 65-75 ans. Avant 55 ans, la proportion de personnes à risque d'alcoolisation chronique oscille entre 10 et 20% environ.

■ Prévalences déclarées des consommations d'alcool chez les jeunes

A 17 ans, l'alcool est de très loin la substance psychoactive la plus consommée au cours des 30 derniers jours. En effet, 6 jeunes de cet âge sur 10 (56%) en déclarent au moins un usage au cours de cette période : 52% des filles contre 60% des garçons. Ce décalage garçons/filles s'accentue dès lors que le niveau de consommation s'élève. Ainsi, près de trois fois plus de garçons que de jeunes filles (6 % contre 2 %) déclarent un usage régulier, soit dix consommations au cours du dernier mois. Les usages quotidiens semblent inexistants à l'adolescence.

Le classement des boissons en fonction du nombre de leurs consommateurs au cours du mois diffère entre les garçons et les filles. Les garçons déclarent le plus souvent avoir bu des alcools forts et de la bière (respectivement 36 et 35%). Ces deux types de boissons alcoolisées sont d'ailleurs consommés plus fréquemment par les garçons. Les filles, quant à elles, outre les alcools forts, déclarent pour plus d'une sur cinq, avoir consommé dans les 30 derniers jours des prémix et du champagne, ce dernier alcool étant consommé plus souvent par les filles que par les garçons.

Le comportement d'alcoolisation, qui correspond au « binge drinking », désignant une alcoolisation ponctuelle clairement supérieure aux recommandations de l'OMS, s'avère plus masculin : plus de 3 garçons sur 10 déclarent un tel épisode (à savoir avoir bu au moins 5 verres en une même occasion) au moins une fois dans les 30 derniers jours (vs 18% des filles).

Quatre jeunes de 17 ans sur 10 (41%) déclarent avoir déjà été ivres au cours de leur vie, près d'un tiers (31%) au cours des douze derniers mois et un sur dix (9%) au moins 3 fois au cours de cette période (ivresses répétées). L'ivresse régulière (au moins 10 ivresses alcooliques au cours des 12 derniers mois) est rare (seuls 3% des jeunes Réunionnais). Comme la consommation d'alcool, l'ivresse s'avère très masculine : le sex ratio garçons/filles atteint 1,7 pour l'ivresse au cours de la vie, 1,9 pour l'ivresse au cours de l'année, 3,5 l'ivresse répétée et 5,0 pour l'ivresse régulière (au moins dix épisodes au cours de l'année). L'âge moyen de la première ivresse alcoolique est de 16 ans, sans différence entre les sexes.

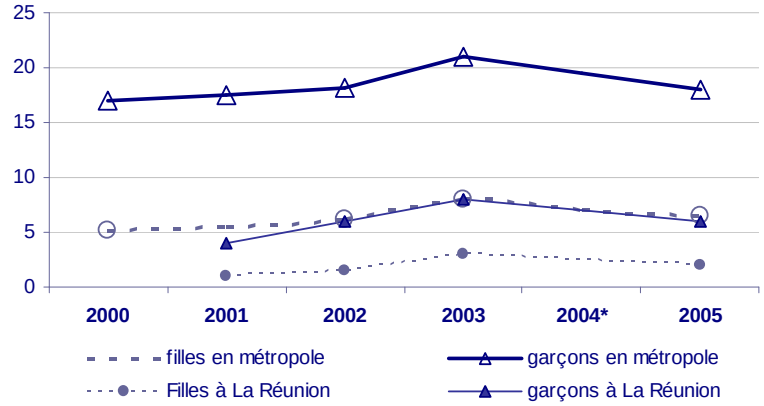
Il n'y a pas d'évolution significative concernant les usages d'alcool entre les résultats d'ESCAPAD de 2003 et ceux de 2005, même si les usages d'alcool dans notre région semblent vouloir s'infléchir légèrement chez les jeunes Réunionnais.
En comparaison avec la métropole, les jeunes Réunionnais semblent plus épargnés par les phénomènes d'alcoolisation. Ainsi, les usages d'alcool, quels que soient la fréquence et le type d'alcool déclaré (à l'exception du rhum), apparaissent beaucoup moins élevés dans notre région : l'usage régulier et les ivresses répétées sont 3 fois plus fréquents en métropole. Le constat est le même pour le « binge drinking » qui concerne 2 fois plus de jeunes en métropole qu'à La Réunion. Cette situation se retrouve d'ailleurs dans la quasi-totalité des départements et collectivités d'outre-mer.

Tableau 2 – Usages d'alcool parmi les jeunes de 17-18 ans de La Réunion en 2005 (en %)

	Réunion				Métropole		
	garçons	filles	Ens.	Ens. 2003	garçons	filles	Ens.
Expérimentation	87	86	87	90	93	91	92
Usage au cours du mois	60	52	56	59	82	75	79
Usage régulier	6	2	4	5	18	6	12
Usage quotidien	0	0	0	0	2	0	1
Ivresse au cours de la vie	51	30	41	44	63	50	57
Ivresse répétée	14	4	9	10	33	18	26
Ivresse régulière	5	1	3	3	14	5	10

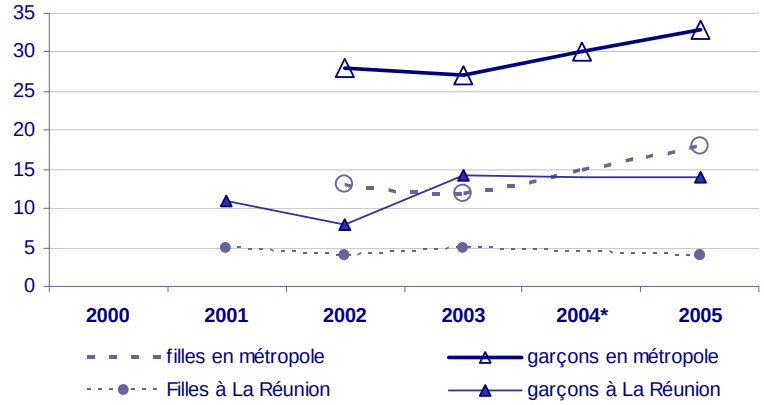
Sources : OFDT, Enquête ESCAPAD 2005 – DRASS Réunion

Graphique 4 – Evolution de l'usage régulier d'alcool chez les jeunes de 17-18 ans à La Réunion selon le sexe, depuis 2000



Sources : OFDT, Enquêtes ESCAPAD 2000 à 2005 – DRASS Réunion

Graphique 5 – Evolution des ivresses répétées chez les jeunes de 17-18 ans à La Réunion selon le sexe depuis 2001



Sources : OFDT, ESCAPAD 2000 à 2005 – DRASS Réunion

CHAMP : France entière, les jeunes âgés de 17-18 ans résidant en France, de nationalité Française ou ayant fait la demande naturalisation.

SOURCES : L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD) est réalisée lors de la Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD) qui remplace le Service National depuis 2000. Cette enquête est étendue au DOM depuis 2001.

METHODOLOGIE : Cette enquête par questionnaire auto-administré est annuelle depuis 2000. L'échantillon consiste à tirer deux journées au hasard et à interroger exhaustivement tous les jeunes présents ces jours. Entre 15 000 et 20 000 jeunes sont interrogés annuellement.

LIMITES ET PRECISION DE L'INDICATEUR : L'ivresse déclarée est une notion moins factuelle que l'usage, l'indicateur d'ivresse régulière ou répétée est donc surtout intéressant en tendance. La question du nombre d'ivresse au cours des 12 derniers mois n'a été introduite qu'en 2001. La définition des indicateurs comporte une part d'arbitraire dans le choix du seuil de fréquence et dans le choix de leur appellation. Ces choix s'appuient sur des normes européennes ; les termes « répété » ou « régulier » sont des appellations utilisées par l'OFDT dans ses enquêtes depuis 2000, ils évoquent plus une notion d'habitude opposée au terme « occasionnel ».

REFERENCES :

- *Les consommations de produits psychoactifs des jeunes de 17 et 18 ans à La Réunion en 2005. F.* Beck, S. Legleye, O. Le Nezet, S. Spilka. DRASS, service études et statistiques, Infos Réunion, n°3, mars 2007 ; 8p.
- *Les drogues à 17 ans Evolutions, contextes d'usage et prises de risque. Résultats de l'enquête nationale Escapad 2005.* F. Beck, S. Legleye, S. Spilka. OFDT, Tendances n°49, 2006, 4 p.
- Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies : http://www.ofdt.fr/
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 74-79.

Définitions

Expérimentation : désigne le fait de déclarer avoir déjà pris un produit au cours de sa vie, quel que soit le nombre de consommations.
Usage actuel : désigne l'usage au cours des 12 derniers mois.
Usage régulier : désigne le fait de déclarer avoir pris au moins dix fois un produit au cours des trente derniers jours.
Usage quotidien : désigne le fait d'avoir pris un produit quotidiennement au cours des trente derniers jours.
Ivresse au cours de la vie : désigne le fait d'avoir été ivre au moins une fois au cours de la vie.
Ivresse répétée : désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois.
Ivresse régulière : désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins dix fois durant les douze derniers mois.

■ Indicateurs complémentaires, de morbidité et de mortalité liées à l'alcool

Alcool au volant

Le phénomène de l'alcool au volant pèse lourd dans l'accidentologie routière de notre région. En 2007, 115 accidents sont survenus dans un contexte d'alcoolémie positive (15% de l'ensemble des accidents corporels sur l'île), impliquant 188 victimes (17% de l'ensemble des victimes des accidents routiers). Malgré des rebonds observés en 2003 et 2006, le nombre d'accidents de la route où l'alcool est en cause suit une tendance globale à la baisse depuis 1999 (-32% entre 1999 et 2007). Le constat est le même en ce qui concerne les victimes des accidents avec alcool : une diminution tendancielle est observée entre 1999 et 2007 (-31%).

Malgré ces constats, l'alcool constitue un facteur aggravant des accidents routiers. Les résultants suivants traduisent cette gravité des accidents avec alcoolémie positive :

- Les personnes tuées et hospitalisées (respectivement 30 et 100 personnes) représentent plus des 2/3 des victimes (69% contre 40% pour l'ensemble des victimes, tous accidents confondus) ;
- La part des personnes tuées est multipliée par 2 lorsque l'alcool est mis en cause (16% des victimes des accidents avec alcool contre 7% de l'ensemble des victimes).
- 42% des personnes tuées sur les routes de l'île le sont à cause de l'alcool.

Par ailleurs, les usagers de moins de 25 ans sont particulièrement impliqués dans les accidents avec alcoolémie positive : ils représentent plus de 40% des victimes de ces accidents. Les hommes sont également les premiers concernés par les conduites sous l'emprise de l'alcool

Hospitalisations liées à l'alcool

En 2004, 2 700 séjours hospitaliers ont pour diagnostic principal une pathologie liée à l'alcool. Ces recours aux soins concernent essentiellement des hommes (79% des séjours) et des personnes entre 35 et 64 ans (74% des séjours). Les recours hospitaliers pour des pathologies liées à l'alcool sont ainsi près de 4 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (Sex ratio = 3,7).

Globalement, ces séjours suivent une tendance à la baisse (-5% par rapport à 1998), malgré un rebond observé en 2004. Le taux comparatif de recours souligne davantage cette baisse : il est passé de 5,10 recours pour 1 000 habitants en 1998 à 4,1 en 2004 (soit une diminution de 20%). Grâce à cette évolution, l'écart entre notre région et la métropole tend ainsi à se réduire même si le taux comparatif de recours reste largement plus élevé sur l'île (près de 1,4 fois supérieur en 2004).

Mortalité liée à l'alcool

Sur la période 2003-2005, 280 décès sont dus à l'alcool dans notre région : 99 décès par cirrhoses du foie, 94 par cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et 88 par psychoses alcooliques et alcoolisme. Après une tendance à la baisse dans les années 90, la mortalité par alcool enregistre un nouveau rebond depuis 2002. Cette évolution résulte de l'augmentation des décès chez les hommes alors que chez les femmes, le nombre de décès liés à l'alcool suit une tendance à la baisse.

La Réunion est caractérisée par une forte surmortalité masculine (5 fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes : 233 décès masculins contre 52 chez les femmes) et une forte mortalité prématurée : près des ¾ des décès liés à l'alcool surviennent avant 65 ans l'alcool. La mortalité liée à l'alcool décroît significativement avec l'âge : l'alcool est responsable de 16% des décès avant 65 ans contre 3% après cet âge.

La Réunion se trouve parmi les régions les plus à risques en terme de mortalité. Notre région se situe au 25ème rang parmi les 26 régions françaises (métropolitaines et outre-mer) : les taux comparatifs de mortalité étaient de 97 décès pour 100 000 hommes et de 21 décès pour 100 000 femmes sur la période 2001-2003 contre respectivement 57 et 13 en métropole.

Synthèse

On peut estimer entre 10 et 20% la proportion de personnes ayant des comportements d'alcoolisation à risque. Le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle ou chronique concerne de manière très nette les hommes et est maximal avant 65 ans.

Les usages à risques sont rares chez les jeunes, La Réunion apparaissant protégée par rapport à la métropole.

Malgré une consommation moindre à La Réunion qu'en métropole, notre région est marquée par une forte surmortalité et surmorbidité liée à la consommation excessive d'alcool, particulièrement chez les hommes avant 65 ans.

Tableau 3 – Evolution des accidents, victimes et tués, pour les accidents toutes causes confondues ou pour les accidents avec alcool depuis 1996 à La Réunion

Années	Nombre d'accidents			Nombre de victimes			Nombre de tués		
	ENS.	Avec alcool	Part alcool	ENS.	Avec alcool	Part alcool	ENS.	Avec alcool	Part alcool
1996	1 016	140	***14%***	1 482	246	***17%***	87	38	***44%***
1997	943	176	***19%***	1 378	262	***19%***	102	39	***38%***
1998	869	147	***17%***	1 192	229	***19%***	101	39	***39%***
1999	802	170	***21%***	1 187	271	***23%***	95	38	***40%***
2000	775	157	***20%***	1 107	264	***24%***	98	41	***42%***
2001	761	138	***18%***	1 075	217	***20%***	104	36	***35%***
2002	697	130	***19%***	1 047	219	***21%***	90	47	***52%***
2003	720	145	***20%***	1 038	239	***23%***	73	38	***52%***
2004	723	129	***18%***	1 027	209	***20%***	67	32	***48%***
2005	742	110	***15%***	1 041	182	***17%***	73	27	***37%***
2006	779	125	***16%***	1 101	215	***20%***	71	35	***49%***
2007	782	115	***15%***	1 083	188	***17%***	72	30	***42%***

Source : DDE Réunion

CHAMP : Ile de La Réunion, ensemble des accidents corporels survenus sur l'île, toutes causes confondues et accidents avec alcool.

SOURCES : Statistiques annuelles de la Direction Départementales de l'Equipement (DDE).

Définitions

Accidents « avec alcool » ou « avec alcoolémie positive » ou « où l'alcool est en cause » : accidents corporels dans lesquels un des impliqués a été contrôlé avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal de 0,5 grammes par litre de sang (ou 0,25 milligrammes par litre d'air expiré).
Victimes : tués + BH + BNH
* tués : décédés sur le coup ou dans les 30 jours
* BH : blessés hospitalisés (plus de 24h)
* BNH : blessés non hospitalisés (ou hospitalisés moins de 24h)

L'alcoolémie : teneur en alcool du sang, exprimée en grammes par litre. Le dépistage de l'alcoolémie se fait soit dans l'air expiré à l'aide d'un éthylotest soit dans le sang. Sa mesure précise s'effectue soit indirectement en analysant l'air expiré (éthylomètre), soit par une prise de sang s'il n'est pas possible de faire autrement (plus rare).

Tableau 4 – Evolution du nombre de séjours hospitaliers liés à l'alcool à La Réunion et en métropole, de 1998 à 2004.

	Ensemble psychoses alcooliques et alcoolisme			Cancers des VADS	Cirrhoses du foie	TOTAL alcool	Part alcool
	Intoxication aiguë due à l'alcool	*Alcool.chron., trbl mental dû alcool*	Total				
1998	*1 040*	*740*	1 780	312	747	2 839	2,1
1999	*1 125*	*746*	1 871	326	644	2 841	2,0
2000	*1 198*	*697*	1 895	370	595	2 860	2,0
2001	*1 161*	*622*	1 783	353	537	2 673	1,9
2002	*1 170*	*665*	1 835	321	414	2 570	1,7
2003	*1 015*	*659*	1 674	355	442	2 471	1,6
2004	*1 028*	*694*	1 722	352	627	2 701	1,8

Source : Base nationale PMSI - DREES

CHAMPS : Ile de La Réunion – France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES : Bases nationaesl PMSI pour les séjours hospitaliers - DHOS, ATIH, exploitation DREES. Données démographiques - INSEE.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :
- Morbidité hospitalière : Les données reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais cet indicateur ne prend en compte que le diagnostic principal. Ces diagnostics sont codés avec la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM10), qui comporte 21 chapitres.

Tableau 5 – Taux comparatifs de séjours hospitaliers liés à l'alcool à La Réunion et en métropole, en 1998 et 2004

	1998			2004			Evolution		
	Ens.	Hommes	Femmes	Ens.	Hommes	Femmes	Ens.	Hommes	Femmes
Réunion	5,10	8,21	2,21	4,07	6,67	1,71	-20%	-19%	-22%
Métropole	3,29	5,17	1,57	2,81	4,33	1,45	-15%	-16%	-8%

Sources : Bases nationales PMSI - DREES, données démographiques - INSEE

CHAMPS : Ile de La Réunion, population tous âges.

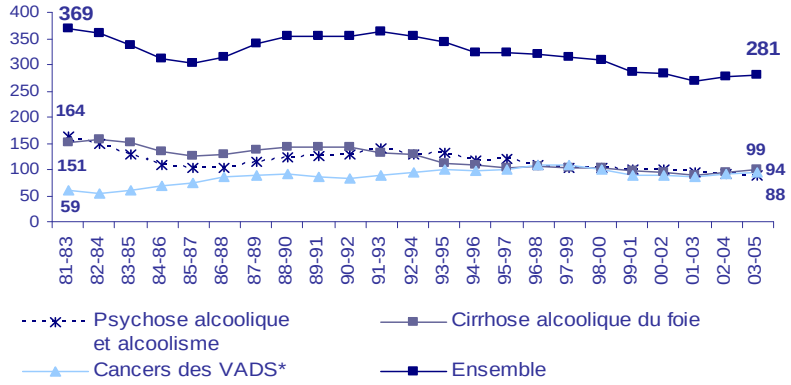
SOURCES : Causes médicales de décès – INSERM, CépiDC. Données démographiques - INSEE Réunion

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR
- Données de mortalité : Les données reposent sur l'exploitation des certificats de décès pour une meilleur connaissance des causes médicales de décès. Les certificats sont transmis au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc de l'Inserm, pour codage et analyse. Les causes médicales de décès sont codées avec la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM10), qui comporte 21 chapitres.

REFERENCES :

- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc de l'Inserm. http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/
- Ministère de la Santé, morbidité hospitalière, http://www.sante.gouv.fr/
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 74-79.
- *Tableaux de bord sur les addictions à La Réunion, édition 2007.* ORS de La Réunion, octobre 2007, 16p.

Graphique 6 – Evolution des décès directement liés à l'alcool à La Réunion depuis 1981



Source : INSERM CépiDC

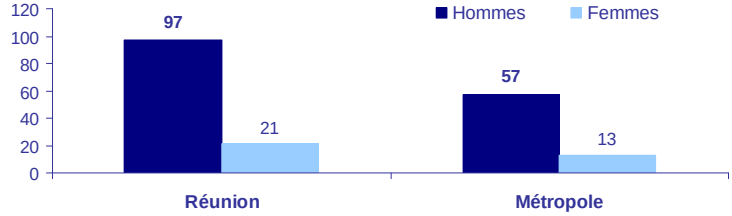
Définitions

Cancers des VADS (Voies Aéro-digestives supérieures) : cancers de la lèvre, de la bouche, du pharynx et de l'œsophage. Code CIM 10 : C00 à C14, C15.

Psychoses alcooliques et alcoolismes : *code CIM 10 :* F10.0, F10. , F10.1 à F10.9

Cirrhoses du foie : *code CIM 10 : K70, K73, K74*

Graphique 7 – Taux* comparatifs de mortalité liée à l'alcool à La Réunion et en métropole sur la période 2001-2003.



Sources : FNORS, INSERM CépiDC, INSEE Réunion *Taux pour 100 000 habitants.

Objectif 3 Abaisser la prévalence du tabagisme

Au niveau national, l'indicateur de prévalence du tabagisme quotidien, produit chaque année, est repris dans de nombreuses enquêtes déclaratives en population générale. La loi de santé publique prévoit d'abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici à 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence). Utilisé pour marquer la régularité de l'usage, cet indicateur est un standard au niveau international. Il est également complété par la prévalence des fumeurs selon la quantité de cigarettes fumées au quotidien
Au niveau régional, la disponibilité de cet indicateur n'est pas régulière. Les données sont issues de 2 enquêtes déclaratives en population générales réalisées en 1999/2000 et en 2003.
Parmi les populations vulnérables, les femmes enceintes retiennent une attention particulière, ce qui explique que le recours à un indicateur sur la prévalence du tabagisme au cours de la grossesse. Quant au tabagisme chez les jeunes, plusieurs paramètres sont pris en compte : le tabagisme quotidien, les âges moyens d'initiation et d'entrée dans l'usage régulier. En effet, la précocité de l'entrée dans l'usage est un facteur de risque majeur de persistance du tabagisme et de dépendance au tabac.

■ Prévalence déclarée des fumeurs (15-75 ans)

Des données un peu anciennes permettent de suivre l'évolution du tabagisme, dans la population des 15-75 ans, grâce aux données du « baromètre santé toxicomanie » réalisés à la demande de la DRASS, du Département et de la CGSS.
En 2003, l'usage de tabac, qu'il soit occasionnel ou régulier, concerne 20% des Réunionnais.
Cette consommation de tabac paraît en net recul depuis 2000 : une baisse de 8 points en 3 ans. Ce résultat reste vrai quel que soit le sexe, en particulier chez les hommes où la consommation de tabac est passée de 37 à 27%. Une forte baisse est également observée chez les jeunes, une des cibles prioritaires de la loi de Santé Publique et du PRSP 2006-2008 : la prévalence du tabagisme chez les jeunes femmes de 15-19 est passée de 21,9% à 6,4%.
Outre un recul général du tabagisme, la part des consommateurs quotidiens (au moins une cigarette par jour) parmi les fumeurs baisse : 25% en 1999/2000 contre 18% en 2003.
Une nette décroissance du tabagisme est également confirmée en métropole.

Le tabagisme est fortement lié aux caractéristiques socio-démographiques. La consommation masculine de tabac est supérieure à celle des femmes, à tous les âges. La consommation de tabac est maximale chez les jeunes de 20-25 ans, pour les hommes comme pour les femmes, et tend ensuite à décroître avec l'âge. On observe une baisse chez les femmes de 25-34 ans, probablement liée à la période de maternité. Les chômeurs apparaissent plus souvent fumeurs que les actifs occupés (34 contre 23%).

Concernant les quantités consommées, le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers a également diminué entre les 2 périodes d'enquête : il est passé de 14 en 2000 à 11 en 2003. Cette baisse traduit notamment la diminution, de moitié, du nombre de fumeurs réguliers ayant une consommation journalière entre 10 et 20 cigarettes (57% en 2000 et 29% en 2003).
La consommation quotidienne de cigarettes est très liée à l'âge : plus de petits consommateurs chez les jeunes de 15-25 ans et plus de gros fumeurs à partir de 45 ans.

L'âge moyen d'initiation au tabagisme est de 16 ans en 2003 ; l'entrée dans le tabagisme régulier survient 2 ans plus tard. Ainsi, tout se joue avant l'âge de 20 ans chez les hommes comme chez les femmes même si le tabagisme précoce semble un peu plus fréquent chez les hommes : 30% des hommes ont commencé à fumer avant l'âge de 15 ans contre 20% des femmes.

■ Nombre estimé de cigarettes vendues par jour et par habitant

Les ventes de cigarettes et autres produits du tabac connaissent une évolution lente depuis les chutes observées en 2001 puis 2003, suite à une fiscalité plus sévère (hausses successives du prix du paquet de cigarettes).
Nous assistons actuellement à une relative stabilisation du nombre de cigarettes mises à la consommation (issues de la production locale et des importations), avec des variations de l'ordre de 1 à 2 % chaque année.
En 2007, près de 830 millions de cigarettes ont été mises à la consommation dans notre région, soit une légère baisse de 1% par rapport à 2006. Les évolutions régionales sont comparables à celles observées en métropole.

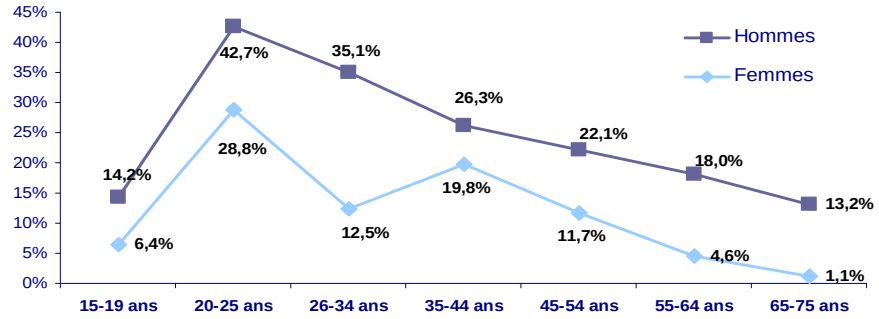
En 2007, 3,9 cigarettes ont été vendues en moyenne chaque par habitant de plus de 15 ans à La Réunion. La moyenne métropolitaine était quant à elle estimée à 3,2 en 2006.

Tableau 1 – Prévalence de la consommation de tabac* dans la population, à La Réunion et en métropole

	Réunion**		Métropole***	
	1999/2000	2003	2000	2003
Hommes	37%	27%	37%	33%
Femmes	19%	13%	32%	27%
Ensemble	28%	20%	33%	30%

* pourcentage de personnes déclarant fumer du tabac, que ce soit de manière régulière ou occasionnelle
** chez les 15-75 ans *** chez les 12-75 ans.
Sources : Baromètre Santé Réunion (1999/2000 et 2003), Baromètre Santé France (2000 et 2003)

Graphique 1 – Prévalence déclarée du tabagisme (occasionnel ou régulier) parmi les habitants de 15 ans et plus, à La Réunion, 2003



Sources : Baromètre Santé 2003 - DRASS, Département, CGSS

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 15 à 75 ans ; France métropolitaine, 12-75 ans.

SOURCES : « Baromètre Santé Réunion 1999/2000 » à la demande de la DRASS, « Baromètre santé 2003 » à la demande de la DRASS, du Département et de la CGSS.

METHODOLOGIE : Cette enquête téléphonique de type déclarative utilise la technique du sondage aléatoire. Elle interroge les personnes leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé et en particulier sur les drogues licites et illicites.
L'enquête a été réalisée par l'Institut Louis Harris à 2 reprises : en 1999/2000 et 2003. Elles se sont faites sous la forme d'interviews par téléphone.
Les échantillons ont été constitués selon un plan de sondage dit à 2 degrés :
- tirage au sort de ménages à partir d'une base de numéros de téléphones générés aléatoirement ;
- tirage au sort d'un individu parmi l'ensemble des personnes éligibles des ménages sélectionnés

LIMITES ET BIAIS : Ces résultats sont extraits de données déclaratives.
Le fumeur est la personne qui fume, même de temps en temps. Le fumeur occasionnel est la personne qui fume moins d'une cigarette par jour. Le fumeur régulier est la personne qui fume au moins une cigarette par jour.

REFERENCES :
- *Enquête sur les Toxicomanies en population générale à La Réunion*, « enquête baromètre santé Réunion ». DRASS ; 1999/2000, 117p.
- *Baromètre Santé 2003.* DRASS, Département, CGSS ; Décembre 2003, 80p.
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 80-89.

Tableau 2 – Répartition des fumeurs selon le nombre de cigarettes fumées parmi les personnes de 15 ans ou plus, La Réunion, en %

	15-25 ans	26-44 ans	45-75 ans	Ensemble	*Hommes*	*Femmes*
<1/jour	6,7	10,3	4,8	**8,1**	***6,7***	***11,0***
1-5 / jour	46,1	22,8	23,5	**30,3**	***35,2***	***20,6***
6-10 / jour	15,3	39,3	24,1	**28,7**	***25,0***	***36,1***
11-15 / jour	10,6	9,4	3,8	**8,7**	***8,5***	***9,1***
16-20 / jour	14,9	16,0	37,4	**19,8**	***18,1***	***23,2***
> 20 / jour	3,8	2,3	6,4	**3,6**	***5,4***	***0,0***
NR	2,6	0,0	0,0	**0,8**	***1,2***	***0,0***

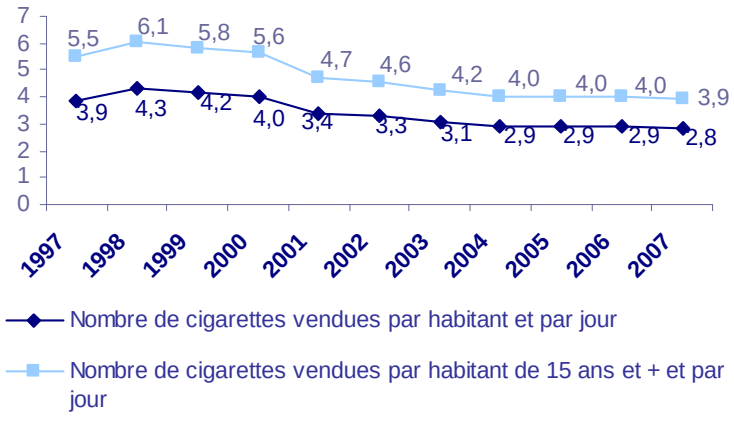
Sources : Direction Régionale des Douanes et Droits indirects, INSEE Réunion

Tableau 3 – Age d'initiation et d'entrée dans le tabagisme régulier, selon le sexe, La Réunion, 2003, en %

	Age d'initiation			Age d'entrée dans le tabagisme régulier		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Avant 15 ans	29,5	19,9	26,3	10,7	8,8	10,1
Entre 15 et 19 ans	55,6	63,3	58,2	57,3	54,5	56,3
Entre 20 et 24 ans	10,3	6,8	9,2	26,1	25,9	26,0
A 25 ans ou plus	0,5	4,2	1,7	4,3	8,6	5,7
Sans réponse			4,6	1,6	2,3	1,8

Source : Baromètre Santé 2003 - DRASS, Département, CGSS

Graphique 2 – Evolution du nombre estimé de cigarettes vendues quotidiennement par habitant, à La Réunion depuis 1997



Sources : DRDDI, SITAR, INSEE

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 15 à 75 ans.

SOURCES : Données démographiques - INSEE, Productions, importations et exportations de cigarettes - SITAR, Directions Régionales des Douanes et droits indirects, DRDDI.

MODE DE CONSTRUCTION : L'indicateur « consommation de tabac » correspond à la somme de la production locale de cigarettes destinée au marché local et des importations de cigarettes et autres produits du tabac.

LIMITES ET BIAIS :
Les indicateurs sont construits à partir de statistiques fiscales et de production. Ils permettent d'approcher la consommation de tabac de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire et des touristes.

REFERENCES :
- *Enquête sur les Toxicomanies en population générale à La Réunion*. DRASS, Enquête baromètre santé Réunion ; 1999/2000, 117p.
- *Baromètre Santé 2003.* DRASS, Département, CGSS ; Décembre 2003, 80p.
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 80-89.

■ Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes

Parmi les adolescents, 3 jeunes de 17-18 ans sur 5 (62 %) déclarent avoir déjà expérimenté le tabac, sans différence entre les sexes.
L'usage quotidien concerne 17% des jeunes réunionnais. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans a baissé de 24 à 18% entre 2003 et 2005, celui des garçons passant de 28% en 2003 à 18% en 2005. Cette baisse du tabagisme depuis 2003 rejoint celle observée en métropole ces dernières années.
Les hausses des prix ont été conséquentes et répétées ces dernières années ; elles participent d'autant plus à la baisse du tabagisme que les capacités financières de la plupart des jeunes sont limitées. Mais cette diminution s'inscrit dans un contexte de dénormalisation du tabac par une politique volontariste affichée notamment par le Département et la santé scolaire auprès des jeunes réunionnais.
Les niveaux d'usage du tabac à La Réunion s'avèrent bien moindre à ceux observés en métropole où le tabagisme quotidien atteint un tiers des jeunes métropolitains de 17-18, soit une prévalence multipliée par 2 dans l'hexagone.

Âge moyen d'entrée dans l'usage et dans le tabagisme quotidien à 18 ans

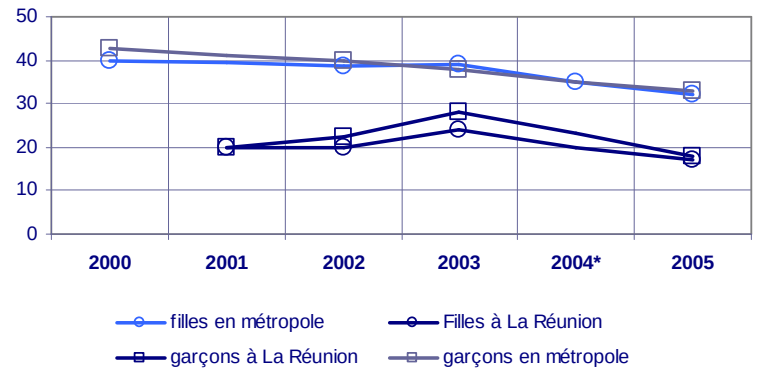
La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans le tabagisme quotidien sont des facteurs de risque très importants pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance.
À partir de l'enquête ESCAPAD, il est possible de mesurer qu'en 2005, en moyenne, les jeunes de 17-18 ans ont fumé leur première cigarette à 14,2 ans, les garçons 4 mois plus tôt que les filles (14,4 contre 14,0). L'âge d'entrée dans le tabagisme quotidien est 15,9 ans, là aussi sans différence significative entre les sexes.
Si l'âge de la première cigarette n'a pas évolué depuis 2003, l'âge d'entrée dans le tabagisme quotidien s'avère un peu plus tardif (15,3 en 2003).
Les jeunes réunionnais fument moins que leurs homologues métropolitains, et commencent à le faire presque un an tard en moyenne. L'entrée dans l'usage quotidien du tabac se fait également plus tardivement (14,7 ans en métropole).
A la fin des décennies 90 et au début des années 2000, La Réunion se situait dans un contexte de rattrapage des comportements par rapport à la métropole, avec des âges de début de consommation de plus en plus précoces et des taux plus élevés pour les jeunes générations. Il semblerait que ce phénomène soit, depuis 2003, inversé vers la baisse, sans doute à la suite de la hausse des prix, à l'identique de ce qui est observé en métropole.

■ Indicateurs complémentaires

Prévalence du tabagisme pendant la grossesse

En 2003, 8% des femmes déclaraient avoir fumé au moins une cigarette au cours du troisième trimestre de grossesse. Cette prévalence du tabagisme s'avère bien moindre que celle observée au niveau métropolitain (13%).
La prévention du tabagisme a fait des progrès depuis 1998. A l'échelon régional comme au niveau national, la proportion de femmes enceintes fumant au cours du 3ème trimestre de grossesse s'est bien infléchie : une part qui a diminué de 4 points à La Réunion. Cependant, la baisse enregistrée entre les deux périodes n'est pas significative.
En 2003, si 84 % des femmes qui fumaient entre 1 et 9 cigarettes par jour avant la grossesse, ont arrêté au 3e trimestre de grossesse, seulement 43% ont arrêté si la consommation de cigarette dépassait 9 cigarettes par jour.
Ces évolutions à la baisse sont à confirmer à partir de la prochaine enquête nationale « périnatalité » à l'horizon 2009.

Graphique 3 – Usage quotidien du tabac à l'adolescence (17-18 ans), évolution par sexe à La Réunion et en métropole depuis 2000



Sources : Enquêtes ESCAPAD (2000 à 2005)
* pas de données en 2004

CHAMP : Ile de La Réunion - France entière, les jeunes âgés de 17-18 ans résidant en France, de nationalité française ou ayant fait une demande de naturalisation.

SOURCES : l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD) est réalisée lors de la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) qui remplace le service national depuis 2000. Depuis 2001, cette enquête a été étendue aux DOM.

METHODOLOGIE : cette enquête auto-administrée est annuelle depuis 2000 en métropole. A La Réunion, elle a été réalisée depuis 2001 tous les ans, sauf en 2004. L'échantillon consiste à tirer deux journées au hasard et à interroger exhaustivement tous les présents ces jours. Entre 15 000 et 20 000 jeunes sont interrogés chaque année au niveau national. En 2005, plus de 900 jeunes ont été interrogés à La Réunion.

LIMITES ET BIAIS : L'âge d'entrée dans le tabagisme quotidien n'est pas forcément un événement aisément mémorisable.

REFERENCES :
- *Les consommations de produits psychoactifs des jeunes de 17 et 18 ans à La Réunion en 2005.* F. Beck, S. Legleye, O. Le Nezet, S. Spilka. OFDT, DRASS Réunion, Infos Réunion : Etudes et statistiques ; n°3, mars 2007, 8p.
- *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France: ESCAPAD 2003.* F. Beck, S. Legleye, S. Spilka. Rapport OFDT ; 2004, 251p.
- *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français: exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002-2003.* F. Beck, S. Legleye, S. Spilka. Rapport OFDT, Paris ; 2005, 224 p.
- *Les drogues à 17 ans, Évolutions, contextes d'usage et prises de risque.* S. Legleye, F. Beck, S. Stanislas, O. Le Nezet . OFDT, Tendances ; 2007, n° 49, 4p : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend49.html
- *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*. S. Legleye, F. Beck, S. Stanislas, O. Le Nezet. OFDT ; 2007, 77 p.
- *Le tabagisme des adolescents en France suite aux récentes hausses des prix*. S. Legleye, S. Spilka, F. Beck. BEH, n° 21-22, numéro spécial journée mondiale sans tabac, 30 mai 2006, pp.150-152.
- *Atlas régional Alcool*. F. Beck, S. Legleye, S. Spilka, O. Le Nezet. INPES-OFDT, INPES (à paraître) ; 2008. Données régionales en ligne sur le site OFDT: http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 80-89.

Tableau 4 – Part des femmes fumant au 3ème trimestre de leur grossesse, évolution depuis 1995 à La Réunion, en %

	Réunion			Métropole	
	1995	1998	2003	1998	2003
0	89,5	87,3	91,6	75,0	79,2
1-9	7,8	10,0	5,7	15,0	13,4
>9	2,8	2,7	2,7	10,0	
Part des fumeuses	10,6	12,7	8,4	25	13,4

Sources : Enquêtes nationales périnatales

CHAMP : France métropolitaine – Ile de La Réunion, mères de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance, à partir de toutes les naissances de tous les départements français.

SOURCES : Enquêtes nationales périnatales 1995-1998-2003 – INSERM, DREES, DRASS Réunion, PMI, Conseil Général.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : NUMERATEUR : Nombre de femmes qui déclarent avoir fumé au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre de leur grossesse. DENOMINATEUR : Nombre de femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête.

REFERENCES :
- *L'enquête nationale périnatale à La Réunion, évolution et comparaison avec la métropole*. DRASS, service études et statistiques, mars 2005, 16p.
- *Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998*. B. Blondel, K. Supernant, C. Mazaubrun, G. Breart. INSERM, DGS, DREES, Rapport; 2005.
- *Enquête nationale périnatale 2003, compléments de cadrage: les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources*. A. Vilain, C. de Peretti, J-B. Herbet. INSERM DGS-DREES, rapport ; 2005.
- *La situation périnatale en France en 2003*. A. Vilain, C. de Peretti, J-B. Herbet, B. Blondel. DREES, Études et Résultats ; 2005, n° 383.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 80-89.

Hospitalisations liées au tabac

En 2004, près de 3 800 hospitalisations ont pour diagnostic principal une pathologie liée au tabac dans notre région. Les cardiopathies ischémiques représentent les 2/3 de ces hospitalisations, devant les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (20%) et les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (14%).
Ces recours aux soins concernent majoritairement des hommes : dans 2 cas sur 3. Le sex ratio H/F est donc de 1,96 ; celui-ci n'a pas évolué depuis 1998. Ces hospitalisations sont nettement plus fréquentes à partir de 35 ans ; la tranche d'âge des 55-74 ans représente plus la moitié des recours.
Après une évolution à la hausse entre 1998 et 2002, le nombre d'hospitalisations liées au tabac tend à décroître depuis.
Cette tendance à la baisse est confirmée par le taux comparatif d'hospitalisation. Celui-ci est passé de 8,7 recours hospitaliers pour 1 000 habitants en 1998 à 8,0 en 2004.
Les taux réunionnais s'avèrent toujours supérieurs à ceux de la métropole. Le différentiel Réunion/métropole n'a pas évolué en 6 ans.

Mortalité liée au tabac

Sur la période 2003-2005, près de 600 décès sont dus au tabac dans notre région. Les cardiopathies ischémiques représentent la première cause de décès lié au tabac (55%), devant les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (25%), et les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives (20%).

Sur la période 2003-2005, le tabac reste la première cause de mortalité par cancer avec 150 décès annuels.
Les décès par tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon représentent 16% de l'ensemble des décès par tumeurs sur la période 2003-2005 : 22% chez les hommes et 6% chez les femmes.

Après une évolution à la baisse vers la fin des années 90, la mortalité par tabac renoue avec une tendance à la hausse depuis la période 2001-2003. L'augmentation des décès liés au tabac concerne les deux sexes mais la progression est plus nette chez les femmes (+27% entre 2001-2003 et 2003-2005 contre +5% chez les hommes). Les maladies de l'appareil respiratoire ont connu la plus forte progression sur la période (+25% par rapport à la période précédente 2002-2004).

La Réunion est caractérisée par une surmortalité masculine (près de 2 fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes : 371 décès masculins contre 226 chez les femmes). Les décès dues aux 3 pathologies directement liées au tabac augmentent fortement avec l'âge pour les deux sexes : plus de 15% des décès à partir de 45 ans.

La Réunion se classe parmi les régions françaises les plus à risques en termes de mortalité, derrière la région Nord-Pas-de-Calais. Sur la période 2001-2003, les taux comparatifs de mortalité étaient de 224 décès pour 100 000 hommes et de 84 décès pour 100 000 femmes contre respectivement 197 et 65 en métropole.

Synthèse

En population générale, comme chez les plus jeunes, on observe à La Réunion (comme en métropole) une tendance à la baisse de la consommation de cigarettes, sous l'impact notamment de la série de hausses fiscales. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est passé de 14 en 2000 à 11 en 2003.
Contrairement à ce que l'on observe en population adulte, il n'y a pas de différenciation entre les sexes chez les jeunes réunionnais de 17-18 ans : l'usage quotidien concerne autant les filles que les garçons (soit une prévalence de l'ordre de 18%). La Réunion s'avère moins concernée par le tabagisme quotidien chez les jeunes qu'en métropole. Des niveaux d'usage quasiment divisés par 2 dans notre région. Par ailleurs, l'âge d'initiation et celui d'entrée dans le tabagisme quotidien surviennent également plus tardivement chez les jeunes réunionnais. On n'observe plus actuellement de phénomène de rattrapage vis-à-vis de la situation métropolitaine. Cette tendance devra être confirmée par la prochaine enquête ESCAPAD.
Malgré ces évolutions de consommation à la baisse, La Réunion reste marquée par une mortalité liée au tabac préoccupante : plus de 600 décès attribuables au tabac sur l'île ; le tabac restant la première cause de décès par cancer. Le nombre de décès est même de nouveau en hausse depuis quelques années. L'évolution à la hausse concerne en particulier les femmes, en raison notamment du développement plus tardif du tabagisme chez les femmes (au cours des 40 dernières années).
La nouvelle législation en vigueur sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics devrait également impacter sur la volonté d'arrêter de fumer sans savoir pour l'instant dans quelles proportions.

Tableau 5 – Evolution du nombre de séjours hospitaliers liés au tabac à La Réunion et en métropole, de 1998 à 2004

Année	Cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	Cardiopathies ischémiques	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	TOTAL Tabac	TOTAL toutes causes	Part tabac
1998	231	2 146	963	3 340	137 299	2,4
1999	269	2 325	868	3 462	140 083	2,5
2000	267	2 284	847	3 398	140 956	2,4
2001	283	2 468	902	3 653	140 950	2,6
2002	482	2 760	935	4 177	149 259	2,8
2003	341	2 505	950	3 796	150 070	2,5
2004	514	2 519	760	3 793	152 744	2,5

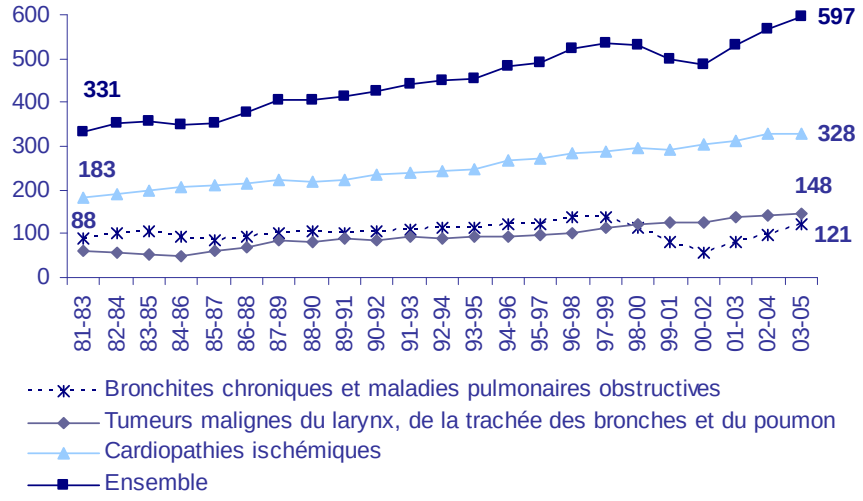
Source : Bases nationales PMSI - DREES

Tableau 6 – Taux comparatifs de séjours hospitaliers liés à l'alcool à La Réunion et en métropole, en 1998 et 2004

	1998			2004			Evolution		
	Ens.	Hommes	Femmes	Ens.	Hommes	Femmes	Ens.	Hommes	Femmes
Réunion	8,65	12,80	5,35	8,04	11,78	5,05	-7%	-8%	-6%
Métropole	7,39	12,00	3,62	6,90	10,98	3,54	-7%	-9%	-2%

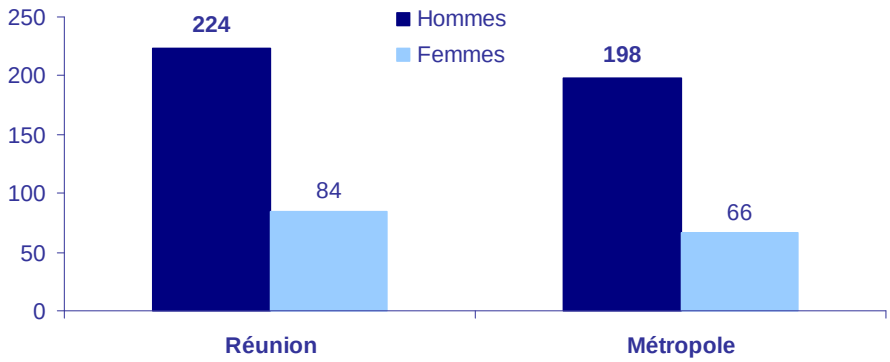
Source : Bases nationales PMSI- DREES, données démographiques - INSEE

Graphique 4 – Evolution des décès directement liés au tabac à La Réunion depuis 1981



Source : INSERM CépiDC

Graphique 5 – Taux* comparatifs de mortalité liée au tabac à La Réunion et en métropole sur la période 2001-2003.



Sources : FNORS Base SCORE-santé, INSERM CépiDC, INSEE

*Taux pour 100 000 habitants.

CHAMPS : Ile de La Réunion – France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - DHOS, ATIH, exploitation DREES. Données démographiques - INSEE.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Morbidité hospitalière : Les données reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais cet indicateur ne prend en compte que le diagnostic principal. Ces diagnostics sont codés avec la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM10), qui comporte 21 chapitres.

CHAMPS : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : Causes médicales de décès – INSERM CépiDC.Données démographiques – INSEE.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR
- Données de mortalité : Les données reposent sur l'exploitation des certificats de décès pour une meilleur connaissance des causes médicales de décès. Les certificats sont transmis au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc de l'Inserm, pour codage et analyse. Les causes médicales de décès sont codées avec la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM10), qui comporte 21 chapitres.

LIMITES ET BIAIS :

REFERENCES :

- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc de l'Inserm, http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/
- Ministère de la Santé, morbidité hospitalière, http://www.sante.gouv.fr/
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p80-89;
- *Tableaux de bord sur les addictions à La Réunion*, édition 2007, ORS de La Réunion, octobre 2007, 16p.

Définitions

Cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon : Code CIM 10 : C32-C34.

Cardiopathies ischémiques : affections cardiaques dues à un arrêt ou à une réduction de l'irrigation d'une partie du myocarde à la suite de lésions ou de malformations des artères coronaires. Code CIM 10 : I20-I25.

Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives : Code CIM 10 : J40-J44, J47.

Objectif 5 Réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes

La loi de Santé Publique prévoit de réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC> 25kg/m^2) chez les adultes, de passer de 42% en 2003 à 33% au niveau national (Objectif PNNS).

Cet objectif est identique à l'un des neuf objectifs prioritaires du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Il repose sur la description de l'évolution des fréquences de surpoids et de l'obésité, qui constituent, ensemble, la surcharge pondérale. Celle-ci correspond à un excès de masse grasse associée à un risque accru de morbidité et de mortalité. La surcharge pondérale est définie, selon les références de l'OMS, par un Indice de Masse Corporelle [IMC : poids (kg)/taille (m^2)] supérieur ou égal à 25, le surpoids correspondant à un IMC compris entre 25 et 30 et l'obésité à un IMC supérieur ou égal à 30. En 2003, d'après l'enquête ObEpi, au niveau national, 42% des adultes étaient en surcharge pondérale dont 11,3% obèses. Dans les enquêtes, le poids et la taille peuvent être mesurés ou déclarés par le sujet lui-même.

■ Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte

En général, en métropole comme dans notre région, les données anthropométriques (poids et taille) sont issues d'enquêtes déclaratives, c'est-à-dire que les sujets enquêtés déclarent eux-mêmes leur poids et leur taille. A La Réunion, les données disponibles grâce à l'enquête REDIA reposent sur des valeurs anthropométriques réelles (l'ensemble des participants à l'enquête ayant passé un examen comprenant différents dosages ou mesures réalisés par les enquêteurs). Selon cette enquête, réalisée entre 1999 et 2001, la prévalence de la surcharge pondérale en population adulte (30-69 ans) s'élevait à près de 50%, avec une prévalence de l'obésité de 15% (Tabelau 1 et Graphique 1). L'enquête RECONSAL, qui a suivi l'enquête REDIA et portant sur une population adulte de 18 ans et plus démontrait les mêmes prévalences élevées de surpoids et d'obésité (données déclarées majoritairement).

Des études plus anciennes sur le statut nutritionnel des Réunionnais, en particulier chez les enfants indiquaient davantage des problèmes de déficit pondéral [1]. Récemment, une étude rétrospective a été réalisée afin de connaître l'évolution de la corpulence des Réunionnais sur une longue période [2]. Ainsi, depuis 1972, il a été observé une forte augmentation des prévalences de surpoids et d'obésité chez les jeunes hommes réunionnais : soit des hausses respectives de 8,2% et de 2,9% sur la période observée (1972-1998). Sur l'ensemble de la période, la prévalence de la surcharge pondérale a été multipliée par 4,3 chez ces jeunes hommes réunionnais (appelés pour leur service militaire) jusqu'à atteindre 14,4% en 1998.

Cette étude souligne également que le passage progressif d'un problème dominant de maigreur à un problème de surcharge pondérale est caractéristique des pays en situation de transition épidémiologique et nutritionnelle. Cette évolution nutritionnelle est en effet concomitante à l'évolution alimentaire qu'a connue notre région. Une étude de l'évolution des disponibilités alimentaires depuis 1975 a en effet relevé l'augmentation de la part des lipides dans la ration, en particulier des graisses saturées, ainsi qu'une consommation excessive de sucres rapides. [3].

La population adulte réunionnaise est davantage concernée par les problèmes de poids qu'en métropole. L'enquête Obépi 2003 révélait des prévalences de l'ordre de 30% pour le surpoids et de 11% pour l'obésité au niveau national, contre respectivement 35 et 15% sur l'île (Graphique 2).

Dans les différentes études réalisées localement, on observe une différence nette entre les sexes : fréquence plus élevée du surpoids dans la population masculine : près de 40% contre 33% chez les femmes. En revanche, les prévalences de l'obésité sont sensiblement plus élevées chez les femmes, contrairement à ce qui est observé dans les différentes enquêtes nationales. Ainsi, les prévalences locales de l'obésité sont respectivement d'environ 10% chez les hommes et de 20% chez les femmes ; en métropole, elles avoisinent les 11% chez les hommes comme chez les femmes.

Les prévalences de l'obésité augmentent avec l'âge, et ce de manière très nette chez les femmes où le taux de prévalence passe de 14% chez les 30-39 ans à 20% chez les 40-49 ans jusqu'à 27% chez les 50-59 ans. En revanche, on observe un infléchissement de cette tendance à partir de 65 ans chez les hommes comme chez les femmes. Ces évolutions ne sont pas spécifiques à notre région. Les données métropolitaines de l'enquête Obépi révèlent les mêmes tendances (Tableau 2).

Synthèse

L'île de La Réunion ne fait pas exception à l'épidémie mondiale de l'obésité, considérée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme l'épidémie du siècle.

Les dernières études disponibles mettent en évidence des prévalences élevées de la surcharge pondérale et plus spécifiquement de l'obésité à La Réunion. Notre région semble même être davantage concernée que la métropole : une personne de 18 ans et + sur 2 serait atteint de surcharge pondérale contre 41% au niveau national (15% vs 11% pour l'obésité). Ces fréquences sont très liées aux conditions socio-démographiques.

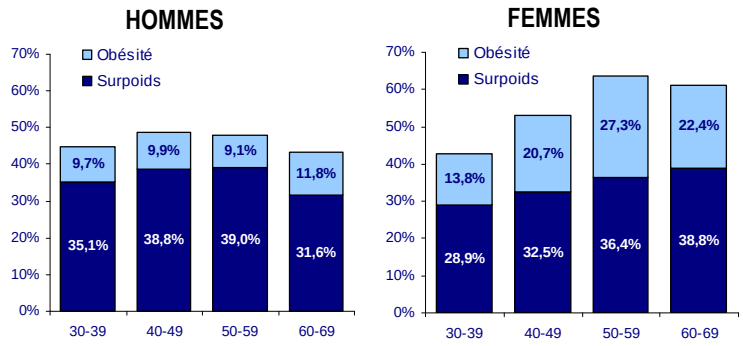
La Réunion a subi une évolution rapide des modes de vie qui définit un contexte propice à la prise de poids et par conséquent au développement de maladies liées à la nutrition : diabète et HTA notamment dont l'obésité est l'un des facteurs de risque bien identifiés. Le retentissement de l'obésité est ainsi important en terme de mortalité et de morbidité.

Tableau 1 – Fréquence de la surcharge pondérale en population adulte, en %

	Année de recueil	Hommes		Femmes	
		Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Enquête REDIA*	1999	36,5	9,9	32,6	19,3
Enquête RECONSAL**	1999/2001	38,7	7,7	32,8	20,2

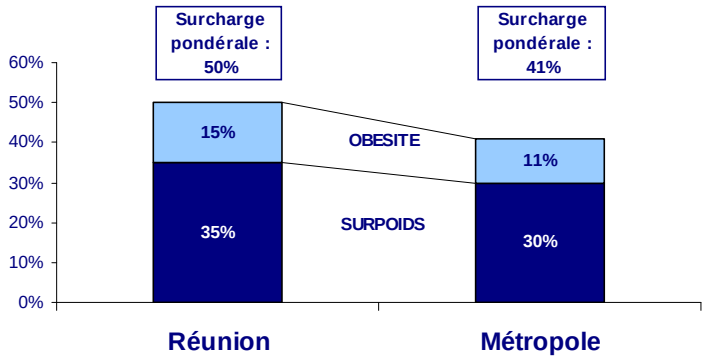
Sources : Enquête REDIA - INSERM, Enquête RECONSAL - INSERM, ORS
* Taux ajusté sur la distribution d'âge dans la population réunionnaise
** Taux brut

Graphique 1 – Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte, 30-69 ans, à La Réunion, selon le sexe et l'âge



Source : Enquête REDIA, 2000/2001

Graphique 2 – Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte à La Réunion (2000/2001) et en métropole (2003)



Sources : Enquête ObEpi 2003, Enquête REDIA (2000/2001), Enquête RECONSAL (2002)

Tableau 2 – Prévalence de l'obésité en population adulte, 18 ans et +, à La Réunion, selon le sexe et l'âge

	La Réunion, Reconsal 2001		France, ObEpi 2003	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-24 ans	5,0	15,6	1,9	2,6
25-34 ans	2,9	9,7	7,5	9,1
35-44 ans	8,2	19,1	11,3	11,8
45-54 ans	9,6	25,7	14,6	14,1
55-64 ans	9,0	23,1	18,1	14,1
65 ans et +	8,0	25,0	15,3	15,5

Sources : Enquête RECONSAL (INSERM, ORS), Enquête ObEpi (TNS-SOFRES)

DEFINITIONS :

IMC
L'Indice de Masse Corporelle, IMC, est actuellement une mesure de référence internationale qui permet d'apprécier l'excès de poids par rapport à la taille. Il correspond au rapport du poids (en kilogramme) sur le carré de la taille (en mètre). Selon les classifications de l'OMS :
- l'IMC est normal s'il est compris entre 18,5 et 24,9 kg/m2,
- s'il est inférieur à 18,5 kg/m2, on parle de maigreur,
- le surpoids correspond à l'intervalle d'IMC entre 25 et 29,9,
- l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30.

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 30 à 69 ans.

SOURCES : L'étude REDIA (Réunion-Diabète) a été organisée en 1999-2001 à la demande des médecins réunionnais. Elle a porté sur un échantillon de 3 600 personnes âgées de 30 à 69 ans réparties sur 4 villes de l'île. Les données étaient recueillies par entretien en face à face au domicile de l'enquêté, accompagnés d'examens complémentaires.

METHODOLOGIE : L'enquête comprenait une phase de dépistage à domicile où le participant passait un examen incluant notamment les mesures anthropométriques (poids et taille). Les définitions du surpoids et de l'obésité reposent sur les normes définies par l'OMS (cf . définitions).

LIMITES : Tirage au sort des habitations par la méthode des totaux cumulés sur la base des îlots de l'INSEE. La population d'étude correspondant aux personnes résidant en domicile ordinaire, dans les habitations sélectionnées, et répondant au critère d'âge notamment (30-69 ans). De ce fait, les personnes hors critères d'âge et en institutions en sont exclues.

BIAIS : Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille notamment. En effet, le poids et la taille n'ont été mesurés que pour les personnes dépistées par l'équipe REDIA.

REFERENCES :
- *Prévalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island - Etude REDIA*. F. Favier, I. Jaussent, N. Le Moullec *et al.* Diabetes Res Clin Pract, 2005 ;67(3) :234-42.

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 18 ans ou plus.

SOURCES : Enquête RECONSAL (Réunion Consommation Alimentaire) - ORS, INSERM, DRASS, Département de La Réunion, CGSS

METHODOLOGIE : L'étude a porté sur un échantillon de Réunionnais de plus de 18 ans, tirés au sort dans 3 communes de l'île.
Les données ont été recueillies à domicile, à l'aide d'un questionnaire, par des enquêteurs préalablement formés.
Les données ont été recueillies parallèlement à l'enquête REDIA, grâce à leur équipe d'enquêteurs.

LIMITES : Trois communes de l'île ont été choisies pour constituer l'échantillon : Tampon, Saint-Pierre et Saint-André. L'échantillon n'est pas strictement représentatif de la population générale de La Réunion., avec notamment une surreprésentation des femmes, une sous représentation des « 18-29 ans ».Ce phénomène est classiquement retrouvé dans les études épidémiologiques, notamment quand la méthode d'enquête est l'entretien à domicile.
L'enquête a été proposée à toute personne du domicile visité correspondant au critère d'âge (dont ont été exclues les femmes enceintes et les personnes souffrant de maladies chroniques).

BIAIS : Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille notamment. En effet, le poids et la taille n'ont été mesurés que pour les personnes dépistées par l'équipe REDIA.

REFERENCES :
- *Comportements alimentaires et activité physique des Réunionnais, Etude RECONSAL*. ORS, INSERM, DRASS, Département de La Réunion, CGSS, Ville de St-André ; sept. 2002 ; 86p.

CHAMP : Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine, base permanente TNS-SOFRES, méthode des quotas.

SOURCES : Enquête Obépi 2003, enquête par auto-questionnaire .

METHODOLOGIE : Déclarations de taille et de poids des personnes par auto-questionnaire (mesurées par les personnes).

LIMITES : Enquête par quotas. Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

BIAIS : Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INSERM, Institut ROCHE de l'obésité (www. Tns-sofres.com).

POUR EN SAVOIR PLUS :
[1] *Rapport sur l'enquête nutritionnelle réalisée chez les jeunes enfants de l'île de La Réunion en juin-juillet-août 1984*. JL. Mahu, DF. Bleiberg, JP. Suquet. INSERM ; Saint-Denis de La Réunion ;1984.
[2] *Evolution de la corpulence chez les jeunes hommes à La Réunion au cours d'un quart de siècle d'occidentalisation*. X. Allirot, A. Fianu, F. Favier. Rev Epidémiol Santé Publique ; Edition Masson ; 2006 ; 54 : 91-104.
[3] *Tendances séculaires du surpoids et de l'obésité chez les jeunes hommes réunionnais et disponibilités alimentaires*. Allirot X, Fianu A, Naty A, Favier F ; Rev Epidémiol Santé Publique ; edition Masson ; 2004 ; 52 (HS 1) : 45-45.

Objectif 8 | Faire disparaître le rachitisme carentiel en 2008

*La loi de santé publique préconise de **faire disparaître le rachitisme carentiel en 2008**. Le rachitisme est un défaut de minéralisation, conséquence d'une carence en dérivé actif de la vitamine D. La supplémentation, l'ajout de vitamine D dans les laits pour les nourrissons, l'augmentation de l'exposition au soleil et les apports accrus en calcium contribuent à une nette diminution de la prévalence de la carence en cette vitamine. Malgré cette supplémentation systématique dans les premiers mois de la vie, une enquête épidémiologique réalisée dans plusieurs centres a montré que le rachitisme carentiel persiste en France et qu'il peut être partiellement expliqué par une mauvaise compliance à la supplémentation. De plus, la prévention resterait insuffisante dans les milieux défavorisés.*

■ Indicateur principal

Nombre et taux d'hospitalisation des moins de 25 ans en MCO pour rachitisme évolutif
Le rachitisme est peu fréquent en France.
A La Réunion, en 2007, seuls 3 séjours d'hospitalisation pour rachitisme évolutif ont été comptabilisés pour des personnes âgées de moins de 25 ans, dans les services de soins de courte durée en médecine chirurgie obstétrique ; 7 au total sur la période 2004-2007 (Tableau 1). Le taux brut d'hospitalisation pour ce problème de santé est de 0,5 séjours pour 100 000 personnes de moins de 25 ans à La Réunion sur la période 2004-2007.

Etant donné la faiblesse des effectifs annuels, il est difficile de suivre l'évolution du nombre et du taux d'hospitalisation.

Cependant, il semble que La Réunion soit davantage concernée par le rachitisme évolutif : en 2005, le taux standardisé (sur l'âge) est de 0,92 séjours pour 100 000 personnes de moins de 25 ans dans la région contre 0,23 pour 100 000 au niveau national.

Synthèse

Le rachitisme carentiel est peu fréquent à La Réunion comme en France métropolitaine. Néanmoins, les taux standardisés d'hospitalisation pour ce motif sont plus élevés au niveau régional qu'au niveau national.

Tableau 1 – Nombre et taux d'hospitalisation en soins de courte durée MCO des personnes âgées de moins de 25 ans pour rachitisme évolutif, de 2004 à 2007 à La Réunion

Année	Réunion			*France entière*
	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 100 000	Taux standardisé* d'hospitalisation pour 100 000	*Taux standardisé* d'hospitalisation pour 100 000*
2004	1	0,29	0,31	*0,18*
2005	3	0,88	0,92	*0,23*
2006	0	0,00	0,00	-
2007	3	0,90	0,99	-
2004-2007	7	0,52	0,56	-

* Taux standardisé sur la population européenne

Sources : Bases nationales PMSI - DRASS, données démographiques - INSEE Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de moins de 25 ans.

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - ATIH, ARH, exploitation DRASS, Données démographiques - INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Ont été retenus les séjours comportant le code CIM10 E55.0 (rachitisme évolutif) en diagnostic principal; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS :
- Les unités de compte sont des séjours et non des patients; il s'agit de données non redressées car elles ne prennent pas en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé. Cependant, le taux d'exhaustivité évalué est en augmentation constante entre 2004 et 2007. De ce fait, les chiffres peuvent être sous-estimés.
- La faiblesse des effectifs régionaux ;
- Les données avant 2000 ne sont pas disponibles afin de suivre l'évolution de cette pathologie.

REFERENCES :
- *Carences nutritionnelles – Étiologies et dépistage.* Expertise collective INSERM, 1999, 333 p.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 292-293.

Objectif 9 — Augmenter la proportion de personnes faisant par jour, l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine

L'objectif de la loi de santé publique, adapté de celui du Programme National Nutrition Santé (PNNS), prévoit ***d'augmenter de 25% de la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour, au moins cinq fois par semaine c'est-à-dire de passer respectivement de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008.*** *La description de l'activité physique peut reposer sur des mesures physiques objectives (accélérométrie, podométrie…), mais leur coût et leurs contraintes d'utilisation amènent à utiliser des questionnaires reposant sur l'auto-déclaration des sujets. L'un de ces questionnaires, l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), fournit une description globale de l'activité physique quelles qu'en soient les circonstances: loisirs, activité professionnelle, transport, tâches ménagères, etc. L'ensemble de ces dépenses physiques, traduit en équivalents métaboliques (MET-minutes/semaine), permet le classement des sujets selon l'intensité des activités physiques réalisées: niveaux «bas», «modéré» ou «élevé». En dessous de l'équivalent de 30 minutes de marche rapide au moins 5 jours par semaine les sujets peuvent être alors considérés comme sédentaires.*

■ Proportions de personnes qui déclarent comme activité physique, au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour.

Ces données sont disponibles grâce à une enquête réalisée en 2004 sur un échantillon représentatif de la population adulte réunionnaise. Les personnes étaient interrogées sur la fréquence et la durée de la séance d'activité physique. La combinaison de ces 2 paramètres a permis d'estimer la durée moyenne hebdomadaire à 2h30 min (soit l'équivalent de 20 minutes environ par jour) alors que le PNNS préconise au moins 30 minutes par jour. En proportions, près des 2 tiers des enquêtés n'atteignent pas le niveau minimum recommandé (3h30 min / semaine) ; seuls 9% se rapprochent de ce seuil minimal, en pratiquant une activité physique pendant 3 à 4 heures par semaine. On observe des variations selon le sexe : la pratique d'une activité physique pendant plus de 3 heures est une pratique préférentiellement masculine (41% des hommes contre 32% des femmes).

Si en pratique, la durée hebdomadaire d'activité physique estimée est en dessous des recommandations, la durée hebdomadaire d'activité physique « estimée nécessaire pour être en bonne santé » est elle au dessus des recommandations. Ainsi, les enquêtés estiment qu'il faut avoir en moyenne 5 heures d'activité physique par semaine pour être en bonne santé (l'équivalent de 45 min / jour), soit le double de leur pratique. Les hommes sont également plus nombreux à surestimer ce temps d'activité physique bénéfique à la santé.

Près d'un tiers de l'échantillon (30%) restitue approximativement le niveau recommandé (entre 3 et 4 h / semaine) et 60% des sondés se situent au dessus de la recommandation minimale du PNNS, à l'inverse de leurs pratiques. Cette enquête a pointé un réel décalage entre connaissances et pratiques.

■ Proportions de personnes qui déclarent une activité sportive régulière.

Selon l'enquête déjà évoquée plus haut, malgré l'importance reconnue de l'activité physique sur l'état de santé par la majorité des sujets enquêtés, près d'un tiers déclare ne jamais, ou rarement, pratiquer une activité physique, sportive ou de loisirs ; à l'inverse, seulement 20% des personnes enquêtées en ont une pratique quotidienne. L'absence d'une activité physique est significativement plus fréquente chez les femmes (41% contre 21% des hommes) ; en revanche, la proportion de personnes pratiquant une activité physique tous les jours est comparable chez les hommes et les femmes. Aucune variation en fonction de l'âge n'est observée (les personnes plus âgées déclarant davantage des activités de loisirs).

Cette insuffisance d'activité physique régulière avait déjà été retrouvée dans l'enquête RECONSAL, en 2000/2001 : seuls 17% de la population pratiquaient une activité sportive régulière. Cette pratique régulière du sport était plus fréquente chez les hommes (21% contre 14% chez les femmes) et diminuait sensiblement avec l'âge : 31% chez les 18-29 ans à 5% chez les 60 ans et plus.

En revanche, le temps consacré à regarder la télévision, un des indicateurs de la sédentarité, est estimé à environ 3 heures en moyenne par jour, sans différence significative entre les sexes.

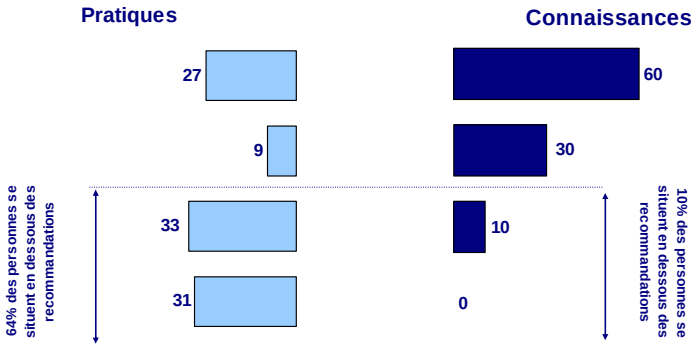
Synthèse

D'après les enquêtes locales, la pratique d'une activité physique régulière, voire quotidienne, reste faible parmi la population réunionnaise. Dans leurs pratiques hebdomadaires, les Réunionnais se situent encore en dessous des recommandations du PNNS (pratiquer l'équivalent de 30 minutes de marche rapide au moins 5 fois par semaine). A l'inverse, les activités dites sédentaires semblent se développer.

Au niveau national, l'enquête Baromètre santé 2005 réalisée par l'INPES montrait que plus des ¾ des personnes adultes ont une activité physique correspondant aux recommandations.

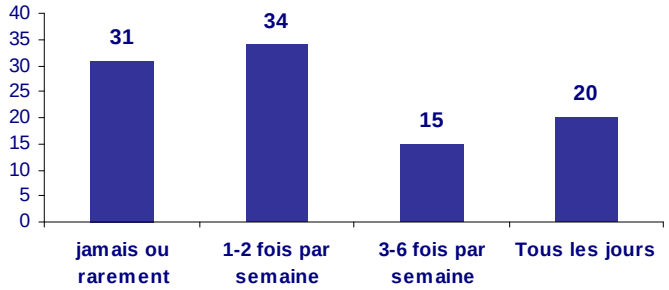
Les études explorant l'activité physique se heurtent à des problèmes méthodologiques de mesure de l'activité physique qui obligent à rester prudent dans l'interprétation des données disponibles localement ou nationalement. Néanmoins, il semble que dans notre région, les dépenses énergétiques quotidiennes liées aux activités physiques sont faibles et insuffisantes pour compenser les apports caloriques quotidiens.

Graphique 1 – Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte, 30-69 ans, à La Réunion, selon le sexe et l'âge



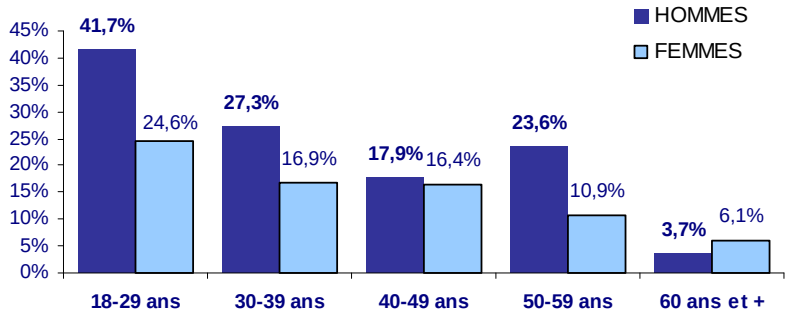
Source : Enquête Pratiques et connaissances des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique (INSERM, ORS, 2004)

Graphique 2 – Fréquence hebdomadaire d'une activité physique (sportive ou de loisirs) selon l'âge et le sexe à La Réunion



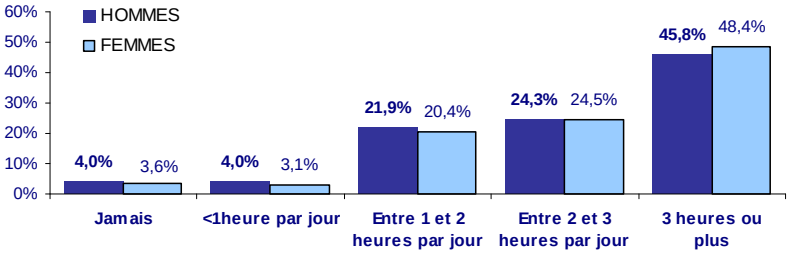
Source : Enquête Pratiques et connaissances des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique (INSERM, ORS, 2004)

Graphique 3 – Fréquence d'une activité physique sportive régulière selon l'âge et le sexe à La Réunion (population des 18 ans et +)



Source : Enquête RECONSAL (2002)

Graphique 4 – Fréquence du nombre journalier d'heures devant la télévision selon le sexe à La Réunion (population des 18 ans et +)



Source : Enquête RECONSAL (2002)

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 18 à 65 ans.

SOURCES : L'étude « Pratiques et connaissances des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique » a été réalisée en 2004, à la demande du Réseau Régional Inserm de Recherche en Santé Publique. Plusieurs expériences de terrain sont menées sur l'île pour mettre en place des dispositifs de suivi de population ou d'intervention de proximité dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique. Ces actions de terrain révèlent des méconnaissances ou des connaissances erronées du public vis à vis de ces 2 déterminants de la santé. L'objectif de l'enquête était d'identifier les connaissances et les pratiques afin d'adapter les campagnes de communication en direction de la population. Elle a porté sur un échantillon de 230 personnes âgées de 18 à 65 ans réparties sur l'ensemble de l'île.

METHODOLOGIE :
La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas croisés sur l'âge et le sexe. La base de sondage est l'annuaire téléphonique départemental 2003. L'échantillon a été obtenu par tirage au sort des numéros de téléphone.
Pour être éligible, la personne contactée devait répondre aux critères d'inclusion de sexe et d'âge afin d'atteindre les effectifs fixés et garantir la représentativité de l'échantillon.
Les données ont été recueillies par entretien téléphonique durant la période mai-avril 2004. Les questionnaires est inspiré des différentes études menées au niveau national (INCA,OCHA, …).

LIMITES : Tirage au sort des enquêtés parmi la population ayant un téléphone fixe et recensée dans l'annuaire et répondant aux critères de sexe et d'âge. Sont ainsi exclues les personnes sur liste rouge ou ayant un GSM et hors critères d'âge et de sexe.
Faiblesse des effectifs.

BIAIS :
Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur les habitudes alimentaires et les pratiques d'activité physique.

REFERENCES :
- *Pratiques et connaissances des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique*. ORS Réunion, Réseau Régional Inserm de Recherche en Santé Publique ; 2004 ; 39p.

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 18 ans ou plus

SOURCES : Enquête RECONSAL (Réunion Consommation Alimentaire) - ORS, INSERM, DRASS, Département, CGSS.

METHODOLOGIE : L'étude a porté sur un échantillon de Réunionnais de plus de 18 ans, tirés au sort dans 3 communes de l'île.
Les données ont été recueillies à domicile, à l'aide d'un questionnaire, par des enquêteurs préalablement formés.
Les données ont été recueillies parallèlement à l'enquête REDIA, grâce à leur équipe d'enquêteurs.

LIMITES
Trois communes de l'île ont été choisies pour constituer l'échantillon : Tampon, Saint-Pierre et Saint-André. L'échantillon n'est pas strictement représentatif de la population générale de La Réunion., avec notamment une surreprésentation des femmes, une sous représentation des « 18-29 ans ».Ce phénomène est classiquement retrouvé dans les études épidémiologiques, notamment quand la méthode d'enquête est l'entretien à domicile.
L'enquête a été proposée à toute personne du domicile visité correspondant au critère d'âge (dont ont été exclues les femmes enceintes et les personnes souffrant de maladies chroniques).

BIAIS :
Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille notamment. En effet, le poids et la taille n'ont été mesurés que pour les personnes dépistées par l'équipe REDIA.

REFERENCES :
- *Comportements alimentaires et activité physique des Réunionnais, Etude RECONSAL.*; ORS, INSERM, DRASS, Département de La Réunion, CGSS, Ville de St-André ; sept. 2002 ; 86p.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 94-95.

Objectif 10 Diminuer la prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes

L'accroissement de la consommation de fruits et légumes est l'un des 9 objectifs nutritionnels prioritaires de la loi de santé publique et du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Ce programme prévoit de ***réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 % en passant d'une prévalence de 60 % en 2000 à 45 % en 2008****. Dans le PNNS, « un petit consommateur de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins d'une portion et demie de fruits et moins de deux portions de légumes (pomme de terre exclue) ». La prévalence des petits consommateurs selon cette définition n'a pas été évaluée depuis 2000 mais le sera pour 2006 grâce aux enquêtes alimentaires actuellement en cours. L'estimation de la part de la population consommant moins de 5 fruits ou légumes par jour a été retenue comme indicateur complémentaire car il s'agit du repère de consommation du PNNS. Un indicateur complémentaire issu de la comptabilité nationale permet de chiffrer l'évolution des volumes d'achats de fruits et légumes par personne.*

■ Proportions de personnes ayant déclaré une consommation de fruits et légumes inférieure aux recommandations du PNNS.

Ces données sont disponibles grâce à une enquête réalisée en 2004 sur un échantillon représentatif de la population adulte réunionnaise. Selon cette enquête, malgré la bonne image nutritionnelle associée unanimement aux fruits et légumes, seulement les ¾ (77%) des personnes enquêtées en consomment quotidiennement. La majorité des enquêtés (59%) les consomme 1 à 2 fois par jour. Seul 1% des personnes interrogées déclare consommer habituellement au moins 5 fois par jour des fruits ou légumes (correspondant aux repères de consommation du PNNS) (Graphique 1).
Finalement, les apports quotidiens en fruits et légumes sont insuffisants au regard des préconisations nationales du PNNS : 99% des personnes interrogées ont une consommation inférieure aux recommandations.

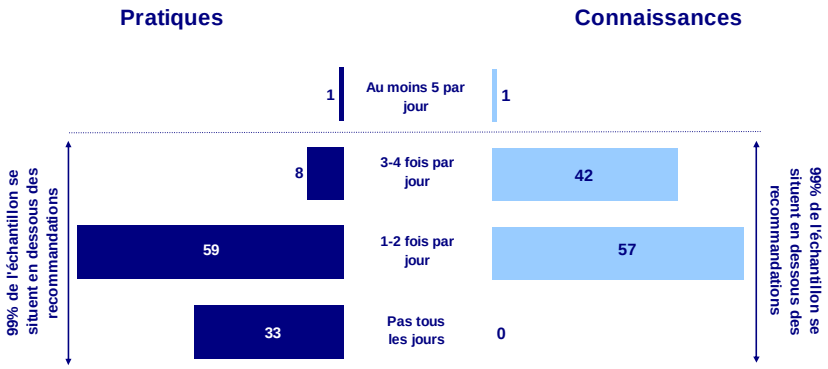
L'enquête alimentaire précédente (RECONSAL) mettait déjà en évidence une sous-consommation de fruits et légumes comparativement aux préconisations du PNNS : 44% des personnes interrogées consommaient des légumes au moins une fois par jour, et cette proportion diminuait pour les fruits car 36% des sondés en mangeaient quotidiennement (Graphique 2).

A la différence de ce qui est déclaré en pratique, la totalité des personnes interrogées pense qu'il est nécessaire de manger des fruits et légumes tous les jours.
En revanche, la fréquence journalière de consommation déclarée par les sondés est inférieure aux recommandations puisqu'ils estiment qu'il faut manger en moyenne 2 fruits ou légumes quotidiennement (conformément à la majorité des pratiques décrites). Seulement 1% des personnes interrogés déclare que 5 fruits ou légumes par jour sont conseillés pour être en bonne santé.

Synthèse

En 2004, une enquête régionale montrait que 77% des personnes interrogées consomment des fruits et légumes quotidiennement ; et 1% en mangent au moins 5 portions par jour, conformément aux recommandations du PNNS. Par conséquent, même si la consommation de fruits et légumes tend à se répandre, elle reste insuffisante par rapport aux recommandations nationale du PNNS qui préconisent une consommation quotidienne d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour. On observe ainsi une sous-consommation en fruits et légumes au sein de la population réunionnaise, avec une proportion importante de « petits consommateurs » : 91% des personnes interrogées déclarent une consommation de fruits et légumes inférieure ou égale à 2 prises par jour.
Par ailleurs, il apparaît une cohérence entre les pratiques à risques et les connaissances incorrectes au sein de la population. Depuis 2004, les messages de prévention véhiculant les recommandations du PNNS se sont multipliés et ont pu impacter sur les connaissances et les pratiques des Réunionnais.

Graphique 1– Fréquence de consommation des fruits et légumes déclarée par les enquêtés selon leurs pratiques et leurs connaissances (en %)



Source : Enquête Pratiques et connaissances des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'actviuité physique (INSERM, ORS, 2004)

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 18 à 65 ans.

SOURCES : L'étude « Pratiques et connaissances des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique » a été réalisée en 2004, à la demande du Réseau Régional Inserm de Recherche en Santé Publique. Plusieurs expériences de terrain sont menées sur l'île pour mettre en place des dispositifs de suivi de population ou d'intervention de proximité dans les domaines de la nutrition et de l'activité physique. Ces actions de terrain révèlent des méconnaissances ou des connaissances erronées du public vis à vis de ces 2 déterminants de la santé. L'objectif de l'enquête était d'identifier les connaissances et les pratiques afin d'adapter les campagnes de communication en direction de la population. Elle a porté sur un échantillon de 230 personnes âgées de 18 à 65 ans réparties sur l'ensemble de l'île.

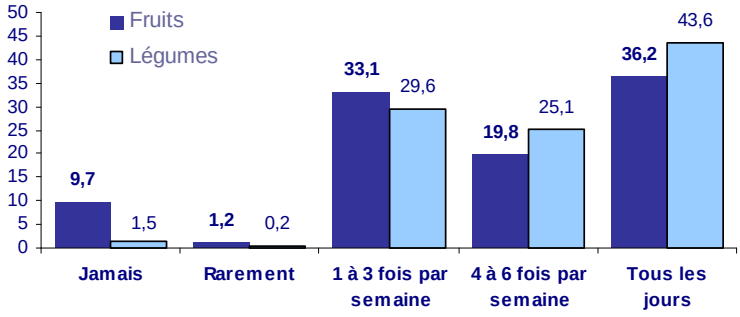
METHODOLOGIE :
La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas croisés sur l'âge et le sexe. La base de sondage est l'annuaire téléphonique départemental 2003. L'échantillon a été obtenu par tirage au sort des numéros de téléphone.
Pour être éligible, la personne contactée devait répondre aux critères d'inclusion de sexe et d'âge afin d'atteindre les effectifs fixés et garantir la représentativité de l'échantillon.
Les données ont été recueillies par entretien téléphonique durant la période mai-avril 2004. Les questionnaires est inspiré des différentes études menées au niveau national (INCA,OCHA, …).

LIMITES : Tirage au sort des enquêtés parmi la population ayant un téléphone fixe et recensée dans l'annuaire et répondant aux critères de sexe et d'âge. Sont ainsi exclues les personnes sur liste rouge ou ayant un GSM et hors critères d'âge et de sexe.
Faiblesse des effectifs.

BIAIS :
Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur les habitudes alimentaires et les pratiques d'activité physique.

REFERENCES :
- *Pratiques et connaissances des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique*. ORS Réunion, Réseau Régional Inserm de Recherche en Santé Publique ; 2004 ; 39p.

Graphique 2 – Fréquence de consommation des fruits et légumes déclarée par la population adulte de 18 ans et plus (en %)



Source : Enquête RECONSAL (2002)

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 18 ans ou plus.

SOURCES : Enquête RECONSAL (Réunion Consommation Alimentaire).

METHODOLOGIE : L'étude a porté sur un échantillon de Réunionnais de plus de 18 ans, tirés au sort dans 3 communes de l'île.
Les données ont été recueillies à domicile, à l'aide d'un questionnaire, par des enquêteurs préalablement formés.
Les données ont été recueillies parallèlement à l'enquête REDIA, grâce à leur équipe d'enquêteurs.

LIMITES
Trois communes de l'île ont été choisies pour constituer l'échantillon : Tampon, Saint-Pierre et Saint-André. L'échantillon n'est pas strictement représentatif de la population générale de La Réunion., avec notamment une surreprésentation des femmes, une sous représentation des « 18-29 ans ».Ce phénomène est classiquement retrouvé dans les études épidémiologiques, notamment quand la méthode d'enquête est l'entretien à domicile.
L'enquête a été proposée à toute personne du domicile visité correspondant au critère d'âge (dont ont été exclues les femmes enceintes et les personnes souffrant de maladies chroniques).

BIAIS :
Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille notamment. En effet, le poids et la taille n'ont été mesurés que pour les personnes dépistées par l'équipe REDIA.

REFERENCES :
- *Comportements alimentaires et activité physique des Réunionnais, Etude RECONSAL*. ORS, INSERM, DRASS, Département de La Réunion, CGSS, Ville de St-André ; sept. 2002 ; 86p.

Objectif 12 — Interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif du PNNS)

La loi de santé publique a repris l'un des 9 objectifs prioritaires du Programme National Nutrition Santé lancé en 2001. Il s'agit ***d'interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité et également du surpoids chez les enfants****. Des études régionales françaises ont en effet observé jusqu'au début des années 2000, une évolution forte et continue des prévalences de l'obésité et du surpoids chez les enfants. L'indicateur de référence pour la description de la corpulence, est l'Indice de Masse Corporelle [IMC : poids/taille2 (kg/m2)]. Compte tenu de l'évolution physiologique de la corpulence au cours de la croissance, et ce de façon différente chez les garçons et les filles, des valeurs de référence de l'IMC sont adaptées à chaque âge et sexe afin d'identifier les enfants en surcharge pondérale. Les courbes de corpulence de l'International Obesity Task Force (IOTF) ont été retenues pour la description de cet indicateur, car elles permettent de distinguer surpoids et obésité au sein de la surcharge pondérale.*

■ Prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle, CM2 et troisième.

Dans l'enquête réalisée en milieu scolaire en 1999/2000 auprès des enfants de grande section de maternelle (5-6 ans), 16% des enfants examinés étaient en surcharge pondérale : 12% en surpoids et 4% obèses, sans différence notable entre les filles et les garçons à ces âges précis.
Les enquêtes réalisées en CM2 en 2004-2005 montraient que plus d'un enfant de 10-11 ans sur 4, présentaient une surcharge pondérale. La prévalence diminuait à un adolescent de 14-15 ans sur 5 selon l'enquête réalisée en classe de troisième en 2002-2003. L'obésité concernait respectivement 9% des élèves de CM2 et 5% des élèves de troisième.
Compte tenu des dates successives de recueil, il n'est pas possible à partir de ces données, de conclure sur la variation de la fréquence de la surcharge pondérale en fonction de l'âge, ou sur l'évolution de la situation. Seule la répétition de ces enquêtes permettra de telles interprétations.
Les enquêtes répétées chez les enfants scolarisés en classe de CM2 (en 2001-2002 et 2004-2005) ont d'ailleurs permis de constater que la prévalence de la surcharge pondérale était relativement stable par rapport entre les 2 périodes d'observation (26,5% en 2001-2002 et 26,2% en 2004-2005). Néanmoins, ce constat général masque la progression de la prévalence de l'obésité chez les jeunes de cette tranche d'âge : 6,5% en 2001-2002 à 8,7% en 2004-2005.

Outre les variations selon les caractéristiques sociales, les données nationales révèlent des disparités géographiques importantes selon les régions, avec des prévalences plus élevées dans les Dom-Tom pour les enfants de CM2 et de 3ème notamment. En effet, pour ces 2 tranches d'âge, La Réunion apparaît en situation plus défavorable que la métropole : 27% des enfants scolarisés en CM2 présentent une surcharge pondérale contre 20% chez les enfants du même âge en métropole. L'écart est un peu moins important en ce qui concerne élèves de troisième : 21% des adolescents réunionnais de 14-15 ans sont en surpoids ou obèses contre 16% chez leurs homologues métropolitains.

Au niveau régional, nous observons également des disparités selon les secteurs géographiques et en fonction des types de villes chez les enfants scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans). La répartition géographique des taux de prévalence dans notre île montre que les zones Est et Sud semblent être plus touchées par les problèmes de poids chez les enfants.
Des différences significatives apparaissent également selon le type de commune : le taux de prévalence de la surcharge pondérale varie de 16% dans les pôles urbains jusqu'à plus de 30% dans les communes rurales isolées. Ce constat est surtout le fait des variations des taux de prévalence du surpoids ; les prévalences de l'obésité infantile sont comparables entre les différents types de communes.

D'autres enquêtes locales ont été réalisées sur des tranches d'âge différentes : une auprès des enfants pré scolarisés de 4-5 ans, et une autre auprès des enfants scolarisés dans la commune de St-Pierre, âgés entre 4 et 6 ans. Ces enquêtes mettent en évidence des prévalences de la surcharge pondérale concordantes avec les études nationales réalisées en milieu scolaire et déclinées régionalement. En 2000, 12% des enfants âgés entre 4 et 5 ans présentaient une surcharge pondérale (4% étaient obèses).

Synthèse

Selon les enquêtes réalisées en milieu scolaire, l'évaluation de la surcharge pondérale variait entre 16 et 28% chez les jeunes réunionnais de 5 à 15 ans. Cette prévalence est, pour les 3 classes d'âge enquêtées, supérieure à la moyenne métropolitaine : 16% des enfants scolarisés en grande section de maternelle (1999/2000), 26% des enfants scolarisés en classe de CM2 (2004-2005) et 21% des adolescents en classe de 3ème.
D'autres études régionales ont permis de mettre en évidence des prévalences élevées de la surcharge pondérale sur différentes tranches d'âges. Seule la répétition des enquêtes nationales, déclinées régionalement, ou des enquêtes locales permettront de juger de leur évolution.
Sur la tranche d'âge 10-11 ans (enfants scolarisés en classe de CM2), on constate une progression de la prévalence de l'obésité entre les 2 périodes d'observation : 6,5% à 8,7%

Tableau 1 – Prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés (en %)

Classe (âge)	Enquête	Référence	Année de recueil	Surpoids (%)	Obésité (%)	Surcharge pondérale (%)
Moyenne section de maternelle (4-5 ans)	PMI	97ème percentile	2000	7,9	4,1	12,0
Moyenne section de maternelle (4-5 ans)	DREES/DRASS	IOTF	1999-2000	11,7	4,2	15,9
Moyenne section de maternelle (4-5 ans)	CMS St-Pierre	IOTF	1981-2000	8,0	5,0	13,0
Grande section de maternelle (5-6 ans)	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire	IOTF	2002-2003	9,9	6,6	16,5
Classe préparatoire (4-6 ans)	CMS St-Pierre	IOTF	1982-2001	10,8	6,4	17,2
Classe de CM2 (10-11 ans)	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire	IOTF	2004-2005	17,5	8,7	26,2
Classe de troisième (14-15 ans)	Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire	IOTF	2000-2001	15,3	5,4	20,7
Classe de sixième à la terminale (12-18 ans)	ISAAC	97ème percentile	2000	10,6	17,4	28,0

Sources : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire - DREES, Enquête de la PMI sur la surcharge pondérale chez les enfants pré-scolarisés, enquête ISAAC, Enquête du CMS de St-Pierre chez les enfants de 6 ans.

CHAMP : Ile de La Réunion, enfants de 4 à 5 ans.

SOURCES : Le service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI) a réalisé au cours de l'année scolaire 1999/2000, une enquête sur l'état de santé des enfants nés en 1995 et préscolarisés en moyenne section de maternelle afin de mieux cibler les actions de prévention. Cette 'étude est intitulée « Surcharge pondérale, insuffisance pondérale, problèmes de santé publique à La Réunion ».

METHODOLOGIE :
Il s'agit d'une enquête descriptive transversale sur un échantillon représentatif de 1 025 enfants nés en 1995, ayant ainsi 4 à 5 ans au cours de l'année scolaire 1999/2000. L'échantillon a été obtenu par sondage aléatoire systématique à partir de la liste du rectorat des enfants nés en 1995 et inscrits dans les écoles maternelles publiques et privées de l'île. Les questionnaires incluant les différents items des bilans systématiques, ont été passés par les médecins et infirmières scolaires de la PMI. Les enfants ont été pesés et mesurés par les infirmières de PMI.

LIMITES : Le matériel utilisé (balance et toise) était celui des équipes de PMI, donc différent selon chaque secteur de PMI..

REFERENCES :
- *Surcharge pondérale, insuffisance pondérale, problèmes de santé à La Réunion ?* C. Rochat, A. Brodel. Département de La Réunion, Protection Maternelle et Infantile ; 2003, 16p.

Tableau 2 – Prévalences de l'obésité et du surpoids chez les enfants scolarisés (en %)

	La Réunion	France métropole
Grande section de maternelle : 5-6 ans (1999-2000)		
Surpoids	11,7%	14,5%
Obésité	4,2%	3,9%
Ensemble	15,9%	18,4%
Classe de CM2 : 10-11 ans (2004-2005)		
Surpoids	17,5%	16,0%*
Obésité	8,7%	3,7%*
Ensemble	26,2%	19,7%*
Classe de 3ème : 14-15 ans (2003-2004)		
Surpoids	15,3%	12,4%
Obésité	5,4%	4,3%
Ensemble	20,7%	16,7%

Sources : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire - DREES
* Données France entière

CHAMP : Ville de St-Pierre, enfants âgés entre 4 et 6 ans.

SOURCES : Enquête sur les tendances et les facteurs de risque socio-culturels de l'obésité infantile à La Réunion. Enquête réalisée en partenariat entre le CMS de St-Pierre (Centre médico-scoial) et le CIC-EC (Centre d'Investigation clinique - Epidémiologie clinique de La Réunion) sur la ville de St-Pierre.

METHODOLOGIE : Il s'agit d'une enquête quantitative longitudinale auprès d'un échantillon de 1 753 enfants âgés entre 4 et 6 ans. Les données ont été recueillies de manière rétrospective sur la période 1997-1996 à partir des archives du registre des dossiers médicaux du CMS.

BIAIS : Données sur les enfants de 4-6 ans de la ville de St-Pierre. Données non représentatives de l'ensemble des enfants de cette tranche d'âge sur l'ensemble de l'île.

REFERENCES :
- *Trends and soociocultural factors for childhood overweight in La Réunion Island.* X. Allirot, A. Fianu, L. Papoz, F. Favier. Diabetes Metab ; 2007.

Tableau 3 – Prévalences de la surcharge pondérale selon la catégorie socio-professionnelle du père (en %)

	% surpoids + obésité	% surpoids	% obésité
Micro-régions			
Nord	15,3	9,7	5,6
Sud	17,2	9,9	7,3
Est	20,2	11,8	8,4
Ouest	15,3	9	6,3
Types de communes			
Pôles urbains	15,8	9,5	6,3
Communes multipolarisées	16,3	9,6	6,7
Communes sous faible influence urbaine	17	10,1	6,7
Communes rurales isolées	30,5	19,4	6,7

Source : Thèse de Z. Vaillant

CHAMP : Ile de La Réunion, élèves de 5ème et 4ème (année scolaire 1999/2000)

SOURCES : Enquête ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) sur l'étude épidémiologique des allergies infantiles – Exploitation complémentaire réalisée en 2001 à La Réunion.

METHODOLOGIE : Les écoles et les classes ont été sélectionnées par tirage au sort, selon un plan de sondage aléatoire afin de garantir l'a représentativité de l'échantillon par rapport à la population de s13-14 ans. Les données ont été recueillies par auto-questionnaire auprès des élèves de 4ème et 5ème des classes sélectionnées (questionnaire standardisé). Une équipe de médecins scolaires ont encadré cette enquête sur le terrain. L'enquête a porté sur un échantillon de 2 362 adolescents.

BIAIS : Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille déclarés par les élèves eux-mêmes (auto-questionnaire).

REFERENCES :
- *ISAAC – Ile de La Réunion – Complément d'étude* I. Annesi-Maesano, G. Martignon, C. Catteau, A. Galmiche, B. Duffaud, F. Lebot. DRASS, Service statistique ; 2002, 36p.
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 100-101.

CHAMP : France entière.

SOURCES : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire : enquêtes 1999-2000 (grande section), 2000-2001 (troisièmes), et 2001-2002 (CM2).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Indicateur construit à partir de l'IMC (poids/taille^2, mesures anthropométriques réalisées par les infirmiers et médecins de l'éducation nationale) ; classification des enfants en surcharge pondérale, surpoids ou obèses selon les références de l'IOTF. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante.

LIMITES : Matériel de mesure non standardisé ni étalonnée.

REFERENCES :
- *La santé des enfants de six ans à travers les bilans de santé scolaire.* N. Guignon, G. Badeyan. DREES, Études et Résultats ; 2002, n° 155, janvier.
- *La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002.* C. Labeyrie, X. Niel. DREES, Études et Résultats ; 2004, , ,n° 313, juin.
- *Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième.* C. de Peretti. 2004, Études et Résultats, DREES ,n° 283, janvier.
- *La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats.* N. Guignon. 2007, Études et Résultats, DREES , n° 573, mai.
- *La santé des enfants de 5-6 ans - Enquête 1999-2000, DREES.* C. Catteau, A. Galmiche. 2003, DRASS ; services statistiques ; 25p.
- *La Réunion, koman i lé ? – les constructions socio-territoriales de santé à l'île de La Réunion.* Z. Vaillant. Avril 2006, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en géographie humaine ; 523p.

Objectif 14 Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail

L'objectif de réduction du nombre d'accidents routiers mortels liés au travail retenu par la loi de santé publique est assorti d'objectifs préalables. Il s'agit ***d'améliorer la qualité des dispositifs de prévention des accidents routiers liés au travail ; encourager la négociation de branche dans le cadre des accords sur la prévention des risques professionnels****. La prévention du risque routier encouru par les salariés s'inscrit en effet dans le cadre des conventions d'objectifs signées par la CNAMTS avec chaque branche professionnelle (programme d'action 2002-2005, CNAMTS).*
La référence aux « accidents liés au travail » inclut d'une part les accidents « de mission », survenus « par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise », et d'autre part, les accidents de trajet entre domicile et le lieu de travail.

■ Indicateurs principaux

Nombre d'accidents routiers mortels liés au travail (accidents de mission et accidents de trajet)
En 2006, on dénombrait, à La Réunion, 9 accidents mortels liés au travail reconnus par la Caisse Générale de l'Assurance Maladie : 5 accidents du travail à proprement parler et 4 accidents de trajet (domicile-travail).
Sur ces 9 accidents mortels, 4 sont finalement survenus sur les routes de l'île (44%)

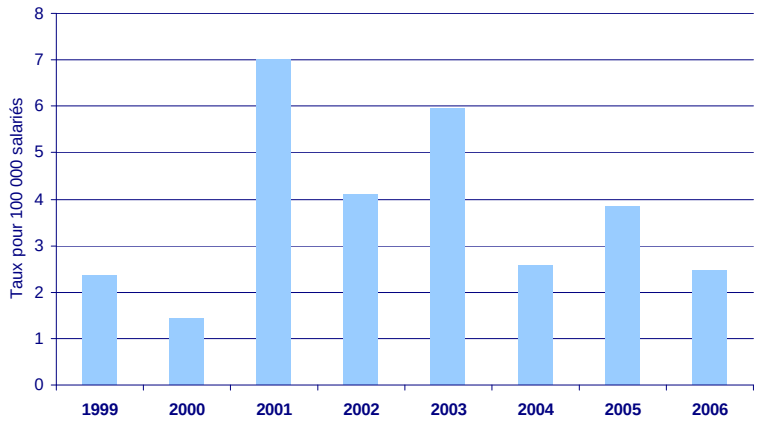
Sur la période 2000-2006, on a enregistré 40 accidents routiers mortels liés au travail. Seuls 11% de ces décès concernaient des accidents de mission, survenant sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur; dans près de 9 cas sur 10, il s'agissait d'accidents de trajet, entre le domicile et le lieu de travail.
Le taux global d'accidents routiers mortels liés au travail était de 2,5 pour 100 000 salariés en 2006 contre 3,8 pour 100 000 en 2005 (Graphique 1). En métropole, ce même taux valait 2,9 pour 100 000 en 2005.

Etant donné la faiblesse des effectifs annuels, il est difficile d'étudier la corrélation entre le nombre d'accidents mortels routiers et la nature des activités. Ainsi, l'étude des données par branche professionnelle montre une grande variabilité entre 2005 et 2006 (Graphique 2). Néanmoins, en considérant les 40 décès enregistrés sur la période pluriannuelle 2000-2006, il semble que les branches « transports, eau-gaz-électricité, livre et communication », « Bâtiment et travaux publics » soient davantage concernées par les accidents routiers mortels (Graphique 3).
Malgré les variations annuelles observées (Graphique 1), le taux d'accidents routiers mortels liés au travail suit une tendance à la baisse : 5,6 accidents mortels pour 100 000 salariés sur la période triennale 2001-2003 contre 2,9 pour 100 000 sur la période 2004-2006.
Cette relative évolution à la baisse s'inscrit dans un cadre plus général de diminution de la mortalité à 30 jours pour l'ensemble des accidents de la route.

Synthèse

Sur la période 2000-2006, 40 décès dus à des accidents routiers liés au travail ont été reconnus par la Caisse Générale de Sécurité Sociale : 36 accidents de trajet et 4 d'accidents de travail (accidents de mission, c'est-à-dire survenus sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur).
Malgré les variations annuelles constatées entre 2000 et 2006, on observe une tendance à la baisse des décès par accidents routiers liés au travail : 5,6 décès pour 100 000 salariés sur la période 2001-2003 contre 2,9 pour 100 000 sur la période 2004-2006.

Graphique 1 – Accidents routiers mortels liés au travail (mission et trajet) à La Réunion, évolution 1999-2006



Source : CGSS, service « prévention des risques professionnels » Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, population salariée.

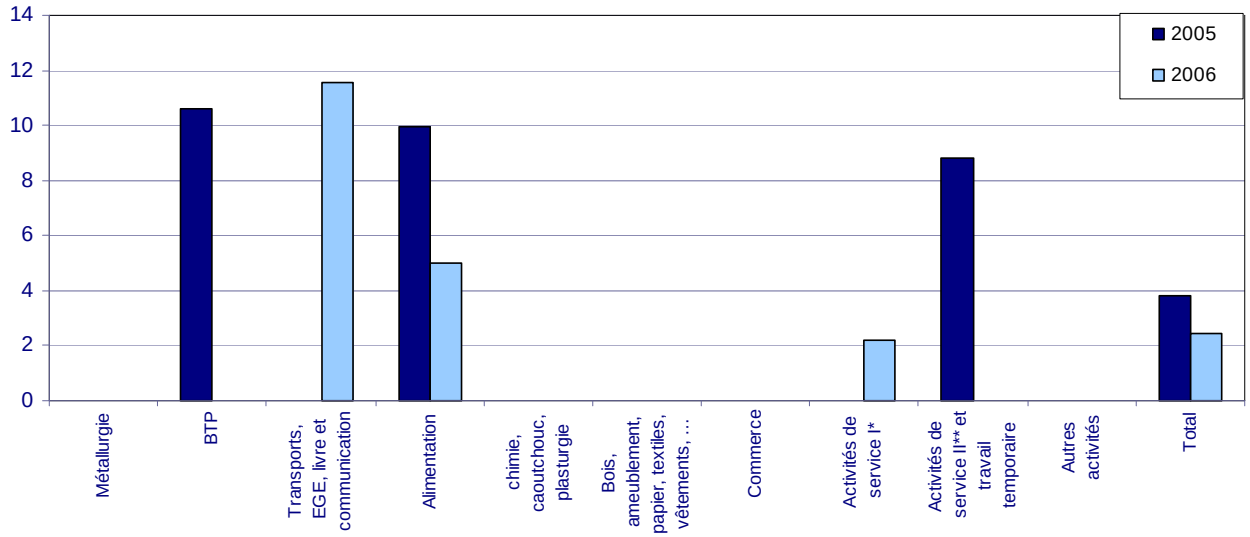
SOURCES : Statistiques des accidents du travail du service « Prévention des risques professionnels » de la CGSS.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : le nombre total d'accidents routiers mortels liés au travail (accidents de mission et accidents de trajet) est rapporté à l'effectif salarié correspondant.

LIMITES ET BIAIS :
Salariés des 9 branches professionnelles pour la CGSS.
Sous-estimation probable puisque ces données comptabilisent les accidents reconnus comme accidents de travail (trajet, mission) par l'assurance maladie.

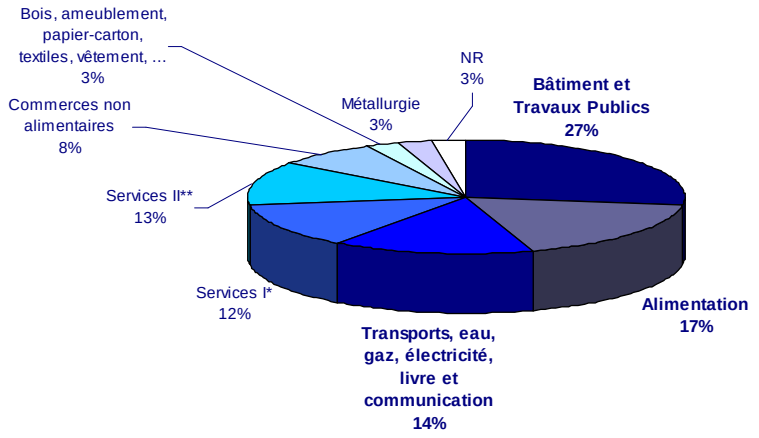
REFERENCES :
- *Accidents du travail, de trajet et maladies professionnelles à La Réunion, résultats 2006.* CGSSS, prévention des risques professionnels, statistiques prévention, 2007 ; 19p.
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 102-103.

Graphique 2 – Accidents routiers mortels par branches professionnelles en 2005 et 2006 à La Réunion



Source : CGSS, service « prévention des risques professionnels » Exploitation ORS

Graphique 3 – Répartition des accidents routiers mortels liés au travail, cumulés sur la période 2000-2006, selon la branche professionnelle à La Réunion



Source : CGSS, service « prévention des risques professionnels » Exploitation ORS
* Activités de service I : banques, assurance ** Activités de service II (santé), et travail temporaire

Objectif 18 — Réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie >100 µg/L

L'intoxication par ingestion ou inhalation de plomb, appelée saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main/bouche) La loi de santé publique a ainsi pour objectif de ***réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/L ; de passer de 2% en 1996 à 1% en 2008****.*
L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'année à la suite de la limitation puis la suppression de l'usage du plomb tétraéthyle dans les essences (1er janvier 2000). La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse présente dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. Les autres sources d'exposition sont les sites pollués par des activités industrielles, les canalisations d'eau potable en plomb, les plats en céramique d'origine artisanale, les cosmétiques traditionnels, les acticités professionnelles ou de loisir des parents : récupération de métaux non ferreux, bricolage … Les symptômes de l'intoxication par le plomb sont peu spécifiques et passent souvent inaperçus ; le dépistage doit s'appuyer sur une recherche active des facteurs de risque d'exposition, surtout chez les enfants de moins de 3 ans.

■ Proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie ≥ 100 µg/L en population générale.

L'enquête de prévalence menée de 1995 par l'INSERM et l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) a permis d'estimer à 2% la proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant un niveau de plombémie correspondant à la définition du cas de saturnisme, soit 85 000 enfants au niveau nationale. Une nouvelle enquête de prévalence sera réalisée par l'INVS en 2008.
Actuellement, aucune enquête ne permet de fournir une telle estimation pour La Réunion.

■ Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme.

L'activité de dépistage du saturnisme de l'enfant est relativement faible sur l'Ile de La Réunion. Selon les données du Système National de Surveillance des Plombémies de l'enfant (SNSPE), seulement 6 plombémies de primo-dépistage ont été réalisées entre 1995 et 2006 (Tableau 1). Aucun cas incident de saturnisme n'a été notifié pour cette période.
Cependant les données présentées sont à relativiser pour plusieurs raisons :
- l'ensemble des plombémies n'est pas déclaré au système de surveillance (seulement 69 % en 2000, 81% en 2003 et 90% en 2004) ;
- l'historique des données n'a pas toujours pu être repris lors de l'installation de la nouvelle application informatique dans les Centre Antipoison (CAP) ;
- les CAP n'avaient pas tous pu traiter l'intégralité des données 2005 et 2006.

Synthèse

Le cas de saturnisme de l'enfant est défini par la « constatation chez une personne âgée de moins de 18 ans d'une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/L de sang ». L'activité de dépistage s'adresse à des populations ciblées en fonction de facteurs de risque. Le taux de dépistage dans une population ciblée est variable ; la prescription d'une plombémie à un enfant est souvent décidée par le médecin à partir de facteurs de risque individuels. C'est pourquoi, il est rarement possible, sur une zone géographique de connaître la prévalence d'imprégnation par le plomb à partir de données de dépistage. A La Réunion, aucun cas incident n'a été notifié entre 1995 et 2006.

Enquête nationale sur l'exposition au Plomb de la population française, 1995-1996 -
Nadine FRERY[1], Guy HUEL[2], Michel JOUAN[1], Françoise GIRARD[2], Georgette HELLIER[2] - 1. Réseau National de Santé Publique, Saint-Maurice, 2. INSERM U169, Villejuif
Communication orale. 12 décembre 1997.

Tableau 1 - Nombre de plombémies de primo-dépistage et cas de saturnisme chez les enfants âgés de moins de 18 ans à La Réunion de 1995 à 2006

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*	2006*	Total
Plombémies de primo-dépistage	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	1	1	6
Cas de saturnisme infantile	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Données provisoires non confirmées
Source : Système national de surveillance des plombémies de l'enfant

CHAMP : Ile de La Réunion, enfants de 0 à 17 ans inclus.

SOURCES : Système national de surveillance des plombémies de l'enfant (SNSPE) mis en œuvre par les prescripteurs, les laboratoires, les centres antipoison el l'INVS.

LIMITES ET BIAIS : Ces données ne sont pas exhaustives.

REFERENCES :
- Site de l'InVS : http://www.invs.sante.fr/surveillance/ saturnisme.htm
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 110-111.

Objectif 22

Diminuer par deux le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique non conforme aux paramètres microbiologiques et pesticides

L'objectif de la loi de santé publique est de ***diminuer par deux en 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides****. La directive européenne n°98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine a fixé des limites de qualité pour une quarantaine de paramètres. Pour les paramètres microbiologiques et pesticides, les limites de qualité sont les suivantes :*

- les germes indicateurs de contamination fécale Escherichia coli et entérocoques doivent être absents dans un échantillon de 100 ml d'eau prélevée ;

- les substances individualisées de pesticides ne doivent pas être présentes à une contamination supérieure à 0,1 µg/L.

Ce sont ces valeurs qui figurent dans le code de la santé publique. Le suivi des indicateurs microbiologiques et pesticides se justifie ainsi :

- la bonne qualité microbiologique des eaux d'alimentation est essentielle afin de limiter l'apparition de pathologies telles que les gastro-entérites (risque à court terme) ;

- la présence de pesticides dans l'eau potable donne des indicateurs pertinents de la dégradation des ressources en eau. De plus, ces substances, même à faible dose d'exposition, sont susceptibles d'engendrer des effets sur la santé principalement dans le champ des cancers, des troubles neurologiques et de la reproduction.

La défaillance ou l'absence de système de désinfection des eaux sont généralement à l'origine des situations de non-conformité microbiologique recensées. L'instauration de périmètres de protection autour de l'ensemble des points de captage d'eau souterraine et superficielle, qui constitue un des objectifs du plan national santé-environnement à l'échéance de 2010, contribuera à améliorer la qualité microbiologique des eaux distribuées à la population.

Les ministres en charge de la santé, de l'agriculture, de l'écologie et de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes ont décidé, en juin 2006, de mettre en œuvre un nouveau plan interministériel de réduction des risques liés aux pesticides. Celui-ci vise à réduire leur utilisation et les risques qu'ils engendrent sur le plan sanitaire pour les utilisateurs de produits et les consommateurs de denrées, ainsi que leurs effets potentiels sur les différents compartiments de l'environnement (eau, air, sol) et la biodiversité.

■ Proportion de la population alimentée par une eau non conforme pour les paramètres microbiologiques, estimée par le rapport de la population ayant été alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques sur la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire.

Au cours de l'année 2003, 22.6 % de la population réunionnaise ont été alimentés par de l'eau du réseau public ayant été non conforme pour les paramètres microbiologiques (Graphique 1). Malgré une diminution entre 2000 et 2002, ce pourcentage reste très supérieur à la moyenne nationale qui n'a cessé de diminuer de 1999 (8,8 %) à 2003 (5,6 %). En 2006, la situation de La Réunion semble s'être améliorée avec un pourcentage de la population desservie par une eau non conforme aux paramètres microbiologiques comprise entre 10 et 20% (Carte 1).

■ Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides, estimée à partir des informations fournies par la DRASS.

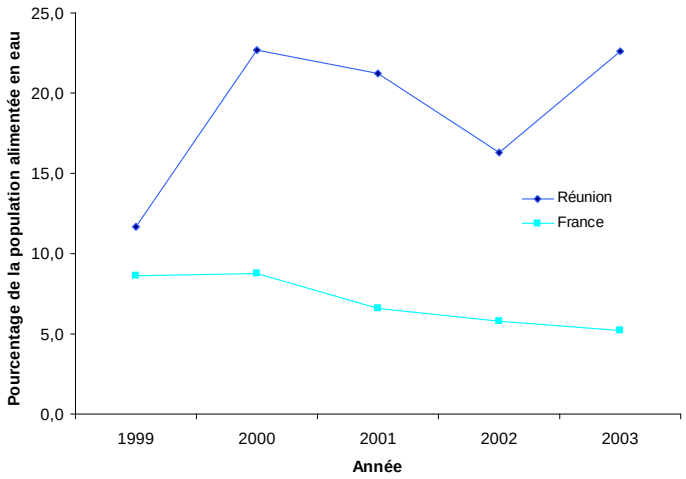
Au cours de l'année 2006, plus de 20% de la population réunionnaise ont été alimentés par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres pesticides (Carte 2).

Entre 1999 et 2001, la proportion de la population réunionnaise desservie par des unités de distribution d'eau avec un dépassement fréquent des normes (tous paramètres confondus) a fortement augmenté. Cependant, on observe depuis 2002 une tendance à l'amélioration de la qualité de l'eau de la distribution publique (Tableau 1).

Synthèse

Malgré les efforts faits par les responsables de la distribution d'eau et les services de l'état pour améliorer la qualité de l'eau, la proportion de la population réunionnaise alimentée par de l'eau non conforme au cours de l'année 2006 pour les paramètres microbiologiques reste très élevée sur La Réunion.

Graphique 1. Proportion de la population desservie par une eau ayant été non conforme pour les paramètres microbiologiques, à La Réunion et en métropole de 1999 à 2003.



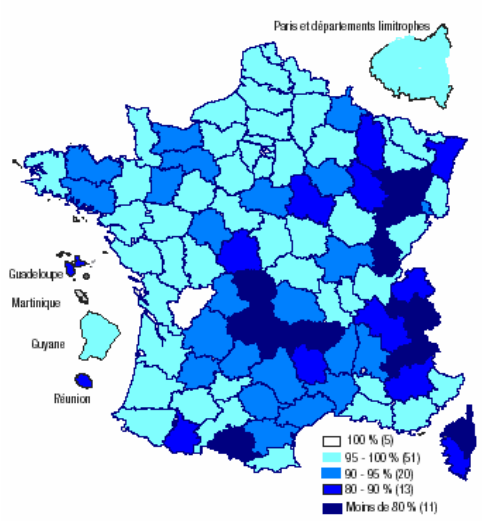
Sources : DGS - DDASS - SISE-EAUX – IFEN

CHAMP : Ile de La Réunion – France entière.

SOURCES : Données du contrôle sanitaire des eaux contenues dans la base de données SISE-Eaux (Système d'information en Santé-Environnement sur les Eaux), informations recueillies auprès des DASS, la Direction Générale de la Santé (DGS) et la DREES.

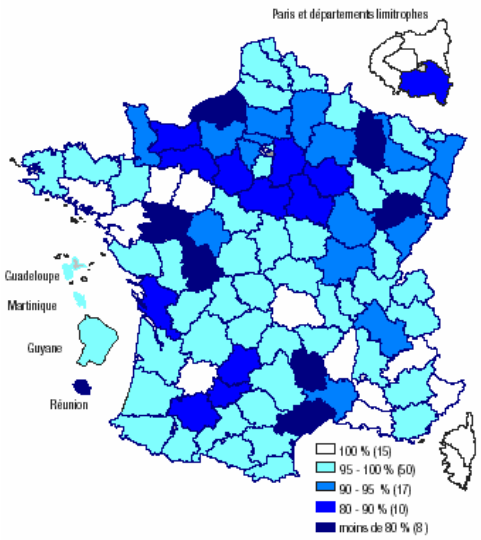
REFERENCES :
- *Les pesticides dans l'eau potable en France 2001-2003.* Publication du ministère de la Santé et des Solidarités, septembre 2005.
- *L'eau potable en France 2002-2004.* Publication du ministère de la Santé et des Solidarités, septembre 2005.
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p118-119
- *L'environnement en France, édition 2006.* Publication de l'institut français de l'environnement (IFEN), octobre 2006, p193-234
- site internet : http://eider.ifen.fr

Carte 1. Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres microbiologiques en 2006 par département par département



Sources : Ministère chargé de la santé – DDASS – SISE-Eaux – DREES

Carte 2. Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme pour les paramètres pesticides en 2006 par département



Sources : Ministère chargé de la santé – DDASS – SISE-Eaux - DREES

Tableau 1. Proportion de la population desservie par des unités de distribution d'eau, avec dépassement fréquent des normes (tous paramètres confondus), à La Réunion de 1999 à 2006

Année	Proportion de la population desservie par des unités de distribution d'eau avec dépassement fréquent des normes (tous paramètres confondus)
1999	0,4%
2000	7,3%
2001	14,2%
2002	7,4%
2006	2,9%

Sources : DDASS - IFEN

Objectif 23 — Réduire de 30% le risque de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)

L'un des objectifs du plan national de santé environnement 2004-2008 vise essentiellement la réduction du risque accidentel lié à l'utilisation d'appareils, d'installations ou de moteurs thermiques produisant du CO. Cet objectif figure également dans la loi relative à la politique de santé publique et préconise de ***réduire de 30% en mai 2008 le risque de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone****.*
La mortalité par intoxication au CO exclu à cet égard les décès liés à une intoxication volontaire (suicide) ou aux fumées d'incendie. Parmi les causes de décès, sont comptabilisées les intoxications au CO accidentelles survenues dans l'habitat, dans les locaux à usage collectif, en milieu professionnel, ou encore celles, plus rares, liées à l'usage de véhicules à moteur en mouvement. On différencie la mortalité par intoxication au CO « certaine » correspondant aux décès pour lesquels le CO est clairement identifié, de la mortalité « possible » qui adjoint des décès pour lesquels on ne peut affirmer que le gaz en cause est bien le CO.

■ Nombre de décès par intoxication au monoxyde de carbone (CO)

Les données de mortalité de l'INSERM (CépiDc) ne mentionnent aucun cas de décès certain par intoxication au monoxyde de carbone (intoxication où le gaz CO a été clairement identifié) pour la période 2000-2005 sur La Réunion. Cependant 3 décès par intoxication possible au CO (intoxication où le gaz CO a été identifié parmi d'autres gaz possibles) ont été notifiés pour cette période (Tableau 1).

Synthèse

Si le taux de mortalité en France métropolitaine par intoxication au monoxyde de carbone est de 0,11 décès pour 100 000 habitants, il est difficile d'appréhender la situation pour La Réunion. En effet, les données actuelles ne mentionnent aucun cas de décès certain par intoxication au CO.

Tableau 1 - Nombre de décès par intoxication possible au CO à La Réunion entre 2000 et 2005

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Décès possible	0	0	1	0	1	1

Source : INSERM – CépiDc

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : Causes médicales des décès - INSERM, CépiDc

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : CO possible (= gaz CO parmi d'autres gaz possibles) – CIM10 : V93, X17, Y17 en cause initiale ou associé (et absence d'individualisation en clair du gaz CO).

LIMITES ET BIAIS : De nombreux codes font suspecter une intoxication au CO sans pouvoir l'affirmer, car ils mélangent les décès liés au CO et ceux liés à d'autres gaz. A partir de 2000, aucun code sélectionné en diagnostic principal n'individualisait le CO.

REFERENCES :

- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p120-121.
- *Intoxications au monoxyde de carbone à La Réunion*. Dr Lemaire, février 2000. Mémoire pour le Diplôme InterUniversitaire de Médecine Subaquatique et Hyperbare.

Objectif 25 Réduire de 50% l'incidence des légionelloses

*L'objectif de la loi de santé publique est de **réduire de 50% l'incidence des légionelloses en 2008**.*
La légionellose est une maladie bactérienne transmise par voie respiratoire connue seulement depuis 1976. Elle se caractérise par des symptômes respiratoires aigus avec une mortalité non négligeable pour les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, tabagiques, éthyliques diabétiques, patients atteints de maladies respiratoires chroniques …). L'agent infectieux, présent dans le milieu naturel, se multiplie très facilement dans les réseaux d'eau et peut être inhalé lorsqu'il se retrouve en suspension dans l'air : douches, jets d'eau, fontaines, certains systèmes de climatisation. A cet égard, le renforcement de la réglementation nationale et européenne devrait aussi favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

■ Nombre de nouveaux cas de légionellose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire

A La Réunion, huit cas de légionellose ont été déclarés entre 2000 et 2005 (Tableau 1). Le faible nombre de cas déclarés dans notre région est probablement la conséquence d'une sous-notification, voire d'un sous-diagnostic, étant donné les conditions climatiques favorables au développement des légionelles.

L'incidence de la légionellose était de 0,8 cas pour 100 000 habitants en 2005. Ce taux est trois fois inférieur à celle de la France métropolitaine à la même année (2,5/100 000 habitants).

L'âge moyen des patients était de 60,4 ans et le sex-ratio homme/femme était de 3.

■ Nombre de décès par légionellose

Les données de mortalités de l'INSERM (CépiDC) ne mentionnent aucun cas de décès par légionellose dans notre région, pour la période 2000-2005.

Synthèse

En 2005, l'incidence de la légionellose était de 0,8 cas pour 100 000 habitants sur La Réunion, très inférieure à celle de France métropolitaine à la même année (2,5 cas pour 100 000 habitants). Cependant, cette faible incidence est probablement liée à une sous-notification, étant donné les conditions climatiques de l'île favorables au développement des légionelles.

Tableau1 - Nombre annuel de cas notifiés de légionellose à La Réunion de 2000 à 2005

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cas notifiés de Légionellose	0	0	1	0	1	6

Source : InVS - Maladies à Déclaration Obligatoire

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : InVS–Maladies à Déclaration Obligatoire.

LIMITES ET BIAIS : Probable sous notification des cas de légionellose.

REFERENCES :

- *Epidémiologie des maladies à déclaration obligatoire à La Réunion (1996-2005.* Cire Réunion-Mayotte, Eric D'Ortenzio, Philippe Renault, novembre 2007.

Objectif 26 — Réduire de 10% à 7% le pourcentage de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène

L'objectif fixé par la loi de santé publique est ***de réduire le pourcentage de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène de 10% à 7% en 2008****. Le terme « iatrogène » présume que l'on puisse imputer aux soins l'évènement indésirable avec un niveau de preuve suffisant. Cette imputabilité n'implique pas la notion d'erreur ou de faute, et est souvent difficile à établir. Depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, ce terme a été abandonné au profit de celui d'« évènement indésirable grave (EIG) lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention ». La fréquence de 10% repose sur une estimation imprécise, seule disponible au moment de la rédaction de la loi de santé publique. Il n'existe actuellement pas d'étude à La Réunion concernant les EIG, cependant l'enquête nationale sur les infections nosocomiales permet d'apporter des indicateurs approchés.*

■ Prévalence des infections nosocomiales pour 100 personnes hospitalisées un jour donné

Dans le cadre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales, une enquête nationale (métropole et DOM) de prévalence des infections nosocomiales a été réalisée en 2006 dans les établissements de santé publics et privés volontaires. D'après l'enquête, la prévalence de patients présentant au moins une infection nosocomiale (IN) était de 4,0% à La Réunion, celle des IN de 4,5% (un patient pouvant présenter plusieurs infections nosocomiales). Les prévalences régionales sont inférieures aux prévalences brutes observées au niveau national (prévalence des infectés = 4,97%, prévalence des infections nosocomiales = 5,38%). Entre 2001 et 2006, la prévalence brute des patients infectés à La Réunion est passée de 3,19% à 4,03% soit une légère augmentation (Tableau 1), contrairement à la prévalence nationale, qui elle, est en diminution (5,44% en 2001 et 4,97% en 2006).
La prévalence de patients infectés la plus élevée était observée dans les centres hospitaliers généraux (4,8%) et la plus basse dans les établissements de santé psychiatriques (1,9%) (Graphique 1).
Dans les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), la prévalence des IN était plus élevée en réanimation (39,3%) (Graphique 2).
Les facteurs associés à une prévalence plus élevée étaient l'âge (65 ans et plus), le sexe (homme), l'indice Mac Cabe (présence de comorbidités impliquant le décès dans les cinq ans), l'immunosuppression, le cathétérisme vasculaire, le sondage urinaire et l'intubation trachéale (Tableau 2).
Quatre localisations totalisaient 60,6% des IN : urinaire (18,1%), septicémie/bactériémie (14,9%), site opératoire (13,8%) et respiratoire haute (13,8%) (Graphique 3).
Les trois micro-organismes les plus fréquemment isolés d'une IN étaient : *P.aeruginosa* (16%), *E.coli* (9,9%) et *S.aureus* (7,4%) (Tableau 3).

Synthèse

On ne dispose actuellement pas d'enquête ponctuelle pour estimer la fréquence des évènements indésirables graves (EIG) à La Réunion liés aux soins dans les établissements de santé (ES). L'enquête nationale sur les infections nosocomiales (IN) montre que les prévalences brutes des IN dans notre région sont légèrement inférieures à celles de France. Mais des analyses complémentaires sont nécessaires, afin d'estimer si ces prévalences restent significativement inférieures aux prévalences nationales lorsqu'on tient compte des différences de caractéristiques des établissements et des patients de la région.

Tableau 1. Prévalence des patients infectés et des infections nosocomiales en 2006 pour La Réunion et la France entière (%)

	Infectés	Infections	Infections acquises	Infections importées
Réunion	4,0	4,5	3,5	1,0
France	5,0	5,4	4,3	1,0

Source : Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en 2006 - FELIN

Graphique 1. Prévalence des patients infectés selon le type d'ES pour La Réunion et la France entière en 2006

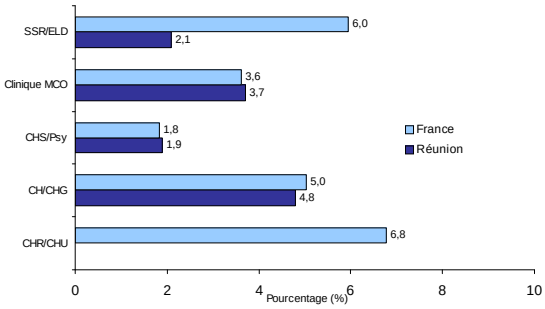


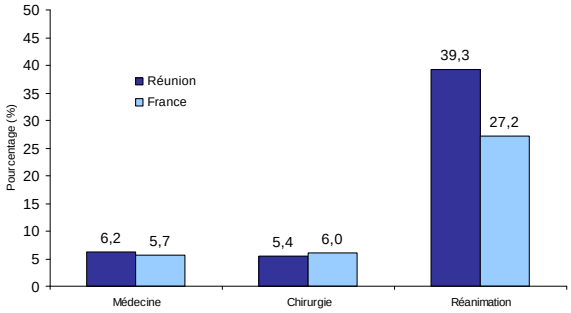
Tableau 2. Facteurs de risque associés à l'infection nosocomiale et exposition des patients enquêtés à certains dispositifs invasifs, par type d'établissement à La Réunion en 2006

Type d'ES	Patients	Age ≥65 ans		Mac Cabe 1 ou 2*		Immuno déprimé		Intervention chirurgicale		Cathéter vasculaire		Sonde Urinaire**		Intubation / trachéotomie	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CH/CHG	1321	391	29,6	416	31,5	113	8,6	227	17,2	434	32,9	139	10,5	34	2,6
CHS/Psy	269	17	6,3	2	0,7	0	0	2	0,7	0	0	0	0	0	0
Clinique MCO	35	61	17,4	81	23,1	3	0,9	119	34,0	148	42,3	55	15,7	22	6,3
SSR/ELD	144	48	33,3	81	21,5	9	6,3	13	9,0	3	2,1	1	0,7	7	4,9
TOTAL	**2084**	**517**	**24,8**	**530**	**25,4**	**125**	**6,0**	**361**	**17,3**	**585**	**28,1**	**195**	**9,3**	**63**	**3,0**
National	**358 467**	**199 824**	**55,7**	**104 792**	**29,2**	**33 906**	**9,5**	**76 410**	**21,3**	**85 898**	**24,0**	**33 724**	**9,4**	**6 509**	**1,8**

Source: Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en 2006 - FELIN
* Maladie fatale dans les 5 ans (Indice = 1) ou dans l'année (Indice =2)

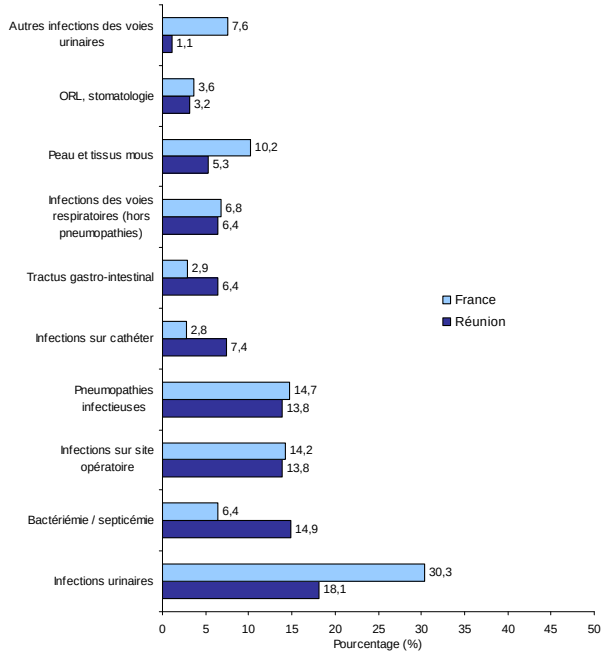
** Sonde urinaire le jour de l'enquête ou dans les 7 jours précédents

Graphique 2. Prévalence des infections nosocomiales en court séjour, par spécialité, en 2006 pour La Réunion et la France entière (%)



Source : Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en 2006 - FELIN

Graphique 3. Prévalence des infections nosocomiales selon le site anatomique en 2006 pour La Réunion et la France entière



Source : Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en 2006 - FELIN

Tableau 3. Prévalence des bactériémies isolées en 2006 pour La Réunion et la France (en %)

	Réunion	France
Pseudomonas aeruginosa	16	10,9
Escherichia coli	9,9	24,7
Staphylococcus aureus	7,4	18,9
Candida albicans	6,2	2,7
Enterobacter aerogenes	6,2	1,3
Acinetobacter baumannii	4,9	0,9
Proteus mirabilis	4,9	3,9
Serratia	4,9	0,9
Staphylococcus epidermidis	4,9	6,5
Enterobacter cloacae	3,7	3
Klebsiella pneumoniae	3,7	3,5
Morganella	3,7	1,1
Stenotrophomonas maltophilia	3,7	6,4
Enterococcus sp.	5	
Autres	14,2	5,6

Source : Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en 2006 – FELIN

CHAMPS : France entière, 2 337 établissements de santé (ES) privés ou publics volontaires pour participer à l'enquête 2006 et Ile de La Réunion, 14 ES privés ou publics.

SOURCES : InVS/Raisin – FELIN, Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Enquête de prévalence à un jour donné. Numérateur : nombre de patients infectés ou nombre d'IN. Dénominateur : nombre de patients en hospitalisation complète présents le jour donné dans les ES. Les bactériuries asymptomatiques et les entrants du jour étant exclus.

LIMITES et BIAIS : Variations dans l'application des méthodes de l'enquêtes selon les ES.

REFERENCES :
- Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 : http:/www.invs.sante.fr/enp2006.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p124-127

Objectif 30 — Réduire le taux de SARM à 25%

Trois indicateurs sont retenus pour quantifier la résistance du Staphylococcus aureus à la méticilline (SARM), l'objectif de la loi de santé publique étant de réduire le taux de SARM à 25% en 2008 :
- la densité d'incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation, couramment utilisée pour refléter l'ampleur de l'épidémie des infections à SARM dans les établissements de santé ;
- la proportion de résistance au sein de l'espèce, très parlant pour les non-spécialistes et utilisé par les cliniciens pour guider leurs prescriptions ;
- la prévalence des infections nosocomiales à SARM un jour donné dans les établissements de santé français.
Pour La Réunion, nous ne disposons actuellement que des deux derniers indicateurs cités ci-dessus.

■ Proportion de souches hospitalières de *Staphylococcus auréus* résistantes à la méticilline

En 2006, une enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (IN) a été proposée à tous les établissements de santé publics ou privés de France. Elle incluait tous les patients en hospitalisation complète sauf les entrants du jour. Au cours de cette enquête, 2 819 souches de Staphylococcus auréus ont été testées. 1 478 de ces souches étaient résistantes à la méticilline soit 52,4%. A La Réunion, sur 6 souches testées, seulement une était résistante à la méticilline, soit 16,7%.

■ Prévalence des infections hospitalières à SARM

Les infections à SARM représentent essentiellement un indicateur de transmission croisée dans les établissements (patient/patient, patient/personnel). La prévalence des infections à SARM est de 0,047% à La Réunion, soit dix fois moins qu'au niveau national (0,41%) (Tableau 1).

Synthèse

Selon l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales réalisée en 2006, la prévalence des infections hospitalières à Staphylococcus auréus résistantes à la méticilline à La Réunion était de 0,047%, soit dix fois moins qu'au niveau national.

Tableau 1. Proportion et prévalence des infections à SARM pour La Réunion et la France entière en 2006

	Région Réunion			France		
	Souches testées		Prévalence IN associée	Souches testées		Prévalence IN associée
	N	%	%	N	%	%
Staphylococcus auréus	6			2819		
Résistance à la méticilline	1	16,7	0,047	1478	52,4	0,41

Source : Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en 2006 - FELIN

CHAMP : France entière et Ile de La Réunion, patients en hospitalisation complète, établissements de santé volontaires.

SOURCES : InVS/BMR-Raisin/FELIN - Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales en 2006.

LIMITES ET BIAIS : Participation sur la base du volontariat. Sous représentation des établissements de santé privés pour le réseau BMR-Raisin. Absence de cohorte d'établissements de santé participant à la surveillance BMR.
Ces résultats doivent être interpréter avec prudence car il s'agit de prévalence à un jour donnée, de plus sur La Réunion seulement 3 établissements se sont portés volontaires pour l'enquête.

REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p134-135.
- Rapport de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 : http:/www.invs.sante.fr/enp2006

Objectif 31 Prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas

Les douleurs visées par cet objectif sont les douleurs physiques dont la survenue peut être prévenue et/ou qui peuvent être soulagées sans difficulté majeure par l'utilisation appropriée des traitements antalgiques disponibles. La loi relative à la santé publique préconise de ***prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants****.*

■ Proportion de femmes qui ont eu une anesthésie péridurale ou une rachianesthésie[1]

En 2003, selon l'enquête nationale périnatale réalisée par la DREES et l'INSERM, 40,7% des femmes ayant accouché à La Réunion ont bénéficié d'une péridurale et 55% d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Ces résultats restent inférieures à ceux de métropole, où 62,6% des femmes qui ont accouché ont bénéficié d'une péridurale et 74,2% d'une péridurale ou d'une rachianesthésie (Tableau 1).
Cependant, la prise en charge de la douleur s'est modifiée de manière importante à La Réunion. En effet, la proportion de femmes ayant eu une péridurale est passée de 14% en 1995 à 41% en 2003.
Ont accouché sous péridurale : 39% des femmes qui ont eu un début de travail spontané, 67% des femmes dont le travail a été déclenché et 13% des femmes qui ont débuté le travail par une césarienne.
Ont accouché sous rachianesthésie : 80% des femmes ayant débuté le travail par une césarienne.
On observe des disparités géographiques dans la prise en charge de la douleur à l'accouchement, ainsi dans les départements d'outre-mer, l'utlisation de rachianesthésie ou péridurale à l'accouchement est plus faible qu'en métropole (Graphique 1).

■ Consommation d'antalgiques en milieu ambulatoire

Selon les informations fournies par la base de données de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion (médicaments remboursés par l'assurance maladie du régime général), les prescriptions de boîtes d'antalgiques (opioïdes et antimigraineux) ont tendance à augmenter entre 2004 et 2007 passant de 116 231 à 141 416 (n'est pas comptabilisée la classe des autres analgésiques antipyrétiques) : +22% d'augmentation.
Cette croissance concerne uniquement la classe des opioïdes (selon la classification ATC). Les remboursements d'antimigraineux sont légèrement en baisse (Graphique 2).

Synthèse

Près d'une femme sur deux ayant accouché en 2003 a bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Elles étaient 14% en 1995. La Réunion reste une des régions où le recours à un analgésique lors de l'accouchement est peu élevé. Entre 2004 et 2007, les médicaments de la douleur sont davantage prescrits dans leur ensemble et notamment les antalgiques opioïdes.

1. L'anesthésie péridurale et la rachianesthésie sont des anesthésies locorégionales. Le but est l'anesthésie de la partie inférieure du corps. Les techniques en sont proches. La rachianesthésie permet une anesthésie d'excellente qualité mais de durée limitée à quelques heures. L'anesthésie péridurale peut être utilisée pour des gestes plus prolongés en raison de la possibilité de réinjections anesthésiques.

Tableau 1. Pourcentage de femmes ayant accouché à La Réunion en 2003 selon le type d'analgésiques

Méthodes analgésiques	1995		1998		2003	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Aucune	737	71,1	260	55,7	197	40,9
Péridurale	146	14,1	134	28,7	196	40,7
Rachianesthésie	34	3,3	51	10,9	69	14,3
Anesthésie Générale	104	10,0	14	3,0	7	1,5
Autre analgésie	15	1,4	8	1,7	13	2,7
Total	**1 036**	**100,0**	**467**	**100,0**	**482**	**100,0**

Sources : Enquêtes nationales périnatales 1995-1998 et 2003 – DREES, DRASS Réunion

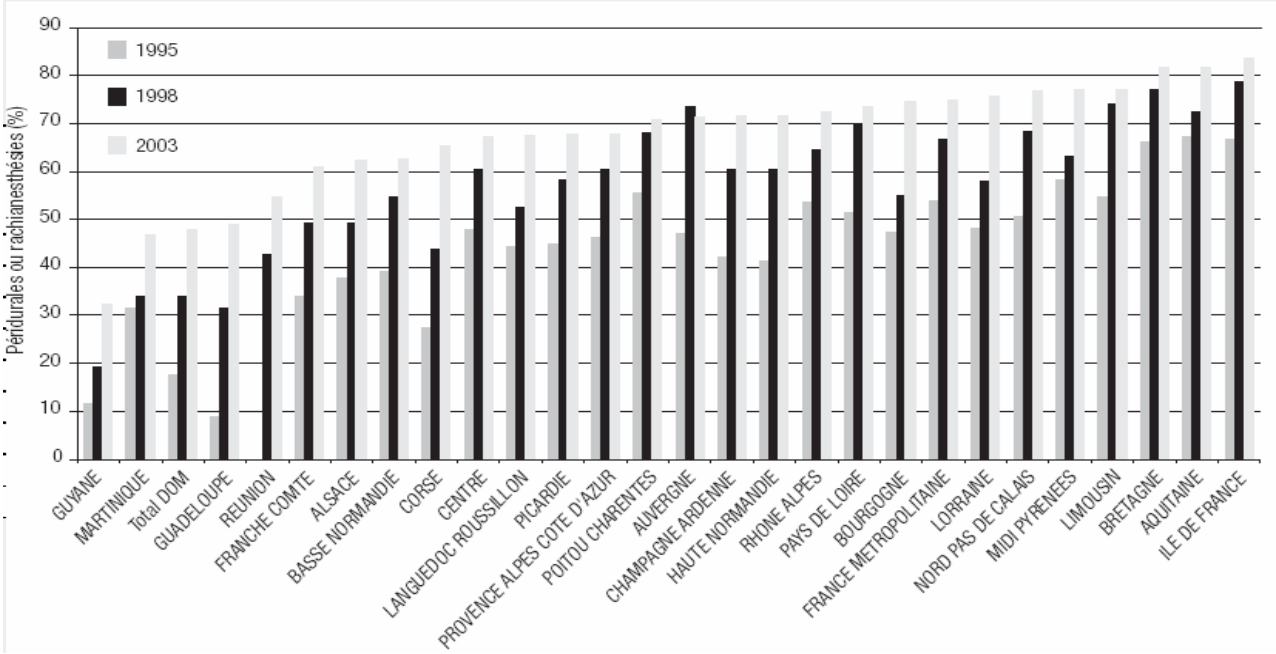
CHAMP : Ile de La Réunion – Régions de France, mères de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance à partir de toutes les naissances de tous les départements français (En 2003 : échantillon de 14 482 mère en métropole et 626 dans les DOM).

SOURCES : Enquêtes nationales périnatales (DGS/PMI/DREES/INSERM U149/DRASS Réunion/CG Réunion) 1995, 1998 et 2003. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Numérateur : nombre de femmes ayant eu une anesthésie péridurale ou rachianesthésie. Dénominateur : nombre de femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête.

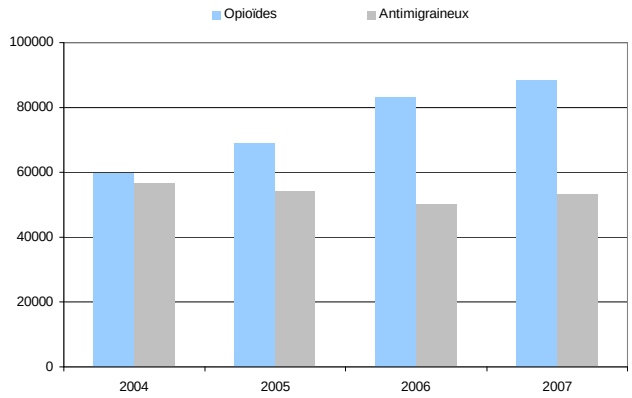
REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 138-139.
- *L'enquête nationale périnatale 2003 à La Réunion : Evolution et comparaison avec la métropole*. Conseil Général, PMI, DRASS SSER, p 1-16.

Graphique 1. Pourcentage de péridurales ou de rachianesthésies parmi les accouchements selon les régions, évolutions 1995-1998-2003 (classé par % croissant pour l'année 2003)



Sources : Enquêtes nationales périnatales 1995-1998 et 2003 - DREES

Graphique 2. Evolution du nombre de boîtes d'antalgiques remboursées à La Réunion entre 2004 et 2007



Source : CGSS Réunion

Exploitation

CHAMP : Ile de La Réunion.

SOURCES : CGSS Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Ont été comptabilisés seulement la classe des opioïdes et la classe des antimigraineux.

Objectif 33 — Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU

Cet objectif ne porte pas directement sur l'état de santé mais sur l'un de ses déterminants, à savoir l'accès aux soins, qui constitue un des facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement et les plus exposées à des pathologies graves. Il existe d'ores et déjà des dispositifs comme la Couverture Maladie Universelle (CMU) et les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui permettent aux personnes en situation précaire de retrouver des conditions de soins accessibles. Les inégalités sociales de santé se présentent comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. Dans le cadre de la loi de Santé Publique, ***l'objectif est de réduire les obstacles financiers pour les personnes dont le niveau de revenu est supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.*** *Il semble justifié d'envisager aussi plus largement la persistance d'obstacles financiers entraînant un renoncement à des soins, notamment dans le domaine des soins optiques et des soins dentaires dans l'ensemble de la population. Cependant, au niveau régional, aucune donnée n'est disponible en population générale. En l'état actuel des choses, les seules données existantes sont celles permettant d'appréhender la question des obstacles financiers à l'accès aux soins chez les bénéficiaires de la CMU sur l'île, en particulier, chez les « sortants du dispositif » : ceux qui ne peuvent bénéficier de la CMU complémentaire pour cause de ressources supérieures au plafond conventionnel.*

■ Proportion de personnes qui ont renoncé à des soins optiques ou dentaires au cours des 12 derniers mois

Instaurée par la loi 99.641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle, la CMU est entrée en vigueur le 1er janvier 2000. Le dispositif met en place deux droits fondamentaux :

- droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne, résidant en France de façon stable et régulière, qui n'est pas couverte au titre de son activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré,
- droit à une protection complémentaire gratuite en matière de santé aux personnes avec les revenus les plus faibles.

La Réunion s'est présentée comme un « cas atypique » lors de la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Fin 2001, la densité des bénéficiaires de la CMU était nettement supérieure dans les Dom de manière générale, mais surtout maximale dans l'île (53% contre 37% dans les Dom et 7% en métropole). Face à ce particularisme réunionnais, la DRASS Réunion a confié conjointement à l'IRTS et l'ORS, la mise en œuvre d'une étude sur les effets de la CMU dans la région. L'un des objectifs spécifiques de cette enquête était de décrire les caractéristiques des bénéficiaires sortis de la CMU complémentaire, dénommés ici les « sortants », leurs représentations du dispositif, et leurs difficultés quant à l'accès aux soins.

Dans cette enquête, près d'un tiers des bénéficiaires interrogés déclare qu'il y a encore des soins qu'il ne peut toujours pas effectuer. La raison avancée dans plus de 80% des cas est le coût élevé des soins (loin devant les démarches administratives et l'éloignement). La privation porte principalement (3/4 des cas) sur les actes onéreux que sont les soins ou prothèses dentaires ou les soins optiques, devançant de loin les consultations auprès de spécialistes. Ainsi, ce sont 17% des personnes interrogées qui déclarent avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) ou à des soins optiques dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières, sans différenciation entre les sexes (Tableau 1). Ce renoncement est plus fréquent chez les moins de 40 ans ou les plus de 60 ans, avec un maximum pour les moins de 30 ans (22%). Entre 40 et 60 ans, le taux de renoncement aux soins dentaires ou optiques est de l'ordre de 10-14%.

On observe un gradient important du taux de renoncement selon la couverture sociale : le taux passe de 6% chez les bénéficiaires de la CMUC à 30% chez les bénéficiaires de la CMU de base (la proportion est même aggravée chez les bénéficiaires de la CMU de base qui ne sont pas protégés par une mutuelle privée complémentaire).
Des différences significatives apparaissent selon la situation professionnelle ou le montant total des revenus. Ainsi, il semble que l'accès aux soins dentaires ou optiques soit limité particulièrement chez les retraités ou les bénéficiaires de la CMU ayant une activité professionnelle (à faible revenus en général) : les premières victimes de « l'effet de seuil » (Tabelau 2 et 3).

Synthèse

De l'avis général, professionnels et usagers, la CMU représente un réel progrès social, constituant une opération positive pour la population en terme de plus-value pour l'accès aux soins et pour les prestations. Malgré cette amélioration, il subsistait, en 2003, des limites dans le fonctionnement du dispositif par rapport essentiellement aux soins les plus coûteux, soins dentaires et optiques (et dans une moindre mesure les consultations de spécialistes). Ce constat renforçait l'opinion des professionnels qui estimaient que le « panier de biens et services » (exclusivement réservés aux opticiens et dentistes) était souvent inégalement proposé et inadapté pour le matériel courant.
En 2003, 17% des bénéficiaires de la CMU déclaraient avoir dû renoncer à des soins dentaires ou optiques pour des raisons financières. Ce renoncement augmentait de manière très significative chez les personnes bénéficiaires de la CMU de base (surtout ceux n'ayant pas accès à une mutuelle complémentaire) et chez les retraités. Parmi les personnes les plus démunies, les personnes âgées et les personnes handicapées restaient encore exclues du dispositif (« effet de seuil »). En 2003, l'enquête permettait de montrer également que le dispositif générait une pénalisation relative des personnes ayant un emploi à faibles revenus.

Tableau 1 – Taux de personnes déclarant avoir renoncé à des soins dentaires ou optiques pour raison financière au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, selon la couverture sociale, La Réunion, 2003

	Bénéficiaires de la CMUC	Bénéficiaire de la CMU de base avec mutuelle privée	Bénéficiaires de la CMU de base sans mutuelle privée	Ensemble des bénéficiaires
Taux de renoncement à des soins (quels qu'ils soient)	**8,5%**	**34,7%**	**63,6%**	**24,1%**
Taux de renoncement à des soins optiques et/ou dentaires	**5,7%**	**26,4%**	**43,2%**	**17,3%**
Taux de renoncement à des soins dentaires	4,7%	19,4%	34,1%	13,3%
Taux de renoncement à des soins d'optique	1,4%	11,8%	25,0%	7,8%

Source : Enquête sur la CMU (IRTS/ORS) Exploitation ORS

Tableau 2 – Taux de personnes déclarant avoir renoncé à des soins dentaires ou optiques pour raison financière au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, selon la situation professionnelle, La Réunion, 2003

	Au chômage	Retraité	En activité	Autres*	Ensemble
Taux de renoncement à des soins (quels qu'ils soient)	**17,5%**	**27,6%**	**34,1%**	**14,6%**	**23,9%**
Taux de renoncement à des soins optiques et/ou dentaires	**11,4%**	**20,7%**	**27,8%**	**4,2%**	**17,%**
Taux de renoncement à des soins dentaires	11,4%	13,8%	19,8%	0,0%	13,1%
Taux de renoncement à des soins d'optique	3,0%	12,1%	12,7%	4,2%	7,5%

Source : Enquête sur la CMU (IRTS/ORS) Exploitation ORS

* la rubrique « autres » regroupe les autres inactifs (bénéficiaires du RMI, étudiants, femmes au foyer, …)

Tableau 3 – Taux de personnes déclarant avoir renoncé à des soins dentaires ou optiques pour raison financière au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, selon les revenus, La Réunion, 2003

	<610€	Entre 610 et 915€	>915€	Ensemble
Taux de renoncement à des soins (quels qu'ils soient)	**16,4%**	**28,6%**	**43,1%**	**24,2%**
Taux de renoncement à des soins optiques et/ou dentaires	**10,5%**	**19,6%**	**36,9%**	**17,4%**
Taux de renoncement à des soins dentaires	7,3%	16,1%	29,2%	13,4%
Taux de renoncement à des soins d'optique	5,5%	9,8%	12,3%	7,8%

Source : Enquête sur la CMU (IRTS/ORS) Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, bénéficiaires de la CMU âgés de 18 ans ou plus.

SOURCES : Enquête sur la Couverture Maladie Universelle à La Réunion, 2002/2003 - IRTS/ORS.

METHODOLOGIE : L'enquête a été menée auprès d'un échantillon de 399 bénéficiaires de la CMU au mois de mars 2003. Par construction, les bénéficiaires de la CMU complémentaire représentaient la première moitié des effectifs (52,9%) et les bénéficiaires de la CMU de base, dénommés les « sortants », l'autre moitié (bénéficiaires de la CMU de base plus une mutuelle, 36,1% et les bénéficiaires de la CMU de base sans mutuelle, 11,0%). Afin de couvrir la diversité des situations de l'île, l'étude s'est déroulée sur 4 villes sélectionnées pour leurs contrastes géographiques et de précarité. Les personnes, sélectionnées par les CCAS des communes, ont été interrogées lors d'entretiens en face à face, par des étudiants de l'IRTS, à l'aide d'un questionnaire adapté du modèle de l'enquête nationale menée en fin d'année 2000 en métropole. Une approche qualitative, complémentaire de la démarche quantitative, a été réalisée par l'ORS en mars-avril 2003. les entretiens ont été menés auprès d'une douzaine de bénéficiaires des communes sélectionnées à l'aide d'un guide élaboré à partir des premiers résultats quantitatifs.

LIMITES ET BIAIS :
L'indicateur principal proposé relève uniquement des renoncements aux soins pour raison financière.
L'enquête n'a pas permis de recueillir la catégorie socio-professionnelle, « PCS selon l'INSEE », plus couramment utilisée pour caractériser l'activité professionnelle. A défaut, nous avons utilisé l'indicateur « situation professionnelle ». Par ailleurs, les données recueillies pour le revenu des personnes interrogées (en 3 classes de revenus) ne permettent pas de distinguer d'effet seuil au dessus duquel l'accès aux soins n'est plus limité pour des raisons financières.
Cette première étude a été réalisée 3 ans après la mise en œuvre du dispositif CMU. Depuis, il n'y a pas eu de nouvelles études de ce type pour permettre l'analyse de l'évolution temporelle des indicateurs présentés ici.
Par ailleurs, les données présentées ne concernent que les bénéficiaires de la CMU. Même si au 31 décembre 2006, le taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire représentait encore 40,5% de la population réunionnaise (7% en métropole), aucune donnée de ce genre n'est disponible en population générale, comme cela est le cas au niveau national grâce à l'enquête « Santé et Protection Sociale (SPS) 2004 ».

REFERENCES :
- Dispositif CMU : http://www.cmu.fr
- *La Couverture Maladie Universelle à La Réunion 2002-2003*. M. Ramiaramanana, M. Ricquebourg, M. Roddier, J-D. Yovanovitch. Rapport d'étude, IRTS/ORS, 2004, 65p.
- Enquête Santé et Protection Sociale (SPS) : premiers résultats. C. Allonier, S. Guillaume, T. Rochereau. IRDES, Question d'économie de santé, n°110, juillet 2006, 6p. http://irdes.fr/Publications/Qes/Qes110.pdf

POUR EN SAVOIR PLUS :
- *Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins*. B. Boisguérin. DREES, Etudes et résultats, n°603, octobre 2007, 8p. http://www.sante.gouv.fr/drees/
- *Les ressources des bénéficiaires de la CMU-C*. H. Heurtel. CNAMTS/CMU, janvier 2005, 5p. http://www.cmu.fr/userdocs/rapport_base%20ress_final.pdf
- *La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités*. F. Marical, T. De Saint Pol. INSEE, Insee Première, n°1142, juin 2007, 4p. http://www.cmu.fr/userdocs/ip1142.pdf
- *Impact de la couverture maladie universelle sur les consommations de soins*. M. Grignon, M. Perronnin. IRDES, Question d'économie de la santé, n°74, novembre 2003, 6p. http://www.irdes.fr/
- Troisième rapport d'évaluation de la CMU, Fonds CMU, 85p.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 144-145.

Objectif 35 Réduire les restrictions d'activités induites par des limitations fonctionnelles

Les situations épidémiologique et démographique évoluent fortement dans nos sociétés industrialisées, où vivre avec des incapacités constitue un défi majeur, que celles-ci soient de nature physique ou psychique, qu'elles soient provisoires ou définitives, de naissance ou acquises, visibles ou invisibles, qu'elles aient pour origine une malformation congénitale, un accident, une maladie chronique ou encore le vieillissement. Le handicap émerge comme une question sociale majeure tant au plan régional, national qu'international. Plaçant au centre des préoccupations les notions d'incapacités et de limitations d'activité, l'approche en termes de handicap porte un regard nouveau sur les problèmes de santé en jetant un éclairage sur leurs conséquences (lésionnelles, fonctionnelles ou sociales) plutôt que sur leurs causes. C'est pourquoi ***l'un des objectifs de la Loi de Santé Publique vise à réduire les restrictions d'activités induites par des limitations fonctionnelles.*** *Selon la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF), adopté en 2001 par l'OMS, le handicap est conçu comme une restriction de la participation sociale des personnes résultant de l'interaction des caractéristiques personnelles (dont les déficiences et limitations d'activités), et des facteurs environnementaux. En France, le terme « handicap » continue cependant à servir de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activité ou les restrictions de participation. La récente enquête HID révèle qu'au niveau national, 42% de la population est affectée d'au moins une déficience, 21% a au moins une incapacité, 10% une limitation d'activité et 8% bénéficient d'une reconnaissance administrative de leur handicap.*

■ Déficiences et incapacités déclarées

Les déficiences sont les pertes d'autonomie (amputations, scolioses, …) ou les dysfonctionnements des diverses parties du corps (membres, muscles, organes) ou du cerveau. Elles résultent en général d'une maladie ou d'un traumatisme. Une notion voisine plus couramment utilisée est celle d'invalidité.

A La Réunion, une enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID), largement inspirée de celle réalisée au niveau national, a été réalisée en 2004. Selon les données de l'étude HID, 27% de la population déclarent au moins une déficience. Les déficiences qu'elles soient motrices, viscérales ou visuelles surviennent principalement à partir de 50 ans, elles augmentent ensuite avec l'âge. A La Réunion comme en métropole, les taux de prévalence sont plus forts pour les déficiences motrices, puis pour les déficiences viscérales.

Les données de l'enquête révèlent que les déficiences sont plus fréquentes à La Réunion qu'en métropole et qu'elles surviennent également plus précocement. Ainsi, les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence supérieurs de 20 points à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus avancés. Et dès 50 ans, les Réunionnais apparaissent en moins bon état de santé que les métropolitains.

Les incapacités sont les difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires (physiques comme se tenir debout, se lever, monter un escalier, …) ou plus complexes (s'habiller, se servir du téléphone, parler avec plusieurs personnes, …). Elles résultent en général d'une ou plusieurs déficiences.

Plus de 170 000 Réunionnais déclarent une incapacité : pour 90% d'entre eux, il s'agit de déficiences légères (10% des déficiences plus affirmées). En d'autres termes, 22% de la population ont des difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne. A La Réunion, comme en métropole, ce sont les actes de la vie quotidienne demandant de la mobilité qui entraînent le plus d'incapacités : se lever, se coucher, s'asseoir, se déplacer mais aussi préparer les repas, faire le ménage, se baisser, se couper les ongles, toutes les incapacités relevant de la fonction locomotrice.

■ Les aides apportées

Parmi la population en incapacités, plus d'une personne sur 2 déclare bénéficier d'une aide, qu'elle soit humaine ou technique, pour accomplir certaines tâches de la vie courante. La présence ou non d'une aide est fortement dépendante de la gravité des incapacités : plus les incapacités sont affirmées, plus la proportion de personnes aidées augmente.

La configuration la plus fréquente est le recours exclusif à une aide humaine (dans 6 cas sur 10). L'aide humaine, apportée majoritairement par l'entourage, peut être très variée. Elle est sollicitée majoritairement pour les tâches ménagères, la gestion du budget et des papiers administratifs, les courses ou achats de médicaments (plus ¾ des personnes en incapacités aidées).

Par ailleurs, les personnes aidées utilisent des aides techniques principalement pour leur mobilité personnelle et pour l'aménagement de leur logement. D'ailleurs, les difficultés de déplacement sont ressenties à l'intérieur du logement (7%) mais surtout à l'extérieur (22%). Des limitations liées aux transports sont également fréquemment déclarées pour diverses raisons (pas de permis de conduire ou abandon de la conduite, accès difficile ou impossible aux transports en communs).

Près de 20% des personnes aidées estiment ne pas disposer de toute l'aide dont elles auraient besoin en raison de leur état de santé ou de leur handicap. Les besoins déclarés sont à proportions égales les besoins financiers et les besoins en aides humaines (12%). Les besoins en aides techniques sont moins sollicités (8%), ce sont des aides également 2 fois moins répandues parmi les personnes déjà aidées. A noter qu'il y a également une attente de la part des personnes qui ne bénéficient d'aucune aide ; les aides humaines et l'aspect financier sont une nouvelle fois les premiers besoins déclarés.

Synthèse

La Réunion est marquée par des prévalences élevées de déficiences, en particulier en ce qui concerne les déficiences motrices et celles intellectuelles et psychologiques. La forte proportion de personnes illettrées sur l'île explique la prévalence élevée de ces dernières déficiences dans notre région par rapport à la métropole.
Les déficiences surviennent également plus tôt chez les Réunionnais : dès 50 ans contre 60 ans en métropole.
L'aide apportée aux personnes en incapacité d'accomplir les actes de la vie courante repose encore en grande majorité sur un socle exclusivement familial : La Réunion fait preuve de spécificité en la matière. Les efforts doivent se poursuivre pour développer l'aide extra-familiale (professionnels et services à la personne) afin d'apporter une autre alternative aux personnes en incapacités et à leur famille. Des améliorations restent également à faire pour lever les freins liés au recours à l'aide technique (raison financière, manque d'informations, ...).

Figure 1 – Taux de prévalence des déficiences selon le type de déficience et l'âge, à La Réunion et en métropole

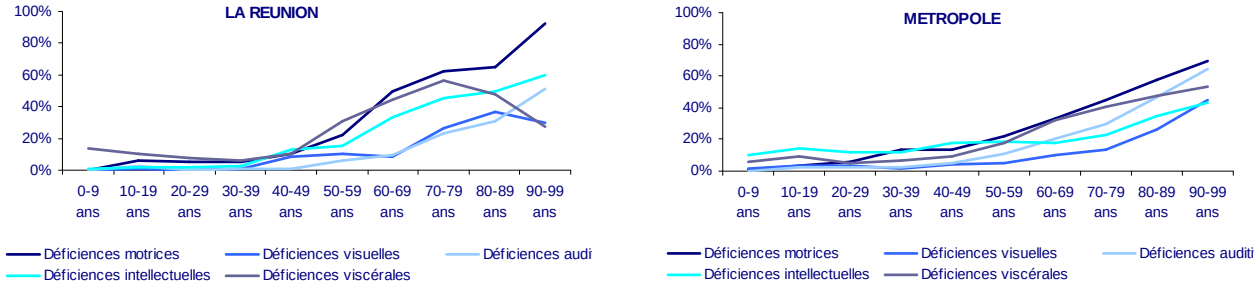


Figure 2 – Répartition des personnes ayant recours à une aide en raison de leur état de santé ou handicap

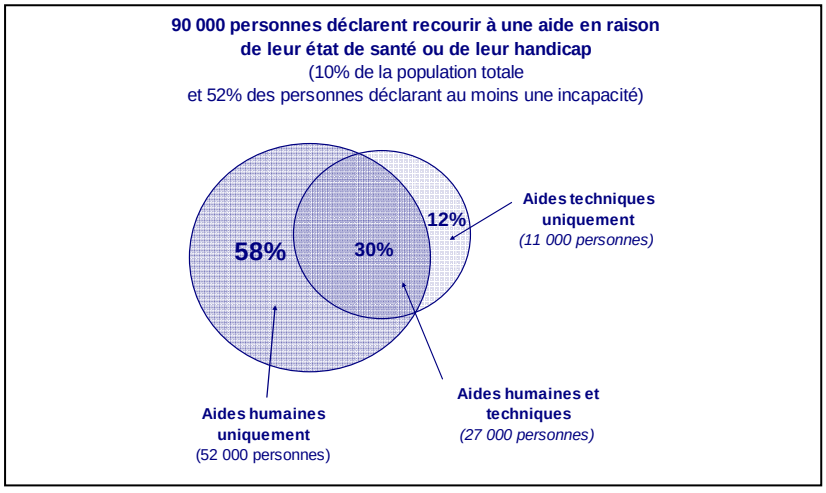


Tableau 20 – Proportions de personnes aidées à domicile selon le type d'activités

Activités	n	%
Tâches ménagères	67 355	85
Gérer le budget, s'occuper des papiers et démarches administratives	64 933	82
Faire les courses, acheter les médicaments	60 209	76
Assurer une présence, une compagnie	58 823	74
Aller voir le médecin, s'occuper des problèmes de santé	52 124	66
Défense des droits et intérêts	47 409	60
Soins personnels	43 112	51
Sortir du logement	37 383	47
Déplacements dans le logement	9 393	12
Autres	2 115	3

Source : Enquête HID 2004 - DRASS, Département, INSEE, AGEFIPH

CHAMP : Ile de La Réunion, personnes vivant en domicile ordinaire, de tous âges et de tout milieu social.

SOURCES : Enquête Handicaps-incapacités-dépendance 2004 - DRASS, Département, INSEE, AGEFIPH.

METHODOLOGIE : l'enquête s'est déroulée en deux temps. La première étape a servi à compter les personnes concernées et à sélectionner pour l'investigation ultérieure : c'est l'enquête dite de filtrage. La seconde sert à décrire les incapacités des personnes concernées, les origines ou les causes de ces incapacités et leurs conséquences handicapantes éventuelles dans les principaux domaines de l'activité sociale. L'enquête de filtrage (appelée Vie Quotidienne et Santé à La Réunion) a été réalisée en 2003 (adjointe à l'enquête emploi de l'INSEE), elle a porté sur un échantillon de 16 000 personnes. L'enquête détaillée HID a été réalisée auprès d'un échantillon de 1 867 répondants de l'enquête VQSR. Au final, 1 556 questionnaires étaient exploitables. La méthode d'échantillonnage a volontairement sur-représenté les personnes âgées de plus de 60 ans. Des pondérations permettent ensuite de revenir à la population globale, les effectifs selon le sexe et classe d'âge décennale dans l'échantillon pondéré correspondent à ceux de la population réunionnaise en 2004.

LIMITES ET BIAIS :
Certains biais entraînent une obligation de prudence dans l'exploitation des données et dans l'utilisation et l'interprétation des résultats :
- biais de déclaration : les données issues de cette enquête ont été recueillies au cours d'un entretien en face en face ;
- biais d'échantillonnages, certains individus pouvant avoir un poids de sondage très fort ;
- la part du social face aux incapacités à accomplir des actes de la vie quotidienne (Exemple : Difficulté pour lire due à l'illettrisme et non à un problème physique.) ;
à la taille des échantillons étudiés et pondérés va influer fortement sur la signification des résultats sur le plan statistique. En particulier, certaines déficiences ont des taux de prévalence faibles.

REFERENCES :
- *Handicaps, Incapacités, Dépendances à l'île de La Réunion.* les actes du séminaire du 5 octobre 2006 ; 55p.
- *Handicap et dépendance, dans Economie de La Réunion.* INSEE, 2ème trimestre 2005, n°124, pp 9-23.

Objectif 38 Stabiliser l'incidence de la tuberculose

La loi relative à la santé publique préconise de ***stabiliser l'incidence de la tuberculose (10,8 pour 100 000 en 2001) en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque****. La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire. Les incidences nationales et régionales peuvent donc être estimées à partir des déclarations de nouveaux cas. Cependant, l'incidence globale est en fait la résultante de situations très diverses au sein de groupes de population et de zones géographiques très différentes. Plus que sur l'incidence globale, l'objectif porte à cet égard sur la « réduction de l'incidence de la tuberculose dans les groupes et zones plus exposés ». Il est donc nécessaire de suivre les indicateurs spécifiques correspondants.*

■ Indicateurs principaux

Nombre de nouveaux cas de tuberculose déclarés par an et taux d'incidence
En 1997, l'incidence globale de la tuberculose déclarée à La Réunion était de 11,9 pour 100 000 habitants avec 81 cas déclarés (Figure 1). A la même époque, le taux métropolitain était légèrement inférieur au taux local : 11,5 pour 100 000 habitants.
Depuis 1997, l'incidence annuelle a fortement diminué à La Réunion, avec une stabilisation à niveau faible sur la période 2003-2005 où elle se situe entre 6 et 7 cas déclarés pour 100 000 habitants. Avec 6,7 cas pour 100 000 habitants en 2005, le taux d'incidence à La Réunion est inférieur à celui de la France métropolitaine pour la même année (Carte 1). Néanmoins, l'incidence reste plus élevée dans les DOM de manière générale (10,7/100 000 en 2005) et en particulier en Guyane qui est la région ayant la plus forte incidence (44,0/100 000) devant la région Ile-de-France (19,7/100 000).

Sur la période 2003-2005, l'âge médian [extrêmes] des patients était de 47,5 [0-90] ans et le sex ratio H/F de 1,5. Ces caractéristiques ne présentent pas de spécificité particulière par rapport à la métropole : âge médian de 43 ans et sex ratio H/F de 1,7.

La répartition du nombre de cas par nationalité et par pays de naissance est difficile à interpréter en raison de la forte proportion de notifications où ces 2 informations sont inconnues (Graphique 1).
En métropole, le taux de déclaration chez les personnes nées à l'étranger était environ huit fois supérieur à celui observé chez les personnes nées en France.

Parmi les 150 cas rapportés entre 2003 et 2005 à La Réunion, 6 personnes vivaient en collectivité, 2 étaient sans domicile fixe.
Par ailleurs, sur cette même période, 4 (sur les 150 déclarés) avaient une profession à caractère sanitaire et social au moment de la déclaration.

■ Indicateurs complémentaires

Nombre de nouveaux cas de tuberculose admis en ALD
En 2006, 33 nouvelles attributions d'affection de longue durée (ALD n°29) pour tuberculose active ont été enregistrées par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (Graphique 2). Ce chiffre est en baisse par rapport aux années antérieures (48 en 2005 et 68 en 2000).

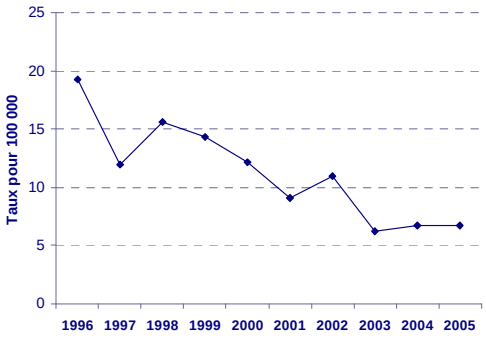
Synthèse

Après une forte diminution observée depuis 1996, l'incidence de la tuberculose se stabilise depuis 2003.
En 2005, le taux d'incidence annuel atteint 6,7 nouveaux cas déclarés pour 100 000 habitants.
Même si l'incidence reste plus élevée de manière générale dans les DOM, le taux d'incidence réunionnais est inférieur à la moyenne nationale qui est de l'ordre de 8,9 / 100 000 en 2005.
Le nombre d'admissions en Affection de Longue Durée (ALD 29) pour tuberculose suit également une nette tendance à la baisse entre 2000 et 2006.

Figure 1 – Nombre de nouveaux cas de tuberculose maladie déclarés et taux d'incidence à La Réunion, entre 1997 et 2005

	Nombre	Taux
1996	129	19,3
1997	81	11,9
1998	108	15,6
1999	101	14,3
2000	87	12,1
2001	66	9,0
2002	81	10,9
2003	47	6,2
2004	51	6,7
2005	52	6,7

Sources : InVS, CIRE Réunion-Mayotte



Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

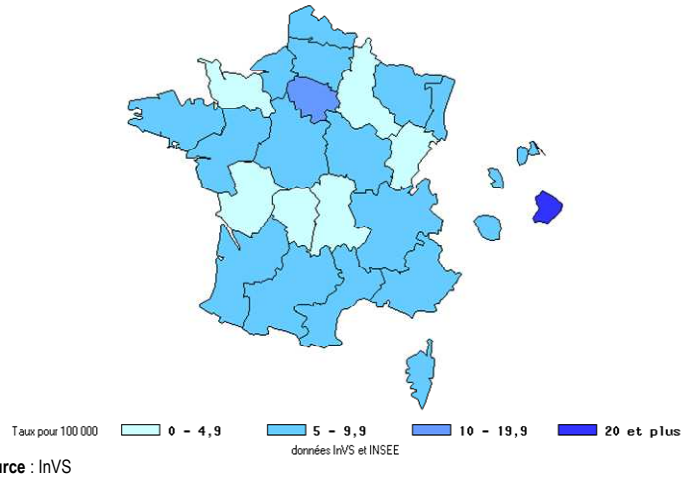
SOURCES : Nombre de cas : données de la déclaration obligatoire (InVS) ; Populations de référence : statistiques démographiques (INSEE Réunion).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : le taux est le rapport entre le nombre de nouveaux cas de tuberculose maladie déclarés et l'effectif de population.

LIMITES ET BIAIS :
Les données de la déclaration obligatoire ne sont pas exhaustives (pour information, le taux d'exhaustivité sur l'ensemble du territoire est estimé à 65%).

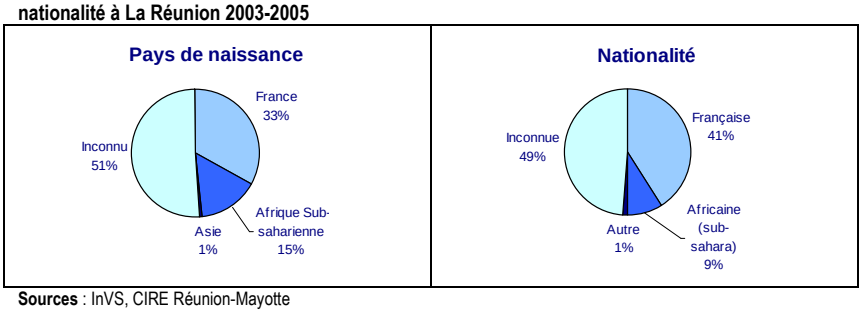
REFERENCES :
- *Epidémiologie des maladies à déclaration obligatoire à La Réunion.* Cire Réunion-Mayotte (InVS) ; MDO infos Régions ; novembre 2007 : http://www.invs.sante.fr/publications/2003/mdo_infos/mdo_infos_reunion.pdf

Carte 1 - Taux de déclaration de tuberculose maladie (taux pour 100 000) par région en 2005



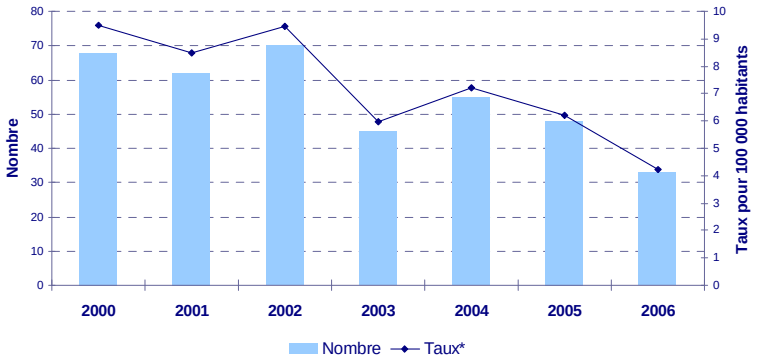
Source : InVS

Graphique 1 – Répartition du nombre de cas de tuberculose par pays de naissance et par nationalité à La Réunion 2003-2005



Sources : InVS, CIRE Réunion-Mayotte

Graphique 2 – Nombre et taux* d'admissions en ALD pour tuberculose à La Réunion, de 2000 à 2006



Sources : CNAMTS, CANAM/RSI, FNORS, INSEE Réunion
* taux pour 100 000 habitants

Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, population de tous âges admise en ALD.

SOURCES : Statistiques des régimes d'assurance maladie pour les ALD - CNAMTS, CANAM/RSI, Données démographique – INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Le taux d'admission en ALD est le rapport entre le nombre d'admission en ALD pour tuberculose (ALD 29 ; code CIM 10 : A15-A19, B90) et la population estimée correspondante.

Objectif 40 — Diminuer la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins de un an et les personnes de 65 ans et plus

La loi de santé publique préconise pour les maladies diarrhéiques de ***diminuer de 20 % en 2008 la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales[1] chez les enfants de moins de 1 an (actuellement 3,4 pour 100 000) et chez les personnes de plus de 65 ans (actuellement 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 entre 75 et 84 ans, 25,1 entre 85 et 94 ans, 102,9 au-delà).***

En France et dans les pays de niveau de développement comparable, le taux de mortalité pour ces maladies infectieuses intestinales est relativement faible avant l'âge d'1 an alors qu'il s'agit d'une préoccupation importante de santé publique dans les pays en développement. Pour les personnes de 65 ans ou plus, on constate une augmentation du taux de mortalité avec l'avancée en âge. L'évolution démographique attendue (vieillissement de la population) nécessite de suivre la mortalité due à cette pathologie.

Toutefois, si le taux de mortalité qui leur est attribuable reste faible, les diarrhées infectieuses, qui sont à l'origine de la plupart des maladies diarrhéiques, constituent probablement l'une des pathologies infectieuses les plus fréquentes. La gastro-entérite virale est au 2e rang de la morbidité infantile (entre 0 et 5 ans)[2]. Mais leur incidence ne peut en être appréciée avec précision car seules les toxi-infections alimentaires collectives, le choléra, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes font l'objet d'une déclaration obligatoire (DO). Or les diarrhées infectieuses sont dans 80 % des cas dues à un virus et la DO ne recense que des diarrhées d'origine bactérienne. En 2005, l'InVS enregistrait 3 166 cas confirmés de toxi-infections alimentaires collectives, dont 5 décès et 12,5% de cas ayant donné lieu à une hospitalisation, ainsi que 2 332 cas suspectés. Les cas de fièvres typhoïdes et paratyphoïdes déclarées en 2005 étaient au nombre de 146 sans aucun décès. Les cas de choléra en France sont rares et toujours importés : entre 0 et 2 cas par an sont déclarés depuis l'année 2000. Les diarrhées sont principalement transmises, soit de personne à personne, notamment lorsqu'elles sont d'étiologie virale, soit à partir d'une source unique, notamment lorsqu'elles sont d'étiologie bactérienne. La promotion de l'hygiène dans tous les lieux de vie (familiaux et collectifs), la fourniture d'une eau conforme à la réglementation en matière microbienne à l'ensemble de la population et l'éducation des familles à la prise en charge de la diarrhée de l'enfant doivent permettre de diminuer l'incidence de ces pathologies.

■ Indicateurs principaux

Taux de mortalité par maladie infectieuse intestinale

Sur la période 2000-2005, 44 décès par maladies infectieuses intestinales (dont 61% d'hommes) ont été enregistrés, soit 7 décès en moyenne par an (13 décès uniquement sur l'année 2005). Sur cette même période, la moitié des décès est survenue après l'âge de 65 ans (22 cas).

Ces effectifs ne prennent pas en compte les décès pour lesquels une maladie diarrhéique a été déclarée sans mention de cause infectieuse (classée dans le chapitre des maladies digestives). Par conséquent, le nombre de décès annuels est certainement sous-estimé.

Le taux brut de décès par maladies infectieuses intestinales est de 1,7 décès pour 100 000 habitants en 2005 à La Réunion (1,4 / 100 000 en métropole en 2004).

Comme en métropole, les taux bruts de mortalité sont plus élevés lorsqu'on avance en âge et plus particulièrement après 85 ans (Tableau 1) où le taux brut peut atteindre 40 décès pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge.

Contrairement à la diminution observée au niveau national (-30% chez les moins de 1 an et -20% chez les 65 ans et +), les taux bruts de décès par maladies infectieuses intestinales sont en hausse à La Réunion. Cette augmentation concerne principalement les personnes de 65 ans et plus, probablement en raison d'un effet de génération (Graphique 2). Chez les moins de 1 an, hormis les variations extrêmes en 2001 et 2002, il n'y a pas d'évolution significative du taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales, étant donnée la brièveté de la période d'observation : le taux se stabilise autour de 7 décès pour 100 000 enfants (Graphique 1).

Synthèse

Entre 2000 et 2005, 44 décès ayant pour cause une maladie infectieuse intestinale ont été comptabilisés (13 décès en 2005). Ce chiffre est certainement sous-estimé.
Les hommes semblent davantage concernés.
Les taux bruts sont plus élevés lorsqu'on avance en âge et plus particulièrement après 85 ans.
Contrairement à la situation métropolitaine, on note une nette tendance à la hausse des taux bruts de décès par maladies infectieuses intestinales chez les personnes de 65 ans et + (relative stabilité chez les moins de 1 an).

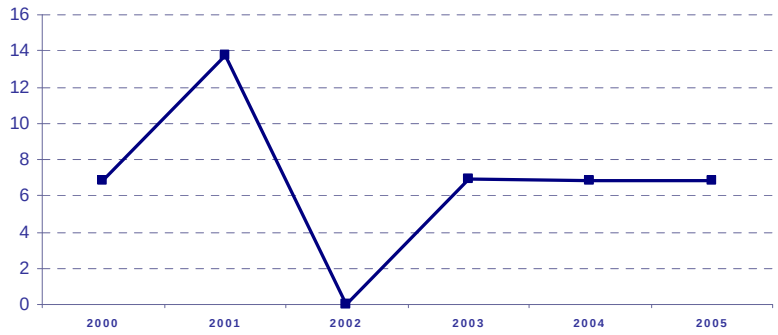
1 Les maladies diarrhéiques sont pour la plupart consécutives à des maladies infectieuses intestinales.
2 Rapport du GTNDO ; http://www.sante.gouv.fr/ : thème « loi de santé publique du 9 août 2004 », « élaboration de la loi relative à la politique de santé publique ».

Tableau 1 – Evolution des taux bruts* de mortalité par maladies infectieuses intestinales par âge, à La Réunion entre 2000 et 2004

Année	< 1 an	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	0-64 ans	65 ans et +	Tous âges
2000	6,9	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
2001	13,8	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,5
2002	0,0	3,2	12,8	43,4	0,4	9,8	1,1
2003	6,9	6,2	12,1	0,0	0,6	7,5	1,1
2004	6,9	6,0	17,4	42,5	0,3	12,7	1,2
2005	6,8	2,9	16,8	40,6	1,0	10,6	1,7

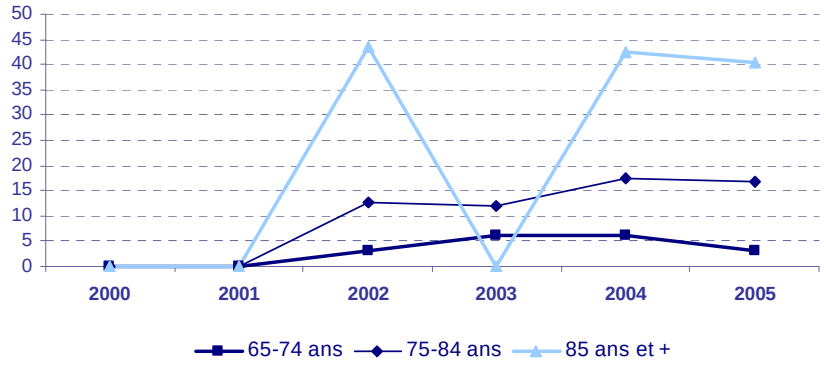
Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS
* taux pour 100 000 habitants

Graphique 1 – Evolution des taux bruts* de mortalité par maladies infectieuses intestinales pour 100 000 enfants de moins de 1 an, à La Réunion entre 2000 et 2004



Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS
* taux pour 100 000 enfants de moins de 1 an

Graphique 2– Evolution des taux bruts* de mortalité par maladies infectieuses intestinales pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus, à La Réunion entre 2000 et 2004



Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS
* taux pour 100 000

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : Causes médicales des décès - INSERM, CépiDC, Données démographiques - INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : numérateur : codes CIM10 : A01-A09 depuis 2000 ; dénominateur : population de l'année considérée (INSEE).

LIMITES :
Ces effectifs ne prennent pas en compte les décès pour lesquels une maladie diarrhéique a été déclarée sans mention de cause infectieuse (classée dans le chapitre des maladies digestives). Le nombre de décès annuels est ainsi probablement sous-estimé.

La période d'observation est brève, entre 2000 et 2005, car il n'a pas été possible de disposer des données annuelles de décès pour maladies infectieuses intestinales avant 2000 (code CIM9 002-009 avant 2000).

Les fortes variations annuelles observées sont liées à la faiblesse des effectifs annuels.

BIAIS :
Changement de codage depuis 2000 (CIM9 à CIM10) entraînant une augmentation des chiffres de décès pour cette cause.

REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 152-153.

Objectif 42 — Atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés

Atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés en 2008, est l'objectif préconisé par la loi de santé publique.

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clefs pour le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, les données sérologiques, le recensement des éventuels effets secondaires des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population. Le suivi des maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie …), doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de ces maladies.

La persistance de cas sporadiques de tétanos chez les personnes âgées, associée à l'augmentation des voyages vers les pays où persistent des cas de poliomyélite, rend nécessaire une connaissance précise de la couverture vaccinale des adultes et le rattrapage et/ou l'entretien de la vaccination de cette tranche d'âge de la population.

- **Couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois : pourcentage d'enfants à jour des vaccinations contre la tuberculose (BCG), la diphtérie (D), le tétanos (T), la poliomyélite (P), la coqueluche (C), haemophilus influenzae b (Hib), l'hépatite B (VHB), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)**

La mesure du taux de couverture vaccinale est effectuée sur la base des certificats de santé des nourrissons de 24 mois, avec une analyse au niveau départemental par les services de PMI puis une exploitation nationale des résultats par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère chargé de la santé (DREES).
Le Tableau 1 reprend les taux de couverture vaccinale à 24 mois à La Réunion (2007) et en France (2004), montrant essentiellement une excellente couverture vaccinale DTCP (supérieure à 95% pour 3 doses) et Hib (supérieur à 85% pour 4 doses) ainsi qu'une bonne couverture par le BCG autour de 81% à La Réunion[1]. Par contre la couverture contre l'hépatite virale B ne dépasse pas 30%. La couverture ROR à La Réunion (proche de 95% pour la rubéole et la rougeole) reste supérieure à celle de la France entière.

- **Couverture vaccinale des enfants âgés de 6 ans ou plus : pourcentage d'enfants à jour des vaccinations contre la tuberculose (BCG), la diphtérie (D), le tétanos (T), la poliomyélite (P), la coqueluche (C), l'hépatite B (VHB), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)**

A partir de 6 ans il n'y a pas de recueil systématique de la couverture vaccinale, mais des enquêtes triennales sont menées par la DREES au niveau national dans les établissements scolaires.
Nous ne disposons pas actuellement de données sur la couverture vaccinale des enfants de 6 ans à La Réunion, cependant l'enquête réalisées auprès des enfants âgés de 10-11 ans (CM2) montre une très bonne couverture vaccinale pour le BCG 99,8% (au moins une injection), DTP 94,5% (au moins 5 injections), Coqueluche 94,3% (au moins 4 injections). On observe à La Réunion la meilleure couverture pour l'Hépatite B virale (77%) (Tableau 2 et 3).
La couverture vaccinale ROR (2 injections) reste faible quelle que soit la région (proche de 60% à La Réunion).

- **Couverture vaccinale des adolescents en classe de troisième : pourcentage d'enfants à jour des vaccinations contre la tuberculose (BCG), la diphtérie (D), le tétanos (T), la poliomyélite (P), la coqueluche (C), haemophilus influenzae b (Hib), l'hépatite B (VHB), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)**

Dans cette tranche d'âge (12 ans +/- 2 ans), il n'y avait pas de recueil systématique de la couverture vaccinale jusqu'en 2000. Depuis cette date, les enquêtes triennales réalisées en collège concernent tous les antigènes compris dans le calendrier vaccinal des adolescents de cet âge.
Les résultats de la dernière enquête, réalisée en 2003-2004, révèlent les taux de couverture suivants : BCG 98,9%, DTP (au moins 6 injections) 82,0%, coqueluche (au moins de 5 injections) 46,1%, ROR (2 injections) 61,3% et l'hépatite B (3 ou 4 injections) 73,1% (Tableau 4).

Synthèse

L'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95% est déjà atteint pour les enfants concernant certaines des maladies (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche). Elle doit par contre être améliorée en particulier pour la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B.
Pour les adolescents, l'objectif est l'amélioration des couvertures vaccinales qui sont insuffisantes, avec un effort tout particulier en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B

1. En juillet 2007, la France a décidé de suspendre l'obligation vaccinale par le BCG. Cette vaccination reste cependant fortement recommandée dans un certain nombre de cas : enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ; enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ; enfant devant séjourner au moins un mois d'affilé dans l'un de ces pays ; enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ; enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane ; enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME …) ou en contact régulier avec de adultes originaires d'un pays à forte endémie.

Tableau 1. Couverture vaccinale BCG, DTCP, Hib, VHB, ROR des enfants âgés de 2 ans à La Réunion (2007) et pour la France entière (2004)

Taux de couverture vaccinale	Réunion (2007)	France entière (2004)
BCG	81,4	84,1
Diphtérie-tétanos - 3 injections	98,0	98,0
3 inj+rappel	93,8	90,0
Coqueluche - 3 injections	97,7	97,6
3 inj+rappel	93,5	89,6
Poliomyélite - 3 injections	97,5	97,9
3 inj+rappel	93,2	89,9
Haemophilus influenzae b*	92,1	87,0
Hépatite B	24,5	29,0
Rougeole	94,8	87,0
Oreillons	89,7	86,8
Rubéole	94,9	86,8

Sources : Certificats de 24ème mois - DREES, Conseil général de La Réunion Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, France entière, enfants âgés de 24 mois.

SOURCES : L'outil de recueil est, dans le carnet de santé, le certificat de santé rempli lors de la visite obligatoire du 24ème mois (CS24), permettant de relever le statut vaccinal de l'enfant – DREES, PMI, Conseil Général de La Réunion.

LIMITES ET BIAIS : D'une part, les CS24 renvoyés concernent les enfants qui résident dans le département à l'âge de 24 mois, et non les enfants nés dans le département. Cette limite disparaît quand on analyse les données au niveau national. D'autre part, le taux d'exhaustivité des CS24 est actuellement de 57% pour la France et de 20% pour La Réunion

REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 156-159.

Tableau 2. Couverture vaccinale des enfants scolarisés en CM2 (en %) à La Réunion et pour la France entière (2001-2002)

Taux de couverture vaccinale	Réunion	France entière
BCG (au moins une injection)	99,8	99,5
DTP (au moins 5 injections)	94,5	92,4
Coqueluche (au moins 4 injections)	94,3	90,1
Hépatite B (complète)	77	33,1
ROR1 (1 injection)	97,6	93,7
ROR2 (2 injections)	58,2	55,2

Source : DREES, DRASS et Rectorat Réunion, InVS Exploitation ORS

Tableau 3. Couverture vaccinale des enfants scolarisés en CM2 (en %) dans les régions de France (2001-2002)

Région	BCG	DTP	Coq	Hep B	RRO1	RRO2
Ile de France	99,8	94,5	89,4	43,1	95,7	56,1
Bassin parisien	99,9	90,8	92,4	31,2	94,4	55,1
Nord	100,0	86,8	90,5	27,5	94,6	61,0
Est	99,3	95,1	92,2	34,1	94,3	53,2
Ouest	99,0	93,8	89,3	20,8	93,7	55,9
Sud-Ouest	99,0	95,3	90,2	31,4	87,4	42,4
Centre-Est	99,4	94,2	91,9	21,5	91,6	44,5
Méditerranée	99,8	89,9	84,3	39,8	89,2	41,6
Antilles-Guyane	98,6	79,0	86,0	54,7	99,3	64,7
La Réunion	**99,2**	**91,5**	**94,3**	**77,0**	**97,6**	**58,2**
France entière	**99,5**	**92,4**	**90,1**	**33,1**	**93,7**	**55,2**

Sources : DREES, DRASS et Rectorat Réunion, InVS Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, France entière.

SOURCES : DREES, DRASS et Rectorat Réunion, InVS – Il s'agit d'enquêtes triennales par échantillonnage. La base de sondage est le fichier des établissements scolaires publics et privés. Les effectifs d'élèves sont estimés chaque année par le ministère de l'éducation nationale (direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance)

LIMITES ET BIAIS : Dans l'enquête en classe de 3ème de 2003-2004, 79,5% des collèges tirés au sort ont participé à l'enquête et la Région Midi-Pyrénées n'a pas participé. Parmi les 7 538 collégiens tirés au sort, seuls les 5 759 (76,4%) qui ont présenté un carnet de santé ont été inclus dans l'analyse. Dans l'enquête menée auprès des élèves des CM2 (2001-2002), parmi les 8 524 enfants, seuls 7 218 ont présenté un carnet de santé.

REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 156-159.
- *Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004.* Antona D, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D, Guignon N, De Peretti C, Niel X, Romano M.C, Kerneur C, Herbet J.B. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. INVS 2007;6:45-49.

Tableau 4. Couverture vaccinale des adolescents scolarisés en classe de troisième (en%) à La Réunion et pour la France entière (2003-2004)

Région	BCG	DTP	Coq	Hep B	RRO1	RRO2
Ile de France	99,8	79,5	60,4	49,4	94,0	67,0
Bassin parisien	99,9	84,2	60,9	43,4	94,3	71,4
Nord	99,7	79,5	62,7	35,3	95,6	65,8
Est	99,8	85,0	53,5	40,2	92,6	58,9
Ouest	99,7	84,1	65,9	33,5	93,4	60,8
Sud-Ouest	100,0	81,8	58,6	50,6	94,8	45,2
Centre-Est	99,9	79,2	52,5	37,2	90,2	57,8
Méditerranée	100,0	69,3	46,6	37,4	86,0	40,0
Antilles-Guyane	99,8	79,2	45,2	59,2	96,0	73,3
La Réunion	**98,9**	**82,0**	**46,1**	**73,1**	**99,1**	**61,3**
France entière	**99,8**	**80,5**	**57,4**	**42,4**	**93,8**	**64,1**

Sources : DREES, DRASS et Rectorat Réunion, InVS Exploitation ORS

Santé maternelle et périnatale – Mortalité périnatale

Objectif 45 Réduire la mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est défini, comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours, pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie.
Cet indicateur est produit chaque année par l'INSEE à partir de l'état civil. L'objectif retenu par la loi de santé publique est de réduire la mortalité périnatale de 15% c'est-à-dire d'atteindre un taux de 5,5 pour 1 000 en 2008.
L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant aujourd'hui plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, la mortalité périnatale n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à cette période. Il est à présent nécessaire de prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile. Par ailleurs, l'indicateur de mortalité périnatale pose des problèmes de comparaison internationale en raison des variations qui peuvent exister quant à la définition de la mortinatalité.
Depuis 1997, un certificat spécifique a été mis en place pour les décès néonataux. On ne dispose pas de l'analyse détaillée (terme, pluralité, délai du décès par rapport à la naissance) pour La Réunion.

■ Taux de mortalité périnatale

Entre 1985 et 2000, la mortalité périnatale a fortement diminué, passant de 16,1 à 11,2 enfants sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour mille naissances (tableau 1). La brusque ré-augmentation observée en 2002 (13 pour 1 000) est due au changement de réglementation consécutif à l'abaissement du seuil d'enregistrement de ces décès. Avant 2001 aucun acte n'était établi pour les enfants morts-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). En 2001, une circulaire a modifié cette disposition, le seuil d'enregistrement est désormais de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids d'au moins 500 grammes (seuils préconisés par l'OMS).
Entre 2002 et 2003, le taux a encore fortement augmenté et atteignait 15,2 pour mille. Ces mêmes tendances s'observent pour les taux métropolitains.
Le taux réunionnais a baissé en 2004 mais reste élevé en 2005. Par ailleurs, la situation à La Réunion est beaucoup moins favorable que pour les départements métropolitains, puisque les taux réunionnais sont très largement supérieurs aux taux métropolitains (Tableau 1).

■ Taux de mortinatalité

Au cours des 3 dernières décennies le taux de mortinatalité a suivi la même évolution que la mortalité périnatale. En 2005, il s'élevait à 10,4 pour 1 000 naissances. Ce taux reste encore très nettement supérieur à celui de la métropole de 8,8 pour 1 000 (Tableau 1)..

■ Taux de mortalité néonatale

Comme en métropole, entre 1985 et 2000, la mortalité néonatale à La Réunion a diminué, passant de 6,4 à 4,0 pour 1 000.
Depuis 2002, on observe une nouvelle tendance à la hausse puisque le taux est passé de 4,6 en 2002 à 5,7 décès en 2005. Cette tendance ne s'observe pas en métropole.
Les taux réunionnais sont toujours très largement supérieurs aux taux métropolitains (2,3 pour 1 000 en 2005) (Tableau 1).

■ Indicateurs complémentaires

Taux de mortalité infantile
A La Réunion, le taux de mortalité infantile a diminué de 10,3 en 1985 à 5,6 en 2000. Cependant, depuis 2002, on observe une stagnation, voire une reprise à la hausse de la mortalité infantile, passant de 6,4 en 2002 à 7,9 en 2005.
Les taux réunionnais restent encore très largement supérieurs aux taux des départements métropolitains mais se situent derrière les taux de la Guyane et de la Martinique (Tableau 1 et Graphique 1).

Synthèse

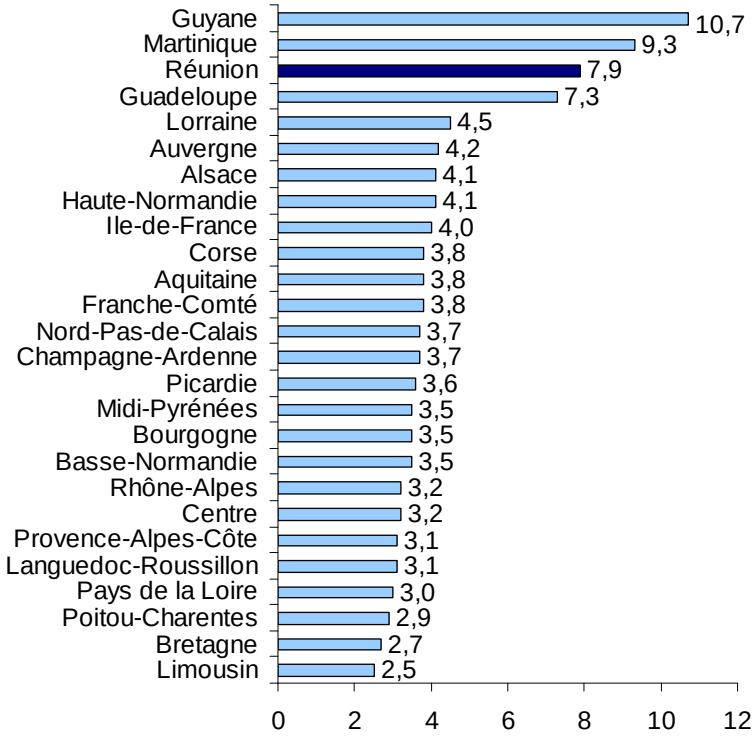
Après une longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale était depuis 2000 sur une pente croissante. Si le changement de réglementation intervenu en 2001 est responsable de la hausse brusque de cet indicateur en 2002, il n'explique pas la totalité de cette évolution. L'année 2005 enregistre une nouvelle tendance à la hausse avec un taux égal à 14,4 pour 1 000.
De même, la mortalité néonatale et la mortalité infantile enregistrent de nouvelles augmentations en 2005. A l'inverse, la mortinatalité connaît une baisse en 2005.
Cependant, en dépit des fortes baisses observées entre 1985 et 2000, les indicateurs réunionnais restent nettement supérieurs à ceux de la métropole.

Tableau 1. Mortalité périnatale, néonatale et infantile.

	Taux de mortalité néonatale		Taux de mortalité infantile		Taux de mortalité périnatale		Taux de mortinatalité	
	Enfants décédés à moins de 28 jours pour 1000 enfants nés vivants		*Enfants décédés à moins de 1 an pour 1000 enfants nés vivants*		*Enfants décédés à moins de 28 jours ou morts-nés pour 1000 enfants nés vivants ou sans vie*		*Enfants sans vie pour 1000 enfants nés vivants ou sans vie*	
	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole	Réunion	Métropole
1985	6,4	4,6	10,3	8,3	16,1	10,7	11,5	7,3
1990	4	3,6	6,8	7,3	13,3	8,3	10,6	5,9
1995	4,4	2,9	7	4,9	10,7	7,4	7,3	5,3
2000	4	2,8	5,6	4,4	11,2	6,5	8,4	4,5
2001	5,3	2,8	6,9	4,4	7,8	6,9	4,2	4,8
2002	4,6	2,7	6,4	4,1	13,0	9,9	9,9	8,1
2003	5,3	2,6	7,3	4,0	15,2	10,7	11,0	8,9
2004	4,7	2,5	6,6	3,8	14,2	10,8	10,8	9
2005	5,7	2,3	7,9	3,5	14,4	10,4	10,4	8,8

Source : INSERM-CépiDc, INSEE

Graphique 1 – Taux de mortalité infantile par région, en France en 2005



Source : INSERM-CépiDc, INSEE

CHAMP : Ile de La Réunion; France métropolitaine.

SOURCES : Données démographiques - INSEE, Causes médicales de décès - INSERM-CépiDC.

METHODOLOGIE :
- Mortinatalité : rapport du nombre annuel de décès fœtaux (à partir de 22 SA et/ou poids supérieur à 500 gr) à l'ensemble des naissances.
- Mortalité périnatale : rapport du nombre annuel de décès fœtaux et néonatals précoces (avant une semaine de vie) à l'ensemble des naissances.
- Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (avant 28 jours de vie) à l'ensemble des naissances vivantes.
- Mortalité infantile : rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant 1 an à l'ensemble des naissances vivantes.

LIMITES ET BIAIS : données exhaustives. Changement du seuil d'enregistrement en 2001.

REFERENCES :
- *Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Travail (STATISS)*. DREES, DRASS de La Réunion.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 162-163.

Objectif 46

Diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines (GEU) responsables d'infertilité

L'objectif proposé par la loi de santé publique est de ***diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines (GEU) responsables d'infertilité****.*
Malgré une tendance à la supériorité du traitement médical, notamment par rapport à la salpingectomie, il n'est pas actuellement démontré que le traitement des grossesses extra-utérines modifie la fertilité ultérieure ; il est en effet possible que ce soit les mêmes causes qui induisent les GEU et les troubles de la fertilité.
On distingue en effet deux types de GEU : les premières surviennent en cours de contraception (« échec de contraception ») et ne sont généralement pas compliquées de troubles de la fertilité ; les autres se produisent en dehors de toute contraception (« échec d'un projet reproductif »). Ces dernières sont favorisées par des facteurs tels que le tabagisme ou les infections génitales à chlamydia et correspondent souvent à une fertilité ultérieure dégradée. Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002 qui recouvre toutefois des évolutions différentielles : les GEU sous contraception ont diminué pendant la période, alors que les GEU qui correspondent à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17% entre 1997 et 2002. Cet accroissement pourrait être lié à une augmentation des infections à chlamydia trachomatis et du tabagisme.

■ Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines (ratio pour 100 naissances vivantes)

En 2007, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 239 séjours motivés par une grossesse extra-utérine. Ce nombre de séjours a augmenté entre 2004 et 2007, ainsi que le ratio pour 100 naissances vivantes qui est passé de 1,5 en 2004 à 1,6 en 2007. Dans le même temps, les modes de traitement se sont modifiés. L'intervention est réalisée sous cœlioscopie dans un peu moins d'un tiers des cas. La part des interventions de chirurgie ouverte (laparotomie) à La Réunion, a diminué entre 2004 et 2007 tandis que celle par traitement médicamenteux a augmenté (Tableau 1).

Le ratio pour 100 naissances vivantes semble augmenter avec l'âge : en 2005, il passait de 0,6 chez les femmes âgées de 25-29 ans à 1,9 chez les femmes de 40 ans et plus. A noter que ce ratio est de 1,7 chez les femmes âgés de moins de 20 ans (Tableau 2). Ce ratio varie également selon les régions passant de 1,3 en Picardie à 3,1 en Martinique. La Réunion fait partie des régions où le ratio pour 100 naissances est le plus bas (1,4) (Tableau 3).

Le mode de traitement diffère en fonction de l'âge : le traitement médicamenteux apparaît plus souvent employé chez les moins de 30 ans tandis que le recours à la chirurgie ouverte semble plus fréquent chez les femmes âgées de 35 ans et plus (Tableau 2).

Synthèse

En 2007, les grossesses extra-utérines ont été à l'origine de 239 séjours hospitaliers MCO.
Le ratio pour 100 naissances vivantes était globalement de 1,6. Il semble augmenté avec l'âge.
En 2005, La Réunion était une des régions dont le ratio était le plus faible.
Dans la région, les GEU sont principalement traitées par cœlioscopie. Entre 2004 et 2007 on observe une augmentation du traitement par médicaments et une diminution des interventions par chirurgie ouverte.

Tableau 1. Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour grossesses extra-utérine à La Réunion 2004-2007

Année	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (%)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
2004	217	1,49	8,8	65,0	26,3
2005	212	1,45	6,1	61,3	32,5
2006	219	1,51	5,5	60,7	33,8
2007	239	1,61	8,4	60,3	31,4

Sources : Base locale PMSI – DRASS, Données démographiques – INSEE Réunion

Tableau 2. Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour grossesses extra-utérines à La Réunion, selon l'âge de la femme en 2005

Groupes d'âges	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (%)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Moins de 20 ans	22	1,72	13,6	45,5	40,9
20 à 24 ans	31	1,00	3,2	54,8	41,9
25 à 29 ans	38	0,60	2,6	63,2	34,2
30 à 34 ans	61	1,73	4,9	68,9	26,2
35 à 39 ans	47	2,15	8,5	55,3	36,2
40 ans et plus	13	1,90	7,7	84,6	7,7
Total tous âges	**212**	1,45	**6,1**	**61,3**	**32,5**

Sources : Base locale PMSI – DRASS, Données démographiques – INSEE Réunion

CHAMP : Ile de La Réunion – Régions Françaises, femmes en âge de procréer.

SOURCES : Base locale PMSI pour les séjours hospitaliers – DRASS Réunion, Etat civil pour les naissances – INSEE Réunion, Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - DHOS, Athi, exploitation DREES, Etat civil pour les naissances - INSEE

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Ont été retenus, pour repérer les grossesses extra-utérines, les séjours comportant le code CIM10 000 en diagnostic principal ; les GEU ont été ventilées selon le mode de traitement (laparotomie, cœlioscopie ou médicaments) à partir des codes sur les trompes, les ovaires ou l'utérus mentionnés dans le séjour ; en cas d'association de modes de traitement, c'est le « plus lourd » qui a été retenu (par exemple laparotomie si le séjour mentionne un acte de chirurgie ouverte et un acte réalisé sous cœlioscopie) ; les séjours ne comportant aucun acte ont été regroupés avec ceux mentionnant un traitement médicamenteux.

LIMITES ET BIAIS : Pour les données par régions, les unités de compte sont des séjours et non des patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totale d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94% en 1998 à 99% en 2005.

REFERENCES :

- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p164-165.

Tableau 3. Hospitalisations annuelles* en soins de courte durée MCO pour grossesses extra-utérine selon la région de résidence de la femme en 2005

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Proportion de femmes d'âges extrêmes** (%)		Répartition selon le mode de prise en charge (%)		
			GEU	Naissances vivantes	Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Martinique	160	3,10	41,7	33,8	19,2	48,1	32,7
Corse	70	2,51	27,8	23,3	22,2	63,9	13,9
Guadeloupe	170	2,22	34,5	32,1	19,6	48,2	32,2
Limousin	130	1,83	31,1	20,2	6,1	81,0	12,9
Midi-Pyrénées	530	1,78	29,1	23,3	12,0	64,0	24,0
Aquitaine	580	1,76	30,7	22,0	5,9	82,2	11,9
Champagne-Ardenne	280	1,75	28,9	18,7	14,4	54,4	31,2
PACA	980	1,74	33,6	23,9	9,9	65,4	24,7
Basse-Normandie	290	1,73	26,3	19,0	6,8	56,0	37,2
Franche-Comté	250	1,73	33,7	19,1	9,6	54,2	36,2
Haute-Normandie	390	1,70	25,3	19,0	7,4	65,8	26,8
Alsace	370	1,68	33,2	20,4	10,5	50,4	39,1
Lorraine	450	1,67	24,9	18,9	15,0	62,7	22,3
Languedoc-Roussillon	470	1,66	34,0	22,8	7,7	78,5	13,8
Guyane	100	1,65	29,3	30,8	46,5	32,3	21,2
Bourgogne	290	1,63	32,8	19,8	7,7	60,3	32,0
Poitou-Charentes	300	1,63	29,0	19,7	8,2	71,3	20,5
Auvergne	230	1,61	28,9	20,1	7,1	68,5	24,4
Pays de la Loire	710	1,60	28,6	18,1	10,2	61,1	28,7
Ile-de-France	2 810	1,59	30,5	25,1	9,1	64,5	26,4
Centre	470	1,59	28,5	19,9	12,9	59,3	27,8
Bretagne	530	1,47	32,4	20,2	12,2	63,3	24,5
Nord-Pas-de-Calais	790	1,43	24,2	18,9	10,0	62,7	27,3
La Réunion	**210**	**1,42**	**40,0**	**28,5**	**7,1**	**62,9**	**30,0**
Rhône-Alpes	1 080	1,37	30,5	21,0	11,2	70,2	18,6
Picardie	330	1,33	29,2	19,3	12,4	58,7	28,9
France entière	**12 970**	**1,61**	**30,2**	**21,9**	**10,5**	**64,2**	**25,3**

Sources : Bases nationales PMSI – DREES, Etat civil - INSEE

* Chiffres arrondis

** Femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 ans et plus.

Objectif 48 — Cancer du col de l'utérus : poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans

Entre 1980 et 2000, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,9%. Cette diminution semble attribuable pour une grande partie au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin dont la pratique est largement répandue en France. En effet, ce dépistage permet la découverte et le traitement de nombreuses lésions pré-cancéreuses avec un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer. L'augmentation de la couverture des frottis devrait permettre de maintenir la diminution de l'incidence de ce cancer. Le dépistage ciblera plus particulièrement les femmes de 25 à 65 ans. La loi de santé publique se donne pour objectif de ***poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 65 ans et l'utilisation du test HPV (Human papillomna virus)****. Le test HPV est recommandé en France pour la conduite diagnostique en cas de frottis cervico-utérin présentant des atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US, classification de Bethesda 2001). Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données permettant de suivre le taux de prescription de ce test.*

■ Indicateurs principaux

En 2003, 56 cancers du col de l'utérus ont été diagnostiqués sur l'île (Graphique 1). C'est le 3ème cancer le plus fréquent chez les Réunionnaises (6ème chez les Métropolitaines).
Le cancer du col utérin est le cancer de la femme jeune : 30% des nouveaux cas surviennent entre 35 et 44 ans en 2003. En revanche, les décès par cancers du col utérin surviennent majoritairement après 65 ans (65%).

L'incidence brute du cancer du col utérin était de 14,6 cas pour 100 000 femmes en 2003 (incidence standardisée sur la population mondiale de 13,0 cas pour 100 000 femmes).
Le taux brut d'incidence augmente sensiblement avec l'âge : de 7 cas pour 100 000 femmes de 30-34 ans, l'incidence augmente réellement à partir de 35 ans (27,3 cas pour 100 000 femmes) pour atteindre un pic chez les femmes de 80-84 ans (94,4 cas pour 100 000 femmes, Graphique 2).

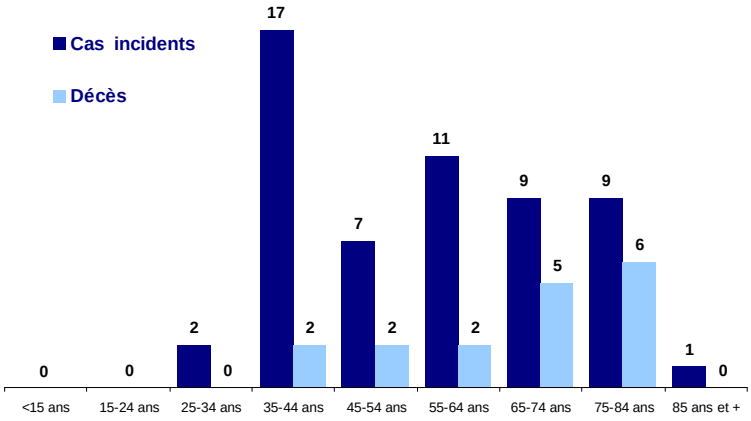
L'incidence du cancer du col a diminué depuis les années 1995 : soit une baisse globale de 21% entre 1995 et 2003. La tendance est également à la baisse en ce qui concerne la mortalité.

Les taux d'incidence standardisés (sur la population mondiale) dans notre région dépassent ceux observés au niveau métropolitain : 13 cas pour 100 000 Réunionnaises en 2003 contre 8 cas pour 100 000 Métropolitaines en 2000. Le constat est le même pour la mortalité par cancer du col utérin, La Réunion apparaît en surmortalité pour ce cancer (Graphique 3).

Synthèse

En 2003, 56 cancers du col de l'utérus ont été diagnostiqués sur l'île, soit un taux brut d'incidence de l'ordre de 15 cas pour 100 000 Réunionnaises.
Les évolutions d'incidence et de mortalité sont en baisse dans la région, comme au niveau national.
Néanmoins, La Réunion est caractérisée par des taux d'incidence et de mortalité du cancer du col supérieurs aux valeurs nationales.
Une meilleure couverture du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) pourrait permettre de diminuer encore cette incidence. Les données nationales ont montré de fortes variations de la pratique du dépistage selon l'âge et la catégorie socio-professionnelle.

Graphique 1 – Effectifs de mortalité et cas incidents du cancer du col utérin par âge à La Réunion en 2003



Sources : Registre des cancers (Département de La Réunion), INSERM CépiDC

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

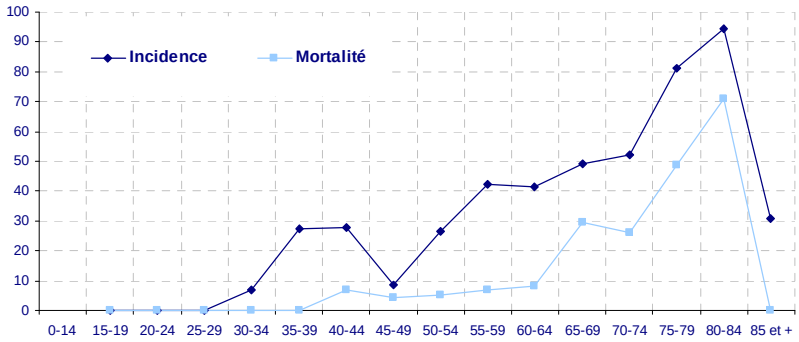
SOURCES : Registre des cancers géré par le Département de La Réunion pour les données d'incidence ; les données de mortalité sont issues de la statistique nationale des causes de décès élaborée annuellement par le CépiDC de l'INSERM, et établie à partir de la certification médicale.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : nombre de décès annuels ayant pour diagnostic principal le cancer du col de l'utérus (C53, code CIM10).

LIMITES ET BIAIS :
Les données comparatives Incidence / mortalité datent de 2003.
Les biais sont liés à la qualité de certification des décès.

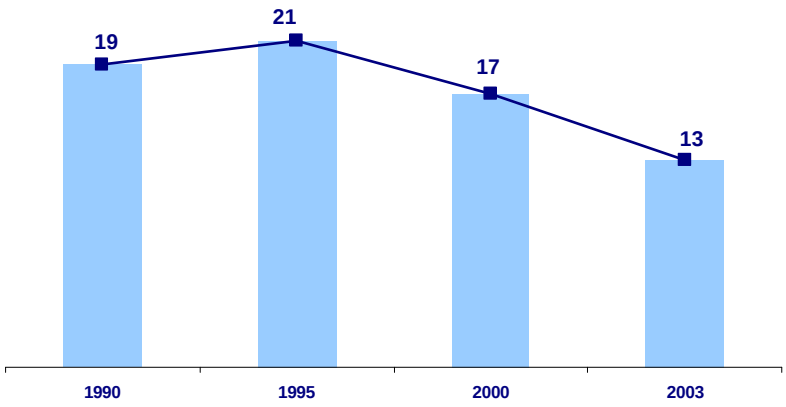
REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p168-169.
- *Tableau de bord sur le cancer du col et du corps de l'utérus*. ORS Réunion ; octobre 2007 ; 4p.
- *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten *et al.* InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.

Graphique 2 – Taux bruts* d'incidence et de mortalité du cancer du col utérin par âge à La Réunion en 2003



Sources : Registre des cancers (Département de La Réunion), INSERM CépiDC
* Taux bruts pour 100 000 femmes

Gaphique 3 – Evolution du taux d'incidence standardisé* du cancer du col utérin à La Réunion entre 1990 et 2003



Sources : Registre des cancers (Département de La Réunion), INSERM CépiDC
* taux standardisé sur la population mondiale (IARC 1976), taux pour 100 000 femmes

Objectif 50 Réduire le pourcentage de cancers diagnostiqués à un stade avancé parmi les cancers dépistés

Le pronostic du cancer du sein est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. L'objectif de la loi de santé publique est ***de réduire le pourcentage de cancers diagnostiqués à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans.***
Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004, sur la base d'un cahier des charges publié en 2001. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Les données relatives au dépistage organisé sont disponibles annuellement: l'Institut de veille sanitaire, chargé de l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé, recueille et analyse les données fournies par les structures de gestion départementales et produit un rapport d'activité annuel. Le taux de couverture du dépistage correspond à la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage, soit dans le cadre du programme national, soit en dehors du programme (dépistage individuel). Les données relatives au seul dépistage individuel (dit aussi spontané) ne sont pas disponibles.
Les informations concernant l'ensemble du dépistage (organisé et individuel) sont donc des estimations issues d'enquêtes ou de bases médico-administratives.

■ Stade au diagnostic pour le dépistage organisé du cancer du sein

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé début 2004. Le programme de dépistage organisé du cancer du sein offre tous les deux ans, aux femmes de 50 à 74 ans, une mammographie identique à celle réalisée dans le cadre du dépistage individuel avec toutefois, en plus, une vérification (2ème lecture) de chaque mammographie normale en première lecture.

Les données locales ne nous permettent pas d'observer le stade du cancer au moment du dépistage.
Néanmoins, le nombre de femmes dépistées est ainsi passé de 18 530 en 2005 à 21 743 en 2007, soit une augmentation de 17% en 2 ans. Le taux de détection des cancers est passé de 3,4 cancers pour mille femmes dépistées en 2005 contre 2,9 ‰ en 2006 (Tabelau 1). En métropole, ce taux est resté relativement stable sur la période 2002-2004 (entre 6,6 et 7,0 ‰ sur les 3 années).

■ Indicateurs complémentaires

Taux de participation au programme organisé de dépistage
Le taux de participation au programme organisé est calculé tous les ans. Le taux de participation en 2006 était de 45,6%. Il a progressé de presque 23% en un an, atteignant près de 56% en 2007 (Graphique 1).
Les taux sur deux ans reflètent mieux les invitations qui se font sur 2 années. Le taux de 2006-2007 était de 50,9%, légèrement au-dessus du taux national qui se situait à 49,9 sur la même période. Néanmoins, la progression 2006-2007 était nettement plus modeste pour la moyenne nationale (Tableau 2).
La référence européenne pour le taux de participation est d'atteindre au moins 70%. Les études scientifiques montrent qu'une telle participation permettrait une diminution de l'ordre de 30% de la mortalité par cancer du sein. Sur la période 2006-2007, un seul département a atteint ce seuil de 70% de participation.

En France, le taux de participation calculé sur l'ensemble des départements augmente régulièrement : 40,1% en 2004, 44,8% en 2005, 49,0% en 2006, et 50,7% en 2007 (Carte 1).
A La Réunion, hormis le creux observé en 2006 probablement en lien avec la crise du chikungunya, la tendance globale 2004-2007 est également à la hausse.

Synthèse

La généralisation du programme de dépistage du cancer du sein a été effective début 2004. Sur la période 2006-2007, près de 39 000 Réunionnaises de 50 à 74 ont été dépistées. En 2006, 50 cancers du sein ont été dépistés dans le cadre de ce programme, soit 2,9 cancers pour 1 000 femmes dépistées.
En France, la participation au dépistage organisé du cancer du sein continue sa progression. Le taux sur 2006-2007 était de 49,9%. Sur cette même période, le taux régional se situait juste en dessus du niveau national : 50,9%, avec une forte progression de ce taux entre 2006 et 2007.

Tableau 1 - Principaux résultats du programme de dépistage organisé du cancer du sein

	2004	2005	2006	2007
Nombre de femmes invitées	33 455	36 457	44 758	
Pourcentage de femmes de 50 à 74 ans couvertes par le dépistage organisé		54	59	
Nombre de femmes dépistées		18 530	17 090	21 743
Nombre de cancers dépistés	70	63	50	
Taux de cancers pour 1 000 femmes dépistées		3,4	2,9	

Sources : Mammorun, InVS

CHAMP : France entière, femmes de 50 à 74 ans.

SOURCES : Programme de dépistage organisé du cancer du sein - InVS. Le réseau Mammorun est la structure de gestion du programme au niveau départemental. Données démographiques - INSEE

LIMITES ET BIAIS : données relatives au dépistage individuel et leur part dans le dépistage du cancer du sein.

REFERENCES :

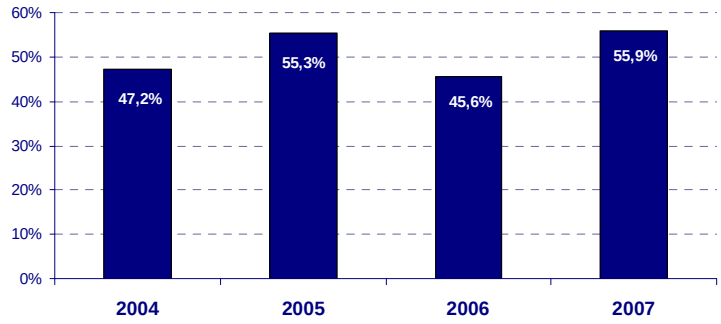
- InVS : http://www.invs.sante.fr/
- *Estimation de l'impact du dépistage organisé sur la mortalité par cancer du sein, Contexte, méthodologie et faisabilité*. Groupe collaboratif : Structures de gestion du dépistage, Réseau français des registres de cancers Francim, Centres de lutte contre le cancer, Institut de veille sanitaire ; maladies chroniques et traumatismes ; mars 2007 ; 105p.
- *Plus de 4 millions de femmes ont participé au dépistage organisé du cancer du sein en 2006 et 2007*. InVS ; Communiqu2 de presse du 7 avril 2008 ; http://www.invs.sante.fr/.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 172-175.

Tableau 2 – Participation au dépistage organisé du cancer du sein – Année 2006 et 2007

	2006			2007			2006-2007		
	Nbre de femmes dépistées	Population INSEE cible	Taux de participation**	Nbre de femmes dépistées	Population INSEE cible	Taux de participation**	Nbre de femmes dépistées	Population INSEE cible	Taux de participation**
Réunion	17 090	37 455*	**45,6**	21 743	38 895*	**55,9**	38 833	152 701*	**50,9**
Antilles-Guyane	25 541	57 565	**44,4**	26 140	59 751	**43,7**	51 681	234 632	**44,1**
France	2 082 032	4 245 870	**49,0**	2 182 332	4 301 421	**50,7**	4 264 321	17 094 581	**49,9**

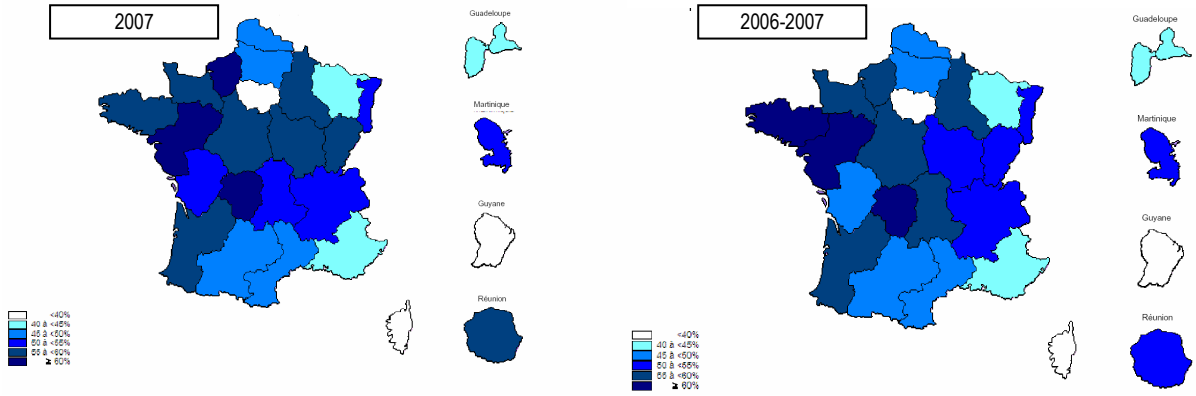
Source : InVS * estimation provisoire ** taux de participation à partir de la population cible INSEE

Graphique 1 – Evolution du taux de participation INSEE au dépistage organisé du cancer du sein à La Réunion depuis 2004.



Source : INVS

Carte 1 – Taux de participation INSEE au dépistage organisé du cancer du sein, par région, en 2007 et en 2006-2007



Source : INVS

Objectif 51 Améliorer les conditions de détection précoce du mélanome

Le mélanome de la peau est la plus grave des tumeurs malignes cutanées, car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital. La loi de santé publique s'est fixée ***d'améliorer les conditions de détection précoce du mélanome****. Entre 1980 et 2000, l'incidence du mélanome de la peau était en constante augmentation, avec un taux d'accroissement annuel de 5,93% chez l'homme et 4,33% chez la femme. Au cours de cette même période, la mortalité n'a pourtant augmenté que modérément passant de 1,3 à 2,3 pour 100 000 décès (en 2000, on comptait 7231 nouveaux cas de mélanome et 1 364 décès). L'évolution dissociée entre incidence croissante et mortalité modérée témoigne de la part croissante des formes de mélanomes à extension superficielle accessibles à la détection précoce avant une dissémination.*

■ Indicateur principal

Proportions de mélanomes dépistés à un stade précoce (indice de BRESLOW).
L'indice de Breslow est un score permettant d'évaluer le pronostic de survie globale à 5 ans d'un malade atteint d'un mélanome. Il mesure l'épaisseur tumorale maximale d'un mélanome, c'est-à-dire l'épaisseur entre la partie supérieure de la granuleuse épidermique (immédiatement sous la couche cornée) et la cellule tumorale la plus profonde.
Il est recommandé lors de l'enregistrement d'un cas de mélanome dans les registres de cancers ; toutefois, il n'est pas systématiquement renseigné (notamment, il ne peut être formellement établi lorsque la tumeur est ulcérée ou régressive).
A La Réunion, le registre des cancers ne permet pas d'avoir cet indicateur[3].
Les données nationales ont montré que l'incidence des mélanomes de faible épaisseur avait augmenté ces dix dernières années, chez les hommes comme chez les femmes.

■ Indicateurs complémentaires

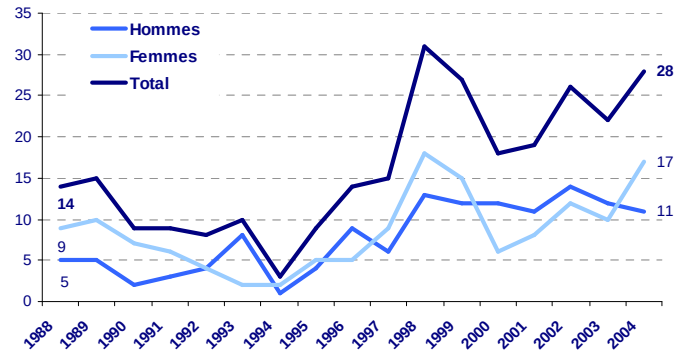
Taux d'incidence des mélanomes
A La Réunion, 28 mélanomes ont été diagnostiqués en 2004 (Graphique 1) : 17 chez les femmes et 11 chez les hommes (Tableau 1). Le taux d'incidence standardisé4 des mélanomes était respectivement de 2,9 pour 100 000 hommes et 4,0 pour 100 000 femmes (Graphique 2). Les taux standardisés réunionnais sont 2 fois moins élevés que ceux observés en métropole (respectivement 7,6 pour 100 000 pour les hommes, 8,8 pour 100 000 femmes).

Synthèse

A La Réunion, l'incidence des mélanomes suit une tendance globale à la hausse.
Les données régionales actuelles ne nous permettent pas d'indiquer le stade tumoral au moment du dépistage.
En métropole où l'incidence n'a cessé d'augmenter également, les données disponibles montrent que ce sont majoritairement les mélanomes de faible épaisseur qui ont progressé.

3 Néanmoins le registre des cancers à La Réunion enregistre depuis quelques années le TNM.
Le stade tumoral ou stade d'extension du néoplasme est défini en fonction :
- de la taille de la tumeur et/ou de son niveau d'extension locale : T
- du nombre éventuel de ganglions lymphatiques envahis : N
- de l'existence ou non de métastases : M
Ces paramètres constituent pour la plupart des cancers des indicateurs pronostiques importants. Ces paramètres font l'objet d'un système de codification international : le système TNM (T : caractères de la tumeur primitive, N (node) : extension ganglionnaire, M : métastases)
4 Standardisation sur la population mondiale

Graphique 1 – Evolution annuelle du nombre de mélanomes diagnostiqués à La Réunion selon le sexe entre 1988 et 2004



Source : Registre des cancers de La Réunion (Département)

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : Registre des cancers géré par le Département de La Réunion.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : L'indicateur a été construit à partir des mélanomes enregistrés dans le registre des cancers de La Réunion.

LIMITES ET BIAIS :
Les dernières données validées disponibles datent de 2004.
Le registre des cancers de La Réunion ne recueille pas l'indice de Breslow qui permet d'évaluer le stade tumoral. Il n'y a pas d'informations sur le stade de la tumeur au moment de son dépistage.

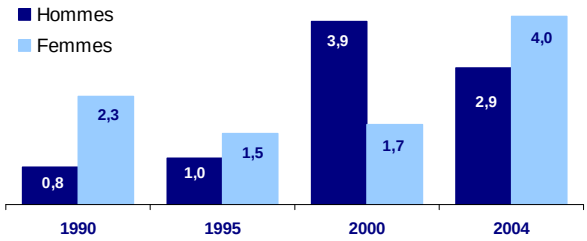
REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p176-177.

Tableau 1 – Répartition des mélanomes diagnostiqués à La Réunion en 2004, selon le sexe

	Hommes	Femmes	Ensemble
< 25 ans	0	0	0
025-29ans	0	2	2
030-34ans	1	0	1
035-39ans		2	2
040-44ans	2	3	5
045-49ans	2	0	2
050-54ans	2	2	4
055-59ans	3	3	6
>60 ans	1	5	6
Total	**11**	**17**	**27**

Source : Registre des cancers de La Réunion (Département)

Graphique 2 – Evolution des taux d'incidence annuelle standardisés* à La Réunion



Source : Registre des cancers de La Réunion (Département)
* taux d'incidence pour 100 000 habitants standardisés sur la population mondiale

Objectif 54 — Diabète : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique

D'après les données de l'assurance maladie, entre 16 % et 72 % des personnes diabétiques traités par antidiabétiques oraux bénéficiaient d'une surveillance conforme aux bonnes pratiques cliniques en 2000. La loi de santé publique a pour objectif d'améliorer la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline, afin de réduire la fréquence des complications du diabète envisagées dans l'objectif 55. Ainsi, 80 % des diabétiques devraient bénéficier en 2008 des recommandations de bonnes pratiques cliniques émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS et la HAS. Le suivi du diabète inclut le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins 3 fois dans l'année en tant que témoin du contrôle glycémique sur les quatre derniers mois. Il prévoit également la réalisation annuelle d'un bilan lipidique à jeun ainsi que le dépistage précoce des complications du diabète, en particulier ophtalmologiques par un examen du fond d'œil, cardiaques avec un électrocardiogramme de repos et rénales avec un dosage de la créatininémie et la recherche d'albumine dans les urines. Les indicateurs de suivi de cet objectif sont donc des indicateurs de bonne pratique construits à partir des recommandations. Deux types d'indicateurs complémentaires sont utiles : la prévalence du diabète qui est un indicateur de contexte permettant de suivre l'évolution de la fréquence de la maladie ; le niveau des facteurs de risque vasculaire (HbA1c, pression artérielle et LDL-cholestérol) qui apportent des informations sur les résultats du suivi et du traitement, et qui constituent des indicateurs intermédiaires entre qualité des pratiques et état de santé.

■ Prévalence du diabète

La situation du diabète à La Réunion, comme celle des autres départements ou territoires français d'outre-mer, prend une ampleur plus inquiétante qu'en métropole[5]. L'étude Réunion-diabète (REDIA) qui a mesuré la prévalence du diabète, montrait que 11,2 % des Réunionnais de 30 à 69 ans déclaraient l'existence d'un diabète, soit une prévalence du diabète connu près de 4 fois plus élevée qu'en métropole (prévalence estimée à environ 3% en métropole).
Le nombre de personnes diabétiques (de type 2) traitées pharmacologiquement a été estimé à près de 29 600 en 2002. Plus de 7 diabétiques traiotés sur 10 l'étaient uniquement par des antidiabétiques oraux (Tableau 1).
A La Réunion, la prévalence du diabète traité était 1,8 fois supérieure à celle de la métropole[6] en 2002, selon les données de remboursement des caisses d'assurance maladie : 9,3% pour La Réunion contre 5,3% en métropole. Cependant, la prévalence du diabète traité ne tient pas compte des cas non diagnostiqués. L'enquête REDIA (Tableau 2) a montré qu'un tiers des diabétiques ignoraient qu'ils étaient malades au moment de l'enquête. Selon l'étude, la prévalence du diabète, connu et dépisté s'élevait à 17,5% et jusqu'à 40,2% chez les femmes âgées de 60 à 69 ans.
Par ailleurs, le nombre de nouvelles admissions annuelles en Affections de Longue Durée pour diabète (ALD 8), qui permet d'estimer l'incidence annuelle du diabète (de type 1 et 2), n'a cessé d'augmenter entre 2000 et 2004 (2 300 contre 3 600). En 2006 comme en 2005, ce nombre est en baisse, et avoisine 3 000 admissions en ALD pour ce motif.

■ Proportions de personnes diabétiques ayant eu dans l'année :

- au moins trois remboursements pour dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c),
- au moins deux remboursements pour dosages de l'HbA1c,
- au moins un remboursement pour dosage de la cholestérolémie (ou bilan lipidique),
- au moins un remboursement pour dosage des triglycérides (ou bilan lipidique),
- au moins un remboursement pour dosage de la créatininémie,

Ces indicateurs ont été estimés en 2002 à partir des résultats d'une enquête menée par la Direction Régionale du Service Médical (échantillon aléatoire de patients diabétiques, de type 2, traités).
Ainsi, en 2002, entre 11 et 75% des personnes diabétiques traitées par insuline ou antidiabétiques oraux ont bénéficié des examens recommandés (Tableau 3). Ces résultats révèlent qu'il n'y a pas de respect systématique de réalisation des examens de surveillance. Au sein des surveillances recommandées, la mesure de la créatininémie était la plus suivie ; la recherche de protéinurie par bandelette urinaire n'était pas intégrée à la consultation des patients diabétiques.
Ce contrôle insuffisant de la maladie est également retrouvé dans les études nationales. En 2003, selon les résultats de l'étude ENTRED[7], entre 25 et 77% des diabétiques traités pharmacologiquement ont bénéficié des examens recommandés, selon le type d'examen de surveillance. Ces résultats montrent que le suivi s'est amélioré entre 2001 et 2003, de façon très hétérogène pour les différents types d'examens.
A La Réunion, il n'y a pas de données disponibles sur l'évolution de ces paramètres.

Synthèse

En 2002, la prévalence du diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline été estimée à environ 4% de la population réunionnaise. La prévalence du diabète dans les DOM est de manière généralisée nettement supérieure à celle estimée en métropole.
L'adéquation de la surveillance des patients diabétiques aux recommandations de bonne pratique clinique reste insuffisante. En 2002, selon les types d'examen de surveillance, de 11% à 75% des patients diabétiques (de type 2) traités avaient bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif national est d'atteindre 80% en 2008 pour tous les examens.

[5] Le diabète de type 2 dans les DOM-TOM : un effet pervers de la modernité ; Papoz L. ; BEH 2002 ; 20-21:89-90.
[6] Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? ; Ricordeau P., Weill A., Vallier N., et al. ; Rev Med Ass Maladie ; 2002 ; 33 : 257-265.
[7] Prévalence des complications marcovasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude ENTRED 2001 ; Romon L., et al. ; BEH, n°12-13 ; mars 2005. http://www.invs.sante.fr/entred/

Tableau 1 – Nombre de patients diabétiques traités pharmacologiquement selon le type de traitement, à La Réunion en 2002

	La Réunion
Nombre de patients traités	29 545
Répartition selon le type de traitement (en %)	
Insuline seule	16,2%
Antidiabétiques oraux	71,3%
Insuline + antidiabétiques oraux	12,5%

Source : Enquête de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

CHAMP : Ile de La Réunion, personnes diabétiques de type 2 traités à La Réunion.

SOURCES : Enquête sur la prise en charge médicale et le contrôle du diabète de type 2 traité à La Réunion, réalisée par la Direction Régionale du Service Médicale.

METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude transversale sur un échantillon aléatoire de 237 patients âgés de 20 à 75 ans, remboursés d'au moins un antidiabétique oral ou insuline par la Caisse Générale de sécurité sociale, avec recueil de données lors de l'examen des diabétiques et par téléphone auprès des médecins traitants.

LIMITE ET BIAIS : La sélection des patients diabétiques à partir des données de remboursement des médicaments par l'Assurance Maladie peut être à l'origine de biais : erreurs de bénéficiaires, absence de demande de remboursement, codage non exhaustif du médicament .... Par ailleurs, l'accès à l'échantillon à travers le codage des médicaments limite la population d'étude aux seuls diabétiques diagnostiqués et traités par les médicaments indiqués dans le diabète. Le recoupement de plusieurs sources d'informations (déclarations des médecins, celles des patients, résultats d'analyses biologiques, ...) ont permis de limiter le recueil d'informations liés au caractère déclaratif de certaines données et de garantir une meilleure exhaustivité de certaines informations.

REFERENCES :

- *Prise en charge médicale et le contrôle du diabète de type 2 traité à La Réunion*. L. Prévot, C. Briatte, O. Heye, P. Potier, A. Soulas. Rev. Médicale de l'assurance maladie ; vol. 37, n°1 ; Janvier-mars 2006 ; pp : 27-39.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 178-181.

Tableau 2 – Taux de prévalence du diabète (connu + dépisté) à La Réunion (population des 30-69 ans), en %

	HOMMES			FEMMES		
	Diabète connu	Diabète dépisté	Total	Diabète connu	Diabète dépisté	Total
30-39 ans	2,5	4,9	7,3	2,7	3,6	6,3
40-49 ans	9,9	8,1	18	10,7	6	16,7
50-59 ans	20,2	8,8	29,1	21,0	7,5	28,6
60-69 ans	24,9	9,6	34,5	29,0	11,2	40,2

Source : Enquête REDIA (INSERM)

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 30 à 69 ans.

SOURCES : L'étude REDIA (Réunion-Diabète) a été organisée en 1999-2001 à la demande des médecins réunionnais. Elle a porté sur un échantillon de 3 600 personnes âgées de 30 à 69 ans réparties sur 4 villes de l'île. Les données étaient recueillies par entretien en face à face au domicile de l'enquêté, accompagnés d'examens complémentaires.

METHODOLOGIE : L'enquête comprenait une phase de dépistage à domicile où le participant passait un examen incluant notamment les mesures anthropométriques (poids et taille). Les définitions du surpoids et de l'obésité reposent sur les normes définies par l'OMS (cf. définitions).

LIMITES : Tirage au sort des habitations par la méthode des totaux cumulés sur la base des îlots de l'INSEE. La population d'étude correspondant aux personnes résidant en domicile ordinaire, dans les habitations sélectionnées, et répondant au critère d'âge notamment (30-69 ans). De ce fait, les personnes hors critères d'âge et en institutions en sont exclues.

BIAIS :
Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur le poids et la taille notamment. En effet, le poids et la taille n'ont été mesurés que pour les personnes dépistées par l'équipe REDIA.

REFERENCES :

- *Prévalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island - Etude REDIA*. F. Favier, I. Jaussent, N. Le Moullec et al. Diabetes Res Clin Pract, 2005 ;67(3) : 234-42.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 178-181.

Tableau 3 – Fréquence des examens* de dépistage ou de surveillance des complications associées au diabète, à La Réunion en 2002 (Adéquation du suivi aux recommandations)

Examen de dépistage ou de suivi	Effectif	%	IC 95%
Examens réalisés au cours de trois derniers mois			
Mesure de la pression artérielle	153	64,6	[58,5 ; 70,6]
Mesure du poids	173	73	[67,3 ; 78,6]
Equilibre glycémique			
Mesure de l'HbA1c ≤ 4 mois	105	44,3	[38,0 ; 50,6]
Examens réalisés au cours des 12 derniers mois			
Examen de la bouche	88	37,1	[31,0 ; 43,3]
Examen des pieds	**138**	**58,2**	**[51,9 ; 64,5]**
Electrocardiogramme de repos	115	48,5	[42,2 ; 54,9]
Examen ophtalmologique	**118**	**49,8**	**[43,4 ; 56,2]**
Bilan lipidique			
Dosage du cholestérol total	**164**	**69,2**	**[63,3 ; 75,1]**
Dosage du HDl	105	44,3	[38,0 ; 50,6]
Détemination du LDL	**108**	**45,6**	**[39,2 ; 51,9]**
Dosage des triglycérides	165	69,6	[63,8 ; 75,5]
Fonction rénale			
Dosage de la créatininémie	176	74,3	[68,7 ; 79,8]
Dosage de la microalbuminurie	110	46,4	[40,1 ; 52,8]
Recherche de protéinurie (bandelette urinaire)	27	11,4	[7,3 ; 15,4]

Source : Enquête de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)
Selon les dates communiquées par les médecins traitants

Objectif 55 — Diabète : réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardio-vasculaires

Les complications potentielles du diabète étant nombreuses, l'objectif proposé par la loi de santé publique est de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires. Les complications les plus graves ont été retenues : infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation).
Certains indicateurs ne sont pas disponibles et d'autres nécessitent d'être validés. Un objectif préalable consiste en l'amélioration du système d'information sur le diabète et ses complications. La mortalité liée au diabète ou à ses complications constitue un indicateur complémentaire, limité toutefois, car le codage du diabète n'est pas systématique pour les décès survenant du fait d'une de ses complications.

■ Prévalence et incidence de chacune des complications suivantes chez les personnes présentant un diabète : infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation, mal perforant plantaire et traitement par laser ophtalmologique.

Les taux de complications estimés sont issus de l'enquête de la Direction Régionale du Service médical en 2002 à partir des déclarations des patients diabétiques de type 2 ou de leur médecin traitant (Graphique 1). Le taux observé des complications associées au diabète montre que les micro et macroangiopathies sont bien réelles. C'étaient d 'ailleurs les microangiopathies qui étaient les plus fréquentes : un patient sur 5 souffrait de rétinopathie (déclarations concordantes entre patients et médecins traitants). La néphropathie concernait, quant à elle, une proportion équivalente de patients, avec une discordance apparente entre les déclarations des médecins et celles de leurs patients diabétiques. Cette atteinte semblait être ignorée par les patients alors qu'à La Réunion, le diabète est pourvoyeur d'insuffisance rénale chronique traitée par dialyse : 49% des patients dialysés sont diabétiques, contre 24% en métropole[8]. Les complications cardiaques sont également bien présentes.
Les discordances de résultats observées entre les déclarations des patients et celles de leur médecin traitant pourraient résulter d'une mauvaise interprétation de l'état de santé par le patient et/ou par une absence de dépistage des complications.

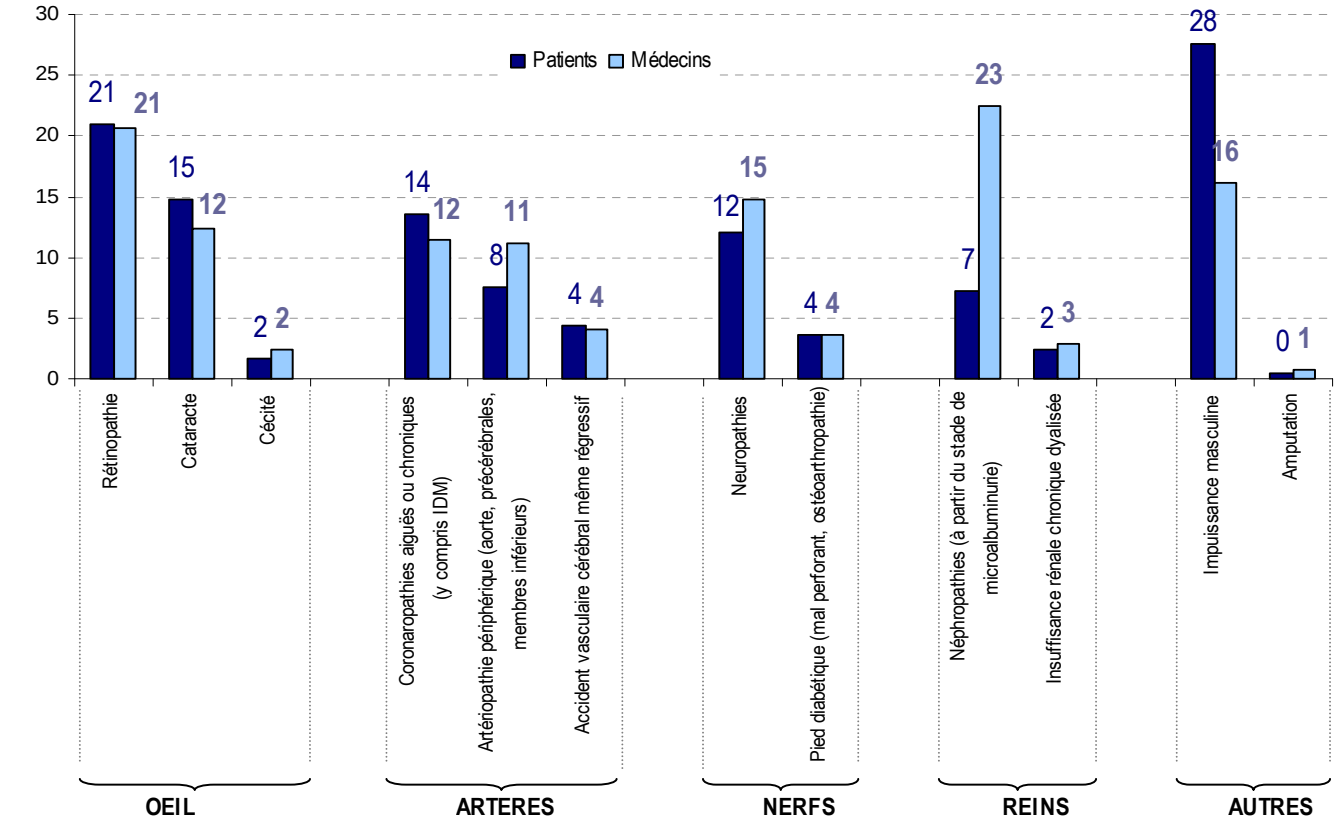
■ Hospitalisations des personnes diabétiques pour amputation ou plaie du pied

Les complications du diabète sont ainsi fréquentes et graves. Elles peuvent toucher notamment les microvaisseaux des nerfs périphériques. Ces dernières prédisposent aux plaies du pied, qui conduisent parfois à l'amputation.
Selon les données du PMSI exploitées par la DREES, La Réunion se place parmi les régions les plus à risques en termes d'hospitalisations pour plaies du pied. Ainsi, par rapport à la moyenne nationale, le taux standardisé d'hospitalisation pour plaie du pied était presque 7 fois supérieurs dans l'île en 2003 (175 pour 100 000 habitants, Carte 1).
Par ailleurs, une étude prospective sur les amputations des membres inférieurs chez les diabétiques à La Réunion, en 2001, avait permis de mettre en évidence une forte incidence des amputations dans notre région : sur un an, près de 280 amputations ont été réalisées sur 179 patients diabétiques.
La surveillance des patients diabétiques selon les recommandations de bonnes pratiques érigées par la Haute Autorité de Santé (HAS) s'avère nécessaire et importante pour limiter les complications du diabète.

De manière générale, on observe que le taux de recours hospitaliers ayant pour diagnostic principal le diabète est mulitplié par 3 dans notre région rapport à la métropole : soit 6 séjours pour 1 000 Réunionnais contre 2 pour les Métropolitains.

[8] Enquête nationale SROS – IRCT, résultats préliminaires et partiels ; CNAMTS / DHOS ; mai 2004.

Graphique 1 – Fréquence des complications présentes chez les patients diabétiques (de type 2) et identifiées par le patient ou par son médecin traitant, à La Réunion en 2002 (en %)



Source : Enquête de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

CHAMP : Ile de La Réunion, personnes diabétiques de type 2 traitées à La Réunion.

SOURCES : Enquête sur la prise en charge médicale et le contrôle du diabète (de type 2) traité à La Réunion, réalisée par la Direction Régionale du Service Médical.

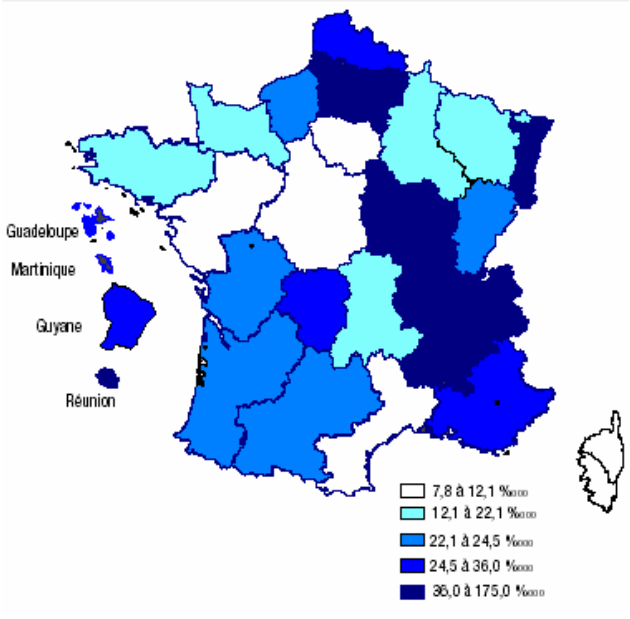
METHODOLOGIE : Il s'agit d'une étude transversale sur un échantillon aléatoire de 237 patients âgés de 20 à 75 ans, remboursés d'au moins un antidiabétique oral ou insuline par la Caisse Générale de sécurité sociale, avec recueil de données lors de l'examen des diabétiques et par téléphone auprès des médecins traitants.

LIMITE ET BIAIS : La sélection des patients diabétiques à partir des données de remboursement des médicaments par l'Assurance Maladie peut être à l'origine de biais : erreurs de bénéficiaires, absence de demande de remboursement, codage non exhaustif du médicament .... Par ailleurs, l'accès à l'échantillon à travers le codage des médicaments limite la population d'étude aux seuls diabétiques diagnostiqués et traités par les médicaments indiqués dans le diabète. Le recoupement de plusieurs sources d'informations (déclarations des médecins, celles des patients, résultats d'analyses biologiques, ...) ont permis de limiter le recueil d'informations liés au caractère déclaratif de certaines données et de garantir une meilleure exhaustivité de certaines informations.

REFERENCES :

- *Prise en charge médicale et le contrôle du diabète de type 2 traité à La Réunion.* L. Prévot, C. Briatte, O. Heye, P. Potier, A. Soulas. Rev. Médicale de l'assurance maladie ; vol. 37, n°1 ; Janvier-mars 2006 ; pp : 27-39.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 182-185.

Carte 1 – Taux standardisés d'hospitalisation en soins de courte durée (MCO) de personnes diabétiques présentant des plaies du pied en 2003
(quintiles)



Sources : Bases nationales PMSI - DREES, données démographiques - INSEE

CHAMP : France entière, données régionales.

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - DHOS, ATIH, exploitation DREES, Données démographiques - INSEE.

LIMITE ET BIAIS : Les unités de compte sont les séjours et pas les patients. Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 suivants en diagnostic principal : E10 à E14, G590 à G632, H280, H360, I792, M142, N083, O24, O240 à O243 et 249.

REFERENCE :

- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 182-185.

■ Nombre et taux décès ayant pour diagnostic principal le diabète

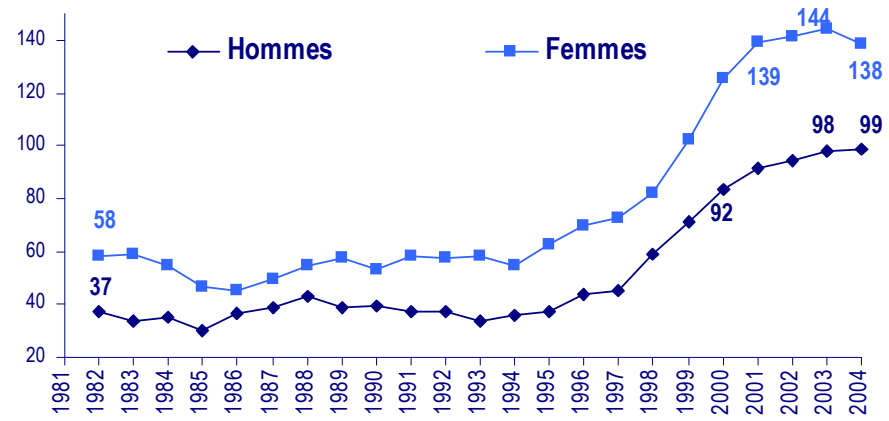
Sur la période 2003-2005, près de 240 décès ont pour diagnostic principal le diabète.
Les décès augmentent avec l'âge et sont plus fréquents chez les femmes (58% des décès sont féminins). Mais, ce chiffre ne tient pas compte des décès liés aux complications du diabète qui augmenteraient fortement l'impact de cette maladie sur la mortalité (Graphique 2).

L'évolution de la mortalité régionale ralentit sa croissance depuis le début des années 2000 et montre même un premier signe de fléchissement chez les femmes. Cependant, le diabète représente une part toujours croissante dans la mortalité toutes causes confondues, passant de 2,6% sur la période 93-95 à 5,8% en 2003-2005, soit plus du double.
La Réunion se place ainsi derrière toutes les régions métropolitaines en termes de mortalité : le taux comparatif de mortalité local est près de 3,6 fois supérieur au taux métropolitain (Tableau 1).

Synthèse

A La Réunion, les complications liées au diabète sont réelles et semblent même être nettement plus fréquentes sur l'île qu'en métropole : en particulier pour les plaies du pieds et/ou amputations où le taux de recours hospitaliers est 7 fois supérieure dans notre région.
Sur la période 2003-2005, le diabète était mentionné en cause principale sur plus de 240 certificats de décès de personnes domiciliées à La Réunion. Les taux standardisés de mortalité sont nettement plus élevés dans les DOM, et à La Réunion en particulier par rapport aux régions métropolitaines.
Les différentes données épidémiologiques présentées ici sont cohérentes avec la forte prévalence du diabète sur l'île. La Réunion apparaît en surmortalité et surmorbidité par rapport à la métropole.
Les conséquences du diabète, en termes de mortalité, de morbidité, de coûts financiers ou humains, prennent une ampleur particulièrement importante dans notre région.

Graphique 2 – Evolution du nombre* de décès ayant pour cause initiale le diabète



Source : INSERM CépiDc
* Données lissées sur 3 ans, l'année figurant sur le graphique

CHAMP : La Réunion, population tous âges.

SOURCES : causes médicales de décès – INSERM, CépiDC.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR :
Décès ayant pour cause principale le diabète sucré (code CIM10 : E10 à E14), de 1981 à 2004. Les données sont calculées sur une moyenne de 3 années, sur la base du nombre de décès annuels ayant pour diagnostic principal le diabète sucré (E10 à E14).

LIMITE ET BIAIS : Les biais sont liés à la qualité de certification des décès. Le diabète engendre de nombreuses complications, il est alors difficile de discerner la cause initiale du décès. Pour être plus proche de la réalité, il faudrait tenir compte de l'ensemble des décès pour lesquels le diabète est mentionné en cause initiale ou associée.

REFERENCES :
- *Tableau de bord sur le diabète à La Réunion* ; ORS Réunion ; novembre 2007 ; 4p.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 182-185.

Tableau 1 – Taux standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants) avec diabète comme cause principale en France sur la période 2003-2005/

	Ensemble	Moins de 65 ans
La Réunion	**61,5**	**7,0**
Basse-Normandie	14,1	2,3
Aquitaine	18,1	2,1
Picardie	21,1	2,8
Champagne-Ardenne	23,1	4,0
Bourgogne	20,2	2,8
France métropolitaine	**17,3**	**2,4**
Midi-Pyrénées	18,3	2,2
Auvergne	20,3	2,7
Bretagne	12,4	1,9
Provences-Alpes-Côtes d'Azur	16,4	2,1
Pays-de-la-Loire	14,0	2,0
Limousin	18,0	2,6
France-Comté	20,0	2,7
Alsace	22,0	2,8
Corse	16,5	2,7
Languedoc-Roussillon	20,5	2,5
Lorraine	21,5	3,1
Centre	17,6	2,4
Nord-Pas-de-Calais	22,6	4,2
Ile-de-France	12,7	1,9
Rhônes-Alpes	16,7	1,9
Poitou-Charentes	15,8	2,1
Haute-Normandie	18,9	3,0

Sources : INSERM CépiDc, INSEE (Exploitation ORS pour les données de La Réunion)

CHAMP : Région de France, population tous âges.

SOURCES : Les données sont issues de la statistique nationale des causes de décès élaborée annuellement par le CépiDC de l'INSERM, et établie à partir de la certification médicale, et de l'INSEE pour les estimations localisées de population.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Décès ayant pour cause principale le diabète sucré (code CIM10 : E10 à E14), de 1981 à 2004.
Le taux comparatif ou standardisé direct (sur l'âge) est le taux permettant de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge. C'est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence. La standardisation repose sur la population de France métropolitaine en 1990 (Inserm cépiDc).
Le taux standardisé ou taux comparatif de mortalité est calculé pour 100 000 habitants.
Les données pour les régions métropolitaines sont calculées par le Cépidc de l''INSERM (disponible sur leur site internet). Les données locales sont exploitées par l'ORS Réunion. Afin de lisser les variations annuelles, les données sont calculées sur une moyenne de 3 années, ici la période 2003-2005.

LIMITE ET BIAIS : Les unités de compte sont les séjours et pas les patients. Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 suivants en diagnostic principal : E10 à E14, G590 à G632, H280, H360, I792, M142, N083, O24, O240 à O243 et 249.

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 182-185.

Objectif 56

Maintenir, chez les personnes dépendantes aux opiacés et polytoxicomanes, l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogues et d'amorcer une baisse de l'incidence du VHC

Le taux de prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) chez les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En 2004, la séroprévalence globale du VHC était de 60 % contre 11 % pour le VIH dans la population des usagers de drogues pris en charge dans l'ensemble du dispositif spécialisé et chez les médecins généralistes. Différents facteurs peuvent expliquer cette différence : un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé et une plus grande résistance du VHC dans le milieu extérieur. L'objectif de la loi de santé publique est de ***maintenir, chez les personnes dépendantes aux opiacés et polytoxicomanes, l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogues et d'amorcer une baisse de l'incidence du VHC****. Les systèmes d'information disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas encore de mesurer l'évolution de l'incidence des séroconversions pour le VIH et le VHC.*
En ce qui concerne le VIH, il existe un système de notification obligatoire des nouveaux cas d'infection à VIH depuis mars 2003 qui est couplé à une surveillance des infections récentes (datant de moins de 6 mois). En pondérant les résultats du test d'infection récente par d'autres paramètres comme les comportements de dépistage, il est prévu d'estimer l'incidence du VIH. Pour le VHC, il a été choisi d'approcher l'incidence par la prévalence du VHC chez les usagers de drogues de moins de 25 ans. C'est en effet dans cette population que la prévalence dépend le plus fortement des nouvelles contaminations.
Une première enquête multicentrique avec prélèvement d'échantillons sanguins a été réalisée en 2004.
On dispose ainsi pour la première fois d'une mesure, à l'échelon national, de la prévalence réelle du VHC dans la population des usagers de drogues. Il faudra cependant attendre la réédition de cette enquête et d'autres enquêtes de ce type pour pouvoir mesurer les évolutions. En attendant, seules des données de prévalences déclaratives peuvent être utilisées pour tenter d'apprécier la tendance récente en matière de transmission du VHC.

■ Indicateur principal

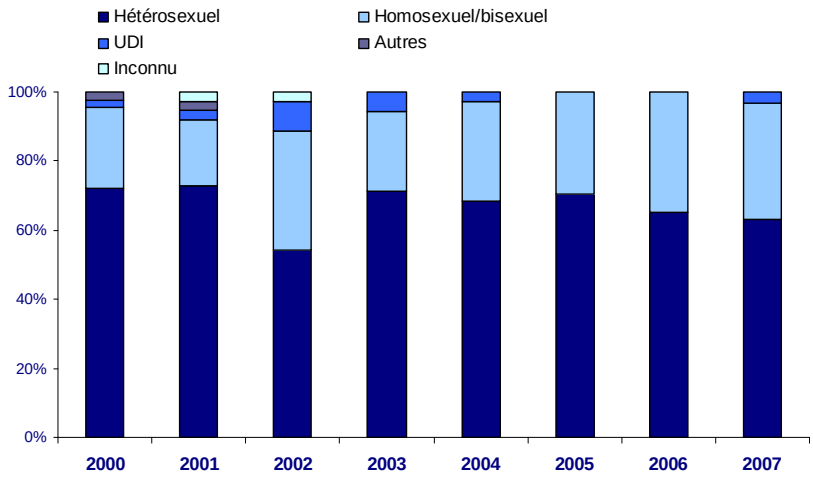
Nombre et proportion de nouveaux diagnostics à VIH chez les usagers de drogues injectables
Chaque année, entre 2000 et 2007, environ 35 découvertes de séropositivité au VIH ont été signalées dans notre région (données du COREVIH, ex-CISIH).
Seuls 2 modes de transmission dominent chez les nouveaux séropositifs : rapports hétérosexuels pour 2/3 des cas et rapports homosexuels ou bisexuels pour près d'1/3 des cas. La transmission du VIH par usage de drogues injectables (UDI) est rare. Entre 2000 et 2007, 9 transmissions par UDI ont été signalées, soit environ 1 cas par an. L'usage de drogues par voie intraveineuse n'est donc en cause que pour une proportion très faible des découvertes de séropositivité (0 à 9% selon les années, Graphique 1).

Les différentes enquêtes TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) menées dans notre région de 2001 à 2003 avaient permis de constater que l'injection n'était pas une pratique courante, elle ne concerne qu'une minorité d'usagers de drogues.

Synthèse

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH chez les usagers de drogues est très faible, soit 2% de l'ensemble des découvertes sur la période 2000-2007 : un cas en moyenne chaque année depuis 2000.
Selon les données des enquêtes successives TREND, l'injection de drogues est un phénomène marginal sur l'île (la « fumette » et le « sniff » étant des pratiques plus courantes parmi les usagers de drogues réunionnais).

Graphique 1 – Découvertes de séropositivité VIH par année de diagnostic et mode de contamination à La Réunion de 2000 à 2007



Source : COREVIH (ex-CISIH)

CHAMP : Ile de La Réunion.

SOURCES : COREVIH (COordination REgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine, Ex-CISIH), données d'activités des 2 services hospitaliers de l'île.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Nouveaux séropositifs dans la file active hospitalière de la région.
Nombre de nouveaux cas pour lesquels le mode de contamination imputé est l'injection de drogues, rapporté à l'ensemble des découvertes de séropositivité durant la période considérée.

LIMITES ET BIAIS : limites liées à l'exhaustivité des données. Par ailleurs, une part minoritaire des patients de la file hospitalière sont originaires de la zone Océan Indien.

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 186-189.

Objectif 58 — Poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs.

Le nombre d'usagers problématiques de drogues opiacées et de cocaïne était compris entre 150 000 à 180 000 en 1999 selon l'OFDT[1]*. L'objectif retenu par la loi de santé publique est de* ***poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs.*** *Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la méthadone, dont la prescription ne peut être initiée actuellement que dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les établissements de soins, et la buprénorphine haut dosage (Subutex® et génériques de la buprénorphine haut dosage depuis 2006), qui peut être prescrite par l'ensemble des médecins.*
En juin 2004, la conférence de consensus sur les traitements de substitution concluait notamment qu'une amélioration de l'accès à ces traitements était nécessaire et qu'il fallait en particulier faciliter l'accès à la méthadone.

■ Indicateur principal

Nombre de patients sous traitement de substitution et proportion de patients sous méthadone

A La Réunion, la dépendance aux opiacés est un problème relativement peu rencontré chez les usagers ayant recours aux structures de prise en charge même si le phénomène tend à se développer ces dernières années. En ce sens, la situation régionale diffère de la situation métropolitaine où l'héroïne est le produit illicite le plus consommé parmi les usagers de drogues.

Deux sources sont utilisées pour quantifier le nombre de patients concernés : les données basées sur les chiffres de ventes fournies par les 3 grossistes répartiteurs de l'île (comprenant les données de vente aux officines du Subutex® et génériques, ainsi que de la méthadone) et les données issues de l'assurance maladie reposant sur les demandes de remboursement de traitements de substitution qui lui sont adressées.
Ces deux sources permettent ainsi de définir des intervalles pour l'usage des deux médicaments dont les bornes hautes correspondent aux calculs effectués à partir des données des grossistes, les bornes inférieures reposant sur les données de l'assurance maladie.
Ainsi en 2005, sous l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite de 8 mg par jour, on pouvait estimer à 120 le nombre de patients sous traitement par Subutex®. Pour la méthadone, sous l'hypothèse d'une posologie moyenne de 60mg par jour, le nombre de patients traités par ce médicament était estimé à près de 65 cette même année.
Ces données représentent des nombres maximaux de patients, dans la mesure où les posologies moyennes réelles semblent être supérieures aux posologies utilisées dans ce calcul.
Les données de l'assurance maladie – en s'appuyant sur les doses moyennes remboursées aux patients recevant un traitement continu – permettent quant à elles d'estimer, par extrapolation en 2005, à 75 le nombre d'usagers sous traitement par Subutex® et à 31 le nombre d'usagers sous méthadone (Graphique 1).

Il faut cependant préciser qu'une part de ces 2 médicaments prescrits est détournée de leur usage et n'est donc pas toujours consommée dans le cadre d'un traitement médical.

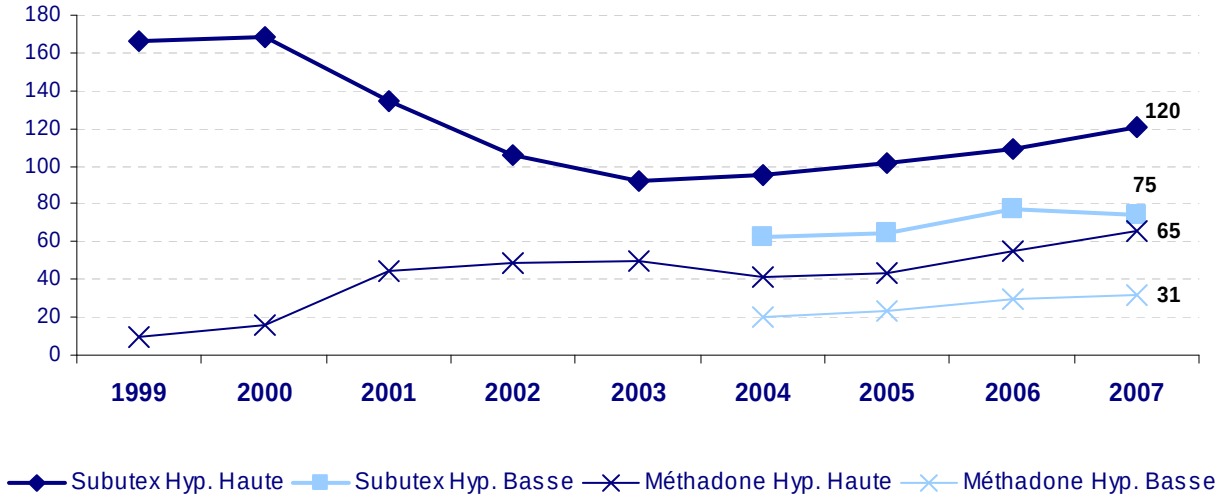
Les règles de prescription sont différentes pour ces deux produits (méthadone classée comme stupéfiant avec une durée maximale de prescription de 14 jours – versus 28 jours pour la BHD), par leur présentation différente (sirop pour la méthadone versus comprimé sublingual pour la BHD) et par leurs modalités d'accès différentes (méthadone initiée uniquement par des médecins exerçant en CSST ou en milieu hospitalier – depuis 2002 – alors qu'une initialisation de prescription est possible par tout médecin pour la BHD). De plus, contrairement à la méthadone, la BHD ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation associée à d'autres psychotropes.
Néanmoins, en 2007, selon la source utilisée, la méthadone serait utilisée dans 42 à 55% des traitements de substitution aux opiacés. En métropole, cette proportion varie entre 15 et 20% en 2005.

Synthèse

En 2007, entre 75 et 120 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par subutex® (ou génériques) et entre 31 et 65 sous méthadone.
Ainsi selon la source utilisée, la méthadone serait utilisée dans 42 à 55% des traitements de substitution aux opiacés. En métropole, cette proportion varie entre 15 et 20% en 2005.

1. Sources : OFDT 2005, « Drogues et dépendances, données essentielles », éditions La Découverte.

Graphique 1 – Traitements de substitution aux opiacés : nombre d'usagers de drogues traités par buprénorphine haut dosage (subutex®) et méthadone – Evolution 1999-2007 à La Réunion



Sources : Grossistes répartiteurs (CERP-SIPR, PHARMAR, SOREDIP), DRSM

CHAMP : Ile de La Réunion.

SOURCES : Données de ventes de ventes des médicaments aux officines par les grossistes répartiteurs de l'île (CERP-SIPR, PHARMAR, SOREDIP). Données des remboursements de TSO à l'assurance maladie (assurés du régime général et agricole).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : estimations du nombre d'usagers sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) à partir des données de ventes des grossistes : équivalents patients consommant 8 mg/J pendant 1 an pour la BHD ou 60 mg/J pour la méthadone : effectifs théoriques de patients traités calculés en divisant la quantité vendue en un an par 365 jours puis par 8 mg (BHD) ou 60 mg (méthadone). Estimations du nombre d'usagers sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) à partir des données de remboursement : équivalents patients consommant une dose médiane de 9,4 mg/J pendant 1 an pour la BHD ou 90 mg/J pour la méthadone (pour des patients en traitement continu c'est-à-dire une durée de traitement supérieure ou égale à 150 J et un intervalle entre 2 délivrances de moins de 30 J pour la BHD ou de 10 J pour la méthadone): effectifs théoriques de patients traités calculés en divisant la quantité remboursée en un an par 365 jours puis par 9,4 mg (BHD) ou 90 mg (Méthadone).

LIMITES ET BIAIS : biais liés aux estimations. Les données de l'assurance maladie recouvre environ 90% de l'ensemble des assurés (le régime des indépendants n'étant pas pris en compte).

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 190-191.

Objectif 68

Réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences

Concernant les atteintes sensorielles chez l'adulte, la loi relative à la politique de santé publique s'est donnée pour objectifs de réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, d'assurer un dépistage et une prise en charge précoce et de prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activités associées et leurs conséquences. Ces affections méritent d'être prises en compte en raison de leur grande fréquence et de leur caractère potentiellement évitable.
Parmi les atteintes de l'audition, la presbyacoucie reste la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans (altération des facultés d'audition liée à l'âge).
Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les états dépressifs du sujet âgé. L'altération de l'audition est également l'origine d'accidents. Ces troubles peuvent être en partie prévenus par la diminution de l'exposition régulière à des bruits de grande intensité en milieu professionnel et lors des loisirs (musique enregistrée écoutée au casque par exemple).
Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle ; la rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome sont à l'origine de la plupart des cécités. Ces pathologies résultent souvent d'une carence de dépistage et de traitement précoce.

■ Prévalence des déficiences auditives déclarées

Les résultats des enquêtes Handicaps, Invalidités, Déficiences (HID) réalisées en métropole (1998-1999) et à La Réunion (2004) montrent que les déficiences auditives déclarées sont moins fréquentes dans notre région (3,2%) qu'en France métropolitaine (8,7%) (Graphique 1). A partir de ces enquêtes, on estime à environ 34 000 le nombre de déficients auditifs dans notre région, soit 44 déficients auditifs pour 1 000 habitants. En métropole, la population des déficients auditifs est estimée à près de 5 200 000 personnes, soit un taux de 89 pour 1 000 habitants (Tableau 1).
Si la proportion de déficients auditifs est semblable chez les hommes et les femmes entre 20 et 39 ans, elle diffère dans les tranches d'âge supérieures avec une proportion plus élevée d'hommes déclarant une déficience auditive que de femmes (Graphique 2).

■ Proportion de personnes qui déclarent utiliser des aides auditives ou qui expriment le besoin parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition

Sept pourcents des déficients auditifs réunionnais déclarent utiliser une ou plusieurs aides auditives, ce qui représente environ 2 000 personnes.
Dans notre région, 26% des déficients auditifs déclarent avoir besoin d'une aide pour entendre mais disent ne pas en posséder. Quelque soit le degré de sévérité, seuls 22% des besoins exprimés sont satisfaits. Selon l'enquête HID nationale, le taux d'utilisation des aides pour entendre est de 13% et le taux de satisfaction approche les 40%, des besoins soit le double du taux observé à La Réunion.

■ Fréquence des incapacités sévères ressenties chez les déficients auditifs

Les incapacités sévères liées à la mobilité et aux déplacements sont les plus fréquemment ressenties par les déficients auditifs de 20 ans ou plus, quel que soit le degré de sévérité, devant les taches ménagères et la gestion de la vie quotidienne, et les activités nécessitant de la souplesse et de la manipulation. Plus de la moitié des déficients auditifs déclarent également des incapacités sévères pour les activités de communication d'orientation et de cohérence. Certaines de ces activités mettent effectivement en jeu l'audition (Tableau 2 et Graphique 3).

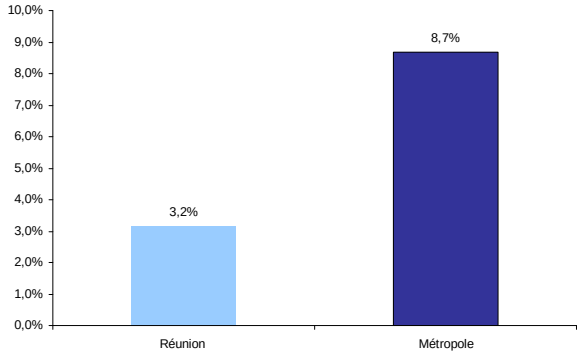
■ Prévalence des déficiences visuelles

Selon les mêmes sources de données, les prévalences des déficiences visuelles déclarées en population générale sont de 5,5% pour la métropole et de 5,1% à La Réunion (Graphique 4).

Synthèse

La prévalence des déficiences auditives déclarées en population générale est de 3,2% à La Réunion et de 8,7% en métropole. On estime à 34 000, le nombre de déficients auditifs sur l'île soit un taux de 44 déficients auditifs pour 1 000 habitants. Dans notre région 26% des déficients auditifs déclarent avoir besoin d'une aide pour entendre mais n'en possèdent pas. Les prévalences déclarées des déficiences visuelles sont très proches à La Réunion (5,1%) et en France métropolitaine (5,5%).

Graphique 1. Prévalences estimées des déficiences auditives en population générale à La Réunion et en métropole (en%)



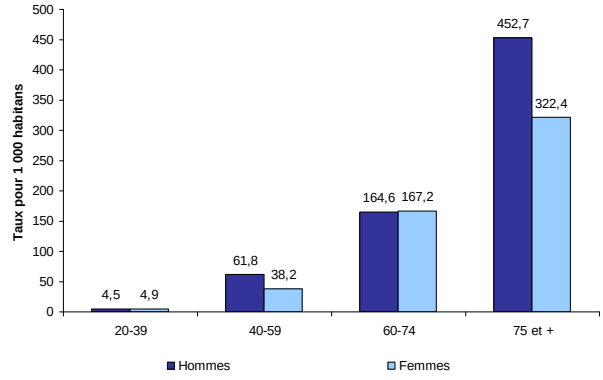
Sources : Enquête HID 1998-1999 – INSEE, Enquête HID 2004 - INSEE Réunion, DRASS Réunion

Tableau 1. Prévalences estimées de la déficience auditive

	Réunion	Métropole
Déficience auditive profonde ou totale		
Effectif prévalent	2 013	302 900
Taux pour 1 000 habitants	2,6	5,2
Déficience auditive moyenne à sévère		
Effectif prévalent	19 868	1 429 800
Taux pour 1 000 habitants	25,9	24,6
Déficience auditive légère à moyenne		
Effectif prévalent	12 196	3 449 200
Taux pour 1 000 habitants	15,9	59,4
Ensemble des déficiences auditives		
Effectif prévalent	34 077	5 181 900
Taux pour 1 000 habitants	44,4	89,2

Sources : Enquête HID 1998-1999 – INSEE, Enquête HID 2004 - INSEE Réunion, DRASS Réunion

Graphique 2. Prévalence estimée de la déficience auditive selon l'âge et le sexe à La Réunion et en métropole



Sources : Enquête HID 1998-1999 – INSEE, Enquête HID 2004 - INSEE Réunion, DRASS Réunion

Tableau 2. Usage et besoins des différentes aides auditives déclarés (en %)

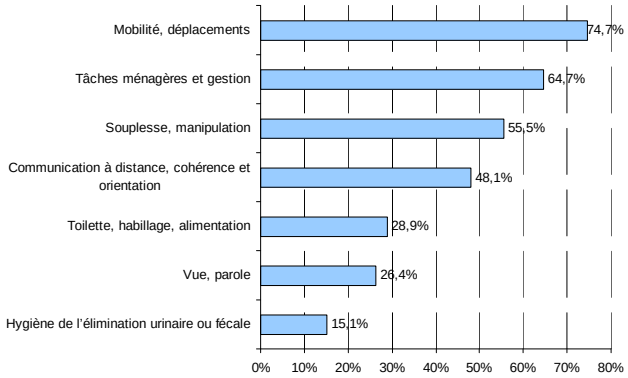
	Usage déclaré[1]	Besoin déclaré[2]	Usage + besoin	Taux de satisfaction des besoins[3]
Aide pour entendre*				
Réunion	7,4	26	33,4	22,1
Métropole	12,9	19,6	32,5	40,0

Sources : Enquête HID 1998-1999 – INSEE, Enquête HID 2004 - INSEE Réunion, DRASS Réunion

* Cette question n'a pas été posée aux personnes totalement sourdes

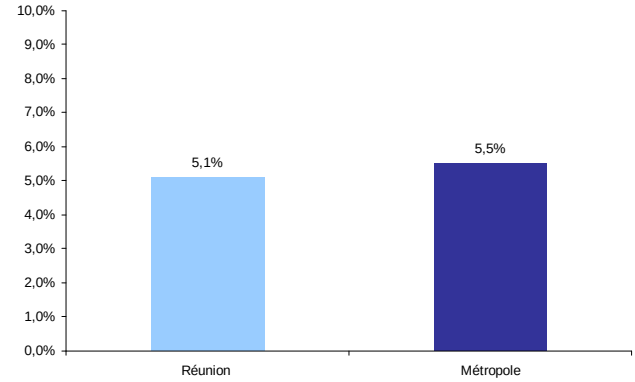
1. Usage déclaré : la personne déclare utiliser l'aide technique
2. La personne déclare ne pas disposer de l'aide technique ou ne pas l'utiliser mais en avoir besoin
3. Proportion de besoins déclarés satisfaits : Usage déclaré/ (usage déclaré + besoin déclaré)*100

Graphique 3. Fréquence des incapacités sévères ressenties chez les déficients auditifs (taux pour 100)



Sources : Enquête HID 1998-1999 – INSEE, Enquête HID 2004 - INSEE Réunion, DRASS Réunion

Graphique 4. Prévalence des déficiences visuelles déclarées en population générale à La Réunion et en métropole (en %)



Sources : Enquête HID 1998-1999 – INSEE, Enquête HID 2004 - INSEE Réunion, DRASS Réunion

CHAMPS : Ile de La Réunion – France Métropolitaine, population handicapée âgée de plus 20 ans.

SOURCES : INSEE Réunion, DRASS, Enquête HID 2004 – INSEE, Enquête HID 1998-1999.

DEFINITIONS :
Déficience auditive profonde ou totale : personnes classées « surdité complète », « malentendant », et qui ont déclaré « ne pas entendre ce qui se dit dans une conversation »
Déficience auditive moyenne à sévère : personnes classées « autre déficience auditive ou déficience auditive non précisée » et qui ont déclaré « ne pas entendre ce qui se dit dans une conversation », personnes ayant déclaré entendre ce qui se dit dans une conversation s'il n'y a qu'une seule personne qui parle et si elle parle fort, quelle que soit la modalité de leur différence
Déficience auditive légère à moyenne : personnes ayant déclaré entendre ce qui se dit dans une conversation s'il n'y a qu'une seule personne qui parle, même normalement, personnes codées « malentendant », « autres déficiences auditives ou déficiences auditives non précisées » ayant déclaré entendre une conversation sans difficulté.

LIMITES et BIAIS : Le mode de recueil des données est basé sur la déclaration. L'enquête HID à La Réunion a été réalisée uniquement auprès de la population résidant en domicile ordinaire tandis que l'enquête nationale a été effectuée auprès des ménages mais aussi de personnes en institution.

REFERENCES :
- *Handicap auditif en France : apport de l'enquête HID 1998-1999.* ORS Pays de la Loire, 2007;71:155pp. Publication de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- *Les déficients auditifs à La Réunion : apport de l'enquête HID à La Réunion 2004*. ORS Réunion, 2008 : 16pp.
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 196-199.

Objectif 69 Réduire de 13% la mortalité cardio-vasculaire

La loi de santé publique préconise de ***réduire la mortalité cardio-vasculaire de 13% en 2008. Cet objectif est centré sur la réduction de la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques (-13% chez les hommes et -10% chez les femmes) et aux thromboses veineuses profondes (-15% globalement)****.*
Les indicateurs principaux de suivi de cet objectif sont basés sur l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM. Les décès par cardiopathies ischémiques représentent une proportion importante des décès cardio-vasculaires (27,6% en 2004). Ils seraient toutefois sous-estimés dans la statistique nationale des causes de décès, en raison du peu d'information, dont disposent les médecins certificateurs en cas, notamment de mort suite coronaires[1] *(travaux des registres Monica*[2]*).*
Compte tenu de la gravité et de la fréquence des cardiopathies ischémiques, un indicateur d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques a été ajouté. Ultérieurement il devrait être possible de compléter cette surveillance par une estimation du taux national d'infarctus du myocarde hospitalisés (étude de validation en cours par l'InVS).
L'indicateur présenté pour le suivi de la mortalité associée aux thromboses veineuses profondes comptabilise les décès ayant une thrombose profonde ou une embolie pulmonaire comme cause initiale.

■ Effectifs et taux de décès par cardiopathies ischémiques en population générale

En 2005, 1 293 décès par maladies cardio-vasculaires ont été enregistrés à La Réunion, dont 319 décès par cardiopathies ischémiques (99 décès chez des personnes de moins de 65 ans et 220 décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus).

Le taux de mortalité augmente fortement avec l'âge. Les taux bruts sont de 14 pour 100 000 chez les personnes de moins 65 ans, 320 entre 65 et 84 ans et de 1 097 après 85 ans. Le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Et le taux de décès standardisés sur l'âge est multiplié par 1,9 chez les hommes (Tableau 1).

Entre 1990 et 2005, on observe une baisse de la mortalité par cardiopathies ischémiques : -19% chez les hommes et -27% chez les femmes. Chez les hommes, cette diminution est plus marquée avant 65 ans, -22% versus -17% pour les 65 ans et plus. Chez les femmes, on observe, entre 1990 et 2005, une augmentation de la mortalité chez les moins de 65 ans (+11%) et une forte baisse chez les femmes âgées de plus de 65 ans (-34%) (Graphique 1).

La mortalité par cardiopathies ischémiques varie fortement selon les régions françaises. La Réunion est l'une des régions où le taux de décès standardisé sur l'âge, est le plus élevé : 59 décès pour 100 000 habitants (Tableau2).

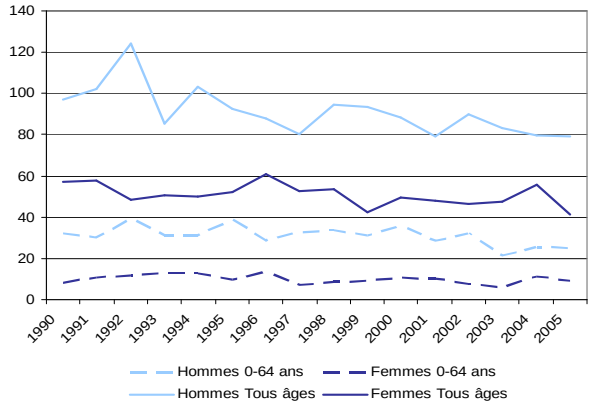
1. Ducimetière P., Jougla E., Haas B., Montaye M., Ruidavets J.-B., Amouyel P., Arveiller D., Ferrières J., Bingham A., 2006, « Mortalité coronaire en France selon les sources d'informations », *Rev Epidemiol Santé Publique*, 54 : p. 453-461.
2. Les travaux réalisés au milieu des années quatre vingt-dix par les registres Monica ont démontré que les faibles taux de décès coronaires observés en France doivent être relativisés : après expertise selon un protocole rigoureusement standardisé, les taux de décès coronaires observés dans les zones des trois registres Monica français se sont avérés similaires à ceux des registres européens de situation géographique comparable (gradient décroissant nord-sud). Plus récemment, la comparaison de la statistique nationale aux données expertisées par les registres Monica a montré que la cause initiale permet d'identifier un nombre de décès coronaire proche dans les deux sources. Toutefois, dès que la définition retenue inclut les décès avec données insuffisantes, telles les morts subites, pour lesquels la nature coronaire ne peut être affirmée ou écartée, la sous estimation des décès coronaires est alors sensible, le poids de ces décès avec données insuffisantes étant important en France.

Tableau 1. Effectifs et taux de décès par cardiopathie ischémique selon le sexe et la classe d'âge à La Réunion en 1990, 2000, 2005

Age/sexe	Année	Effectif	Taux de décès*	Variation 2005-1990**	Variation 2005-2000***
0-64 ans					
Hommes	1990	55	32,2		
	2000	87	36,0	-21,5	-29,8
	2005	73	25,3		
Femmes	1990	15	8,1		
	2000	27	10,7	+10,5	-16,3
	2005	26	9,0		
65 ans et plus					
Hommes	1990	64	64,7		
	2000	90	52,6	-17,1	2,1
	2005	112	53,7		
Femmes	1990	88	49,2		
	2000	105	38,9	-33,7	-16,2
	2005	108	32,6		
Ensemble					
Hommes	1990	119	96,9		
	2000	177	88,6	-18,5	-10,9
	2005	185	79,0		
Femmes	1990	103	57,3		
	2000	132	49,6	-27,4	-16,2
	2005	134	41,6		
Total	1990	222	74,5		
	2000	309	68,1	-21,5	-14,2
	2005	319	58,5		

Sources : INSERM CépiDC, INSEE Réunion Exploration ORS
* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon pop. Européenne Code, CIM9 : 410-414, CIM10 : I20-I25).
** (Taux 2005 – Taux 1990)*100/Taux 1990
*** (Taux 2005 – Taux 2000)*100/Taux 2000

Graphique 1. Taux standardisés de décès par cardiopathie ischémique de 1990 à 2005 selon le sexe et l'âge à La Réunion



Sources : INSERM CépiDC, INSEE Réunion Exploration ORS

CHAMP : Ile de La Réunion – France entière, population tous âges.

SOURCES : Cause médicale de décès - INSERM-CépiDC. Données démographiques - INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Pour les cardiopathies ischémiques, ont été retenus les décès comportant en initiale un des codes CIM9 410 à 414 jusqu'en 1999 et CIM10 I20-I25 à partir de 2000 (pour les embolies pulmonaires et les thromboses veineuses profondes, les décès comportant en cause initiale un des codes CIM9 415 et 451.2 jusqu'en 1999 et CIM10 I26.9 ou I80.1 à I80.3 à partir de 2000). Les taux standardisés ont été calculés sur la population européenne (EUROSTAT – population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS : Sous-estimation des cardiopathies ischémiques en tant que cause initiale de décès en particulier en cas de mort subite coronaire inaugurale.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 202-201.

Tableau 2. Décès annuels par cardiopathie ischémique dans les régions françaises (deux sexes)

Régions	Années 2000-2002*						Année 2004					
	Nb Total	Nb < 65	TxS** Total	TxS** < 65	Var (%)*** Total	Var (%)*** < 65	Nb Total	Nb < 65	TxS Total	TxS < 65	Var (%) Total	Var (%) < 65
Ile-de-France	5 763	775	40,6	8,8	-15	-24	5 015	738	33,9	7,9	-18	-20
Champagne-Ardenne	1 005	136	49,3	12,4	3	7	982	134	46,9	11,6	13	18
Picardie	1 397	204	55,3	13,6	16	18	1 202	201	46,5	12,7	12	28
Haute-Normandie	1 441	199	56,3	13,8	18	19	1 293	188	48,9	12,5	17	26
Centre	2 174	225	48,3	10,8	1	-6	1 969	209	43,2	9,5	4	-4
Basse-Normandie	1 296	114	52,9	9,7	11	-16	1 258	119	48,9	9,8	18	-4
Bourgogne	1 506	170	19,6	12,2	4	6	1 435	155	45,8	10,7	10	8
Nord-Pas-de-Calais	3 168	512	62,3	16,9	31	46	2 813	445	53,2	14,2	28	44
Lorraine	1 740	265	53,0	13,8	11	19	1 494	217	43,4	10,9	4	11
Alsace	1 295	177	56,1	12,3	17	7	1 219	158	49,9	10,4	20	5
Franche-Comté	818	115	47,8	12,3	0	6	797	112	44,2	11,2	6	14
Pays de la Loire	2 379	251	43,9	9,5	-8	-18	2 180	215	38,1	7,5	-9	-24
Bretagne	2 707	270	52,8	11,0	11	-5	2 584	262	47,7	10,0	15	1
Poitou-Charentes	1 385	140	42,0	9,8	-12	-15	1 323	132	38,8	8,7	-7	-12
Aquitaine	2 447	309	45,0	12,1	-6	5	2 285	266	39,3	9,6	-6	-3
Midi-Pyrénées	2 212	224	44,3	10,1	-7	-13	2 051	227	39,6	9,4	-5	-5
Limousin	767	74	47,3	11,7	-1	1	699	76	42,6	11,5	2	17
Rhône-Alpes	3 795	500	44,9	10,5	-6	-9	3 439	421	38,4	8,2	-8	-17
Auvergne	1 265	149	51,0	12,8	7	10	1 177	136	45,6	11,1	10	13
Languedoc-Roussillon	2 068	267	48,3	13,1	1	14	1 882	227	41,0	10,2	-2	4
Prov-Alpes-Côtes-d'Azur	3 337	442	40,8	11,0	-15	-5	3 149	401	36,3	93,0	-13	-6
Corse	245	40	52,8	16,5	11	43	193	31	39,3	11,8	-6	19
Réunion	**308**	**104**	**65,7**	**20,7**	**38**	**78**	**348**	**98**	**67,4**	**18,2**	**62**	**84**
France métropolitaine	**44 482**	**5 662**	**47,7**	**11,6**	**0**	**0**	**40 656**	**5 159**	**41,6**	**9,9**	**0**	**0**

Sources : DREES, INSERM-CépiDC, INSEE Réunion
* Moyenne annuelle entre 2000 et 2002 ** Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon la population européenne)
*** (Taux standardisé Réunion – Taux standardisé France métropolitaine)*100/Taux standardisé France métropolitaine

■ Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour cardiopathies ischémiques

En 2006, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré 2 770 séjours motivés par une cardiopathie ischémique, ce qui représentait un taux brut de 35 séjours pour 10 000 habitants (Tableau 3).
Ce taux, augmentant fortement à partir de 45 ans, devient ensuite moins élevé chez les 85 ans ou plus (162 pour 10 000) que chez les 65-84 ans (170 pour 10 000). Ces séjours ont surtout concerné les hommes (63%). Pour ceux-ci, environ 54% des séjours ont concerné les 45-64 ans, 36% les 65-84 ans et 2% les 85 ans et plus. Ces proportions étaient, respectivement, de 36%, 53% et 6% chez les femmes pour ces mêmes tranches d'âge.
Les taux d'hospitalisation étaient, en 2006, plus élevés pour les hommes que pour les femmes quelque soit les groupes d'âge. En particulier le taux d'hospitalisation des hommes était près de trois fois plus élevé que celui des femmes pour les 45-64 ans (Tableau 4).
Entre 2004 et 2006, le nombre d'hospitalisations pour ce motif à augmenté de 18% ainsi que les taux brut et standardisé d'hospitalisation (Tableau 3).
A La Réunion, on observe un des taux d'hospitalisation brut les plus faibles de France (35 séjours hospitaliers pour 10 000 habitants). Mais lorsqu'on efface l'effet de l'âge, La Réunion se situe dans les dix premières régions où le taux standardisé d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques est le plus élevé (46 séjours pour 10 000 habitants) (Tableau 5).

■ Effectifs et taux de décès par thromboses veineuses et embolies pulmonaires en population générale

Les thromboses veineuses et les embolies pulmonaires peuvent constituer la cause terminale de décès ayant pour origine diverses pathologies. En 2005, 32 décès comportent une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire en cause initiale. Le taux de décès standardisé correspondant est de 5,6 pour 100 000 personnes à La Réunion (5,1 chez les hommes et 5,8 chez les femmes), soit sensiblement le même que celui de la France entière (5,4 pour 100 000).

Synthèse

Le poids des décès cardio-vasculaires dans la mortalité totale reste important mais tend à diminuer. Les décès par cardiopathies ischémiques représentent une proportion importante des décès cardio-vasculaires (25% en 2005). Si la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué (-22% entre 1990 et 2005), on observe à La Réunion, une augmentation des séjours hospitaliers pour ces pathologies (+18% entre 2004-2006).
Les thromboses veineuses et embolies pulmonaires ont été responsables d'environ 30 décès en 2005.

Tableau 3. Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique selon le sexe à La Réunion entre 2004 et 2006

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 1 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
2004	1 454	889	2 343	38,6	22,8	30,6	43,3	29,9	42,8
2005	1 701	939	2 640	44,7	23,8	34,1	65,2	30,7	47,0
2006	1 741	1029	2 770	45,8	25,5	35,3	62,7	31,3	45,9

Sources : DRASS Réunion – INSEE Réunion Exploitation ORS

Tableau 4. Hospitalisations en 2006 en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge, à La Réunion

Groupes d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de séjour MCO			
Moins de 25 ans	2	1	3
25 à 44 ans	139	45	184
45 à 64 ans	940	375	1 315
Moins de 65 ans	*1 081*	*421*	*1 502*
65 à 84 ans	632	548	1 180
85 ans ou plus	28	60	88
65 ans ou plus	*660*	*608*	*1 268*
Total tous âges	**1 741**	**1 029**	**2 770**
Taux brut d'hospitalisation			
Moins de 25 ans	0,1	0,1	0,1
25 à 44 ans	12,4	3,6	7,8
45 à 64 ans	125,1	46,8	84,7
Moins de 65 ans	30,5	11,4	20,8
65 à 84 ans	257,9	169,9	207,9
85 ans ou plus	212,0	161,9	175,1
65 ans ou plus	255,6	169,1	205,3
Total tous âges	**45,8**	**25,5**	**35,3**

Sources : DRASS Réunion – INSEE Réunion Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion – France entière, population tous âges.

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - DHOS, ATIH, exploitation DREES, DRASS Réunion. Données démographiques – INSEE, INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 I20 à I25 en diagnostic principal ; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (EUROSTAT – population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS : Le taux d'exhaustivité de la base PMSI, évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94% en 1998 à 99% en 2004.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 202-203.

Tableau 5. Hospitalisations en 2004 en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique selon la région de résidence

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 1 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 1 000
Corse	2 700	96,8	71,8
Nord-Pas-de-Calais	22 900	56,9	52,4
Basse-Normandie	10 100	70,1	51,6
Lorraine	14 400	61,8	51,0
Franche-Comté	6 900	60,6	48,9
Languedoc+Roussillon	16 300	66,2	48,4
Picardie	10 200	54,6	47,8
Alsace	9 500	53,2	47,1
Prov.-Alpes-Côte-d'Azur	29 900	63,5	46,8
La Réunion	**2 400**	**35,3**	**45,9**
Bourgogne	9 900	60,9	43,7
Haute-Normandie	8 800	49,1	41,5
Aquitaine	17 500	57,3	41,2
Auvergne	7 900	59,2	41,0
Champagne-Ardenne	6 600	49,1	40,3
Midi-Pyrénées	15 000	55,5	39,8
Ile-de-France	45 200	40,0	38,7
Centre	13 000	52,2	38,5
Rhône-Alpes	26 100	44,1	36,9
Poitou-Charentes	9 000	53,1	36,4
Guyane	300	17,2	35,9
Limousin	4 100	56,4	35,4
Pays de la Loire	13 100	38,8	30,2
Bretagne	12 400	40,8	30,0
Guadeloupe	800	17,1	18,6
Martinique	700	17,4	17,1
France entière	**315 800**	**50,7**	**41,4**

Source : DREES

Objectif 72 — Réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles des accidents vasculaires cérébraux

La loi de santé publique a fixé pour objectif de ***réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC)****. Les AVC font partie des problèmes majeurs de santé publique car ils représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité, une des causes d'hospitalisation en urgence qui mobilisent le plus de ressources, et dont la fréquence et la gravité pourraient être modifiées par des traitements qui ont démontré leur efficacité.*
Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) permet d'approcher le nombre et le taux national des accidents vasculaires cérébraux incidents ou récurrents. Cependant, ces données conçues dans une perspective avant tout économique, devront être validées. En outre, ces données ne prennent pas en compte les AVC non hospitalisés, et en particulier ceux pour lesquels le décès est immédiat.

■ Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour accidents vasculaires cérébraux

En 2006, les services de soins de courte durée (MCO) de La Réunion ont enregistré 1 192 séjours comportant un diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral (codes CIM10 I60 à I64), ce qui représentait un taux brut d'hospitalisation de 15 pour 10 000 habitants et un taux standardisé sur la population européenne de 20 pour 10 000 (Tableau 1).
En outre, 351 séjours pour accident ischémique transitoire ont été recensés dans le PMSI en 2004.
Le taux d'hospitalisation pour accident vasculaire cérébral augmente avec l'âge pour atteindre 195 pour 10 000 chez les personnes âgées de 85 ans et plus (Tableau 2).
Le taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge était plus élevé chez les hommes (24 versus 17 pour 10 000). Pour les hommes, 57% des séjours pour AVC sont survenus chez des personnes de moins de 65 ans, 39% entre 65 et 84 ans et 5% pour les 85 ans et plus. Chez les femmes, on observe moins d'AVC avant 65 ans, mais plus d'AVC tardifs : la distribution correspondante était de 37% avant 65 ans, 51% entre 65 et 84 ans et 12% après cet âge. Le nombre global de séjours pour AVC était sensiblement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (636 séjours masculins et 556 séjours féminins).
Entre 2004 et 2006, le taux standardisé de séjours pour AVC a diminué de près de 6%, le taux brut et le nombre total de séjours ayant peu évolué (respectivement +6% et +4%).
En 2004, les taux d'hospitalisations pour AVC étaient élevés dans les départements d'outre-mer et particulièrement à La Réunion (+85% par rapport à la moyenne nationale) (Tableau 3).

Tableau 1. Nombre et taux de séjours MCO pour accident vasculaire cérébral selon le sexe à La Réunion entre 2004 et 2006

Année	Nombre de séjours MCO			Taux d'hospitalisation brut pour 10 000			Taux d'hospitalisation standardisé pour 10 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
2004	549	572	1 121	14,6	14,7	14,6	23,3	19,1	21,1
2005	632	568	1 200	16,6	14,4	15,5	25,4	18,2	21,6
2006	636	556	1 192	16,7	13,8	15,2	23,6	16,5	19,8

Sources : DRASS Réunion, INSEE Réunion — Exploitation ORS

Tableau 2. Séjours en soins de courte durée MCO pour accident vasculaire cérébral selon le sexe et l'âge, à La Réunion en 2006

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de séjours MCO			
Moins de 25 ans	8	4	12
25 à 44 ans	62	54	116
45 à 64 ans	290	145	435
Moins de 65 ans	*360*	*203*	*563*
65 à 84 ans	247	284	531
85 ans ou plus	29	69	98
65 ans ou plus	*276*	*353*	*629*
Total tous âges	**636**	**556**	**1 192**
Taux brut d'hospitalisation			
Moins de 25 ans	0,5	0,2	0,4
25 à 44 ans	5,5	4,4	4,9
45 à 64 ans	38,6	18,1	28,0
Moins de 65 ans	*10,2*	*5,5*	*7,8*
65 à 84 ans	100,8	88,1	93,6
85 ans ou plus	219,5	186,2	195,0
65 ans ou plus	*106,9*	*98,2*	*101,8*
Total tous âges	**16,7**	**13,8**	**15,2**

Sources : DRASS Réunion, INSEE Réunion — Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion – Régions de France, population tous âges.

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - DHOS, ATIH, exploitation DREES, DRASS Réunion. Données démographiques – INSEE, INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : On été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 I60 à I64 pour les accidents vasculaires cérébraux. La population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne, les deux sexes (Eurostat – pop Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS : Le taux d'exhaustivité de la base PMSI, évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94% en 1998 à 99% en 2004.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 204-205.

Tableau 3. Séjours pour accidents vasculaires cérébral selon la région de résidence en 2004

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 10 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 10 000
La Réunion	**1 120**	**14,6**	**21,1**
Guyane	148	7,6	15,4
Martinique	661	16,8	14,6
Picardie	3 275	17,4	13,7
Guadeloupe	594	13,4	13,5
Midi-Pyrénées	5 721	21,0	12,7
Franche-Comté	2 033	17,8	12,6
Bretagne	6 021	19,7	12,5
Nord-Pas-de-Calais	5 993	14,9	12,2
Bourgogne	3 274	20,2	12,2
Champagne-Ardenne	2 286	17,1	11,8
Languedoc+Roussillon	4 642	18,7	11,7
Lorraine	3 781	16,2	11,7
Centre	4 500	18,1	11,7
Aquitaine	5 889	19,2	11,6
Alsace	2 635	14,6	11,4
Basse-Normandie	2 468	17,1	11,1
Haute-Normandie	2 636	14,6	10,9
Rhône-Alpes	8 812	14,9	10,8
Auvergne	2 397	18,0	10,7
Corse	485	17,6	10,7
Ile-de-France	14 071	12,3	10,7
Poitou-Charentes	2 942	17,3	10,0
Limousin	1 454	20,1	10,0
Prov.-Alpes-Côte-d'Azur	7 673	16,2	9,9
Pays de la Loire	4 976	14,7	9,7
France entière	**100 497**	**16,1**	**11,4**

Source : DREES

■ Décès par maladies cérébrovasculaires

Les données recueillies sur les certificats de décès montrent que le nombre de décès par maladie cérébrovasculaire (cause initiale) s'élevait à 404 en 2005 à La Réunion, ce qui représentait près de 31% des décès par maladie de l'appareil circulatoire et 9% de l'ensemble des décès.
En nombre absolu, on observe plus de décès dans la classe d'âge des 65 à 84 ans que pour les personnes de 85 ans et plus (222 contre 101 en 2005). Mais les taux rapportés aux effectifs des populations correspondantes, sont très élevés après 84 ans : 2 049 pour 100 000 personnes de 85 ans ou plus, 2049 contre 428 pour 100 000 entre 65 et 84 ans.
Les taux standardisés de décès (à structure d'âge identique) sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (98 décès pour 100 000 versus 59 pour 100 000). Les taux par tranches d'âge sont en effet plus élevés dans la population masculine que dans la population féminine quelque soit l'âge. Toutefois, compte tenu de leur poids démographique après 65 ans, 52% du nombre de décès par maladie cérébrovasculaire concernaient les femmes (Tableau 4).
Entre 1990 et 2005, il y a eu une forte diminution du taux de décès par maladies cérébrovasculaires (-44%). Cette diminution est plus importante chez les femmes (-47%) que chez les hommes (-41%) et concernent les moins de 65 ans (-53% pour les hommes et -60% pour les femmes dans cette tranche d'âge) (Graphique 1).
Les disparités régionales sont importantes. En 2004, la mortalité par maladie cérébrovasculaire est très élevée dans tous les départements d'outre-mer et particulièrement à La Réunion, où le taux standardisé est le double du taux national (Tableau 5).

Synthèse

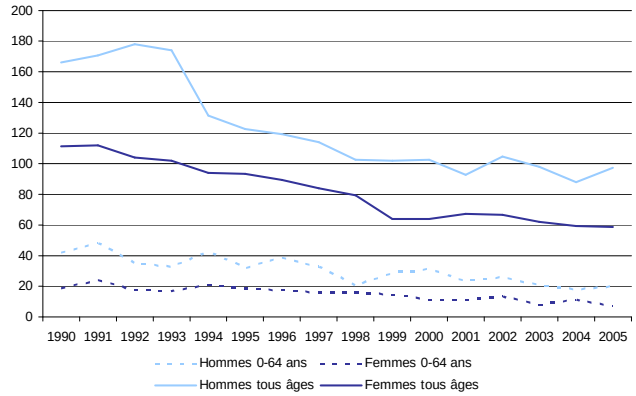
Les accidents vasculaires cérébraux sont une cause majeure de mortalité et de handicap. En 2006, ils ont motivé près de 1 200 séjours hospitaliers en MCO dans notre région. Au total les maladies cérébrovasculaires ont été la cause initiale de 404 décès en 2005, soit près de 9% de l'ensemble des décès. Entre 1990 et 2005, le taux de mortalité par maladie cérébrovasculaire a fortement diminué, mais La Réunion reste la région où la mortalité est la plus élevée.

Tableau 4. Effectifs et taux* de décès par maladie cérébrovasculaire en 1990, 2000 et 2005 selon le sexe et la classe d'âge à La Réunion

Age/sexe	Année	Effectif	Taux de décès	Variation** 2005-1990	Variation*** 2004-2000
0-64 ans					
Hommes	1990	75	41,9		
	2000	76	31,4	-52,5	-36,5
	2005	56	19,9		
Femmes	1990	34	18,9		
	2000	29	11,3	-59,6	-32,3
	2005	25	7,7		
65 ans et plus					
Hommes	1990	118	123,7		
	2000	116	71,4	-37,3	+8,7
	2005	154	77,6		
Femmes	1990	163	92,1		
	2000	149	52,8	-44,7	-3,6
	2005	169	50,9		
Ensemble					
Hommes	1990	193	165,7		
	2000	192	102,8	-41,2	-5,1
	2005	210	97,5		
Femmes	1990	197	111,0		
	2000	178	64,1	-47,3	-8,6
	2005	194	58,5		
Total	1990	390	133,8		
	2000	370	82,0	-44,1	-8,8
	2005	404	74,8		

Sources : INSERM-CépiDc, INSEE Réunion Exploitation ORS
Code CIM9 : 430-438, CIM10 : I60-I69
* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon la population européenne)
** (Taux 2005 – Taux 1990)*100/Taux 1990
*** (Taux 2005 – Taux 2000)*100/Taux 2000

Graphique 1. Taux * de décès par maladie cérébrovasculaire selon le sexe et l'âge à La Réunion entre 1990 et 2005



Sources : INSERM-CépiDc, INSEE Réunion Exploitation : ORS
* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon la population européenne)

CHAMP : Ile de La Réunion, Régions de France, population tous âges.

SOURCES : Cause médicale de décès - INSERM-CépiDC. Données démographiques - INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 430 à 438 jusqu'en 1999 et CIM-10 I60 à I69 à partir de 2000. Taux standardisés sur la population européenne (Eurostat – population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS : Sous-estimation probable des maladies cérébrovasculaires en tant que cause initiale de décès.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 206-207.

Tableau 5. Décès annuels par maladie cérébrovasculaire dans les régions françaises (deux sexes)

Régions	Années 2000-2002*						Année 2004					
	Nb	Nb	TxS**	TxS **	Var (%)***	Var (%)***	Nb	Nb	TxS	TxS	Var (%)	Var (%)
	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65	Total	< 65
Ile-de-France	4 434	479	30,2	5,3	-20	-15	3 823	472	25,2	5,0	-23	-7
Champagne-Ardenne	821	74	38,0	6,7	0	8	734	78	33,6	6,8	3	27
Picardie	1 094	116	41,4	7,7	9	23	978	106	36,4	6,7	12	25
Haute-Normandie	1 090	113	40,8	7,8	8	25	974	80	34,6	5,2	7	-2
Centre	1 726	137	36,7	6,6	-3	6	1 451	115	30,3	5,2	-7	-2
Basse-Normandie	880	65	34,9	5,5	-8	-12	814	55	30,7	4,5	-5	-16
Bourgogne	1 214	84	36,9	6,1	-2	-3	1 053	76	31,5	5,2	-3	-3
Nord-Pas-de-Calais	2 463	273	46,4	9,0	23	43	2 283	230	41,1	7,3	27	36
Lorraine	1 556	125	44,5	6,5	18	3	1 360	124	37,5	6,3	15	18
Alsace	1 155	87	47,7	6,2	26	-2	960	68	38,3	4,4	18	-18
Franche-Comté	698	55	37,8	5,8	0	-7	636	52	33,0	5,3	2	-1
Pays de la Loire	2 138	164	37,6	6,1	-1	-2	1 884	134	31,7	4,7	-2	-12
Bretagne	2 410	160	45,0	6,5	19	5	2 235	136	39,5	5,2	21	-2
Poitou-Charentes	1 340	88	37,6	6,1	-1	-5	1 174	72	32,0	4,8	-2	-11
Aquitaine	2 341	156	39,0	6,2	3	-1	2 097	174	34,2	6,3	5	18
Midi-Pyrénées	2 037	109	37,2	4,9	-2	-21	1 855	120	33,2	5,0	2	-6
Limousin	710	51	40,7	8,1	7	29	602	32	33,5	5,0	3	-6
Rhône-Alpes	3 150	256	34,9	5,4	-8	-14	2 756	218	29,2	4,3	-10	-20
Auvergne	1 021	65	37,5	5,6	-1	-11	983	55	35,0	4,5	8	-16
Languedoc-Roussillon	1 777	128	37,7	6,3	0	1	1 629	111	33,2	5,0	2	-6
Prov-Alpes-Côtes-d'Azur	3 239	235	35,9	5,9	-5	-6	2 892	222	30,9	5,3	-5	-1
Corse	215	12	40,4	5,0	7	-20	203	12	36,1	4,7	11	-13
Réunion	**188**	**31**	**81,1**	**19,3**	**114**	**206**	**373**	**81**	**72,2**	**14,6**	**122**	**175**
France métropolitaine	**37 625**	**3 077**	**37,9**	**6,3**	**0**	**0**	**33 487**	**2 785**	**32,5**	**5,3**	**0**	**0**

Source : DREES
* Moyenne annuelle entre 2000 et 2002
** Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon la population européenne)
*** (Taux standardisé Réunion – Taux standardisé France métropolitaine)*100/Taux standardisé France métropolitaine

Objectif 73 — Diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteinte d'insuffisances cardiaques

La loi de santé publique vise à ***diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.***
L'insuffisance cardiaque chronique est un syndrome hétérogène qui peut compliquer différentes pathologies cardio-vasculaires (cardiopathies ischémiques, valvulaires, cardiomyopathies, Hypertension artérielle, …). Elle évolue en dents de scie avec des phases de décompensation aiguë qui représentent une cause fréquente d'hospitalisations des personnes âgées. Une part importante des re-hospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multi-factorielle adaptée à la pathologie. À noter que des épisodes de décompensations cardiaques aiguës peuvent également compliquer des pathologies non cardiaques telles qu'une embolie pulmonaire, une infection pulmonaire, une anémie sévère…
Les indicateurs de surveillance épidémiologique de l'insuffisance cardiaque sont peu nombreux en France, alors que cette pathologie fréquente a un mauvais pronostic.
L'étude épidémiologique hospitalière « EPICAL »[9], réalisée en Lorraine en 1994, a répertorié tous les nouveaux patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque sévère : le taux observé dans cette étude était égal à 225 cas par million d'habitants et par an pour ces formes graves (935 par million d'habitants après 70 ans). Plus récemment en 2001, l'étude EFICA[10] menée auprès de 60 services de soins intensifs et de réanimation a étudié le devenir des patients hospitalisés dans ces services pour insuffisance cardiaque aiguë sévère : la mortalité à 4 semaines et à un an de ces patients nécessitant des soins intensifs était très élevée atteignant respectivement 27,4 % et 46,5 %. En comparaison, l'étude européenne Euro Heart Failure Survey[11], menée dans un éventail plus vaste de services, a observé un taux de mortalité de 13 % à 12 semaines et un taux de réadmission dans ce délai d'environ 20%.
La fiabilité du codage de l'insuffisance cardiaque dans les bases de données médico-administratives (PMSI[12], certificats de décès) doit être expertisée. En effet, sur les certificats de décès comme dans le PMSI, il peut y avoir codage de la pathologie à l'origine de l'insuffisance cardiaque, ou encore des causes immédiates de la décompensation aiguë, plutôt que de l'insuffisance cardiaque. En conséquence, il est très probable que les données issues de ces bases sous-estiment l'impact de ce syndrome.

■ Indicateur principal

Effectifs et taux de décès ayant pour cause initiale une insuffisance cardiaque
En 2005, à La Réunion, le nombre de décès pour lesquels l'insuffisance cardiaque chronique était notifiée sur les certificats de décès comme cause initiale s'élevait à 131, soit un taux brut de 16,9 pour 100 000 habitants et un taux standardisé sur l'âge de 24,3 pour 100 000 (contre 21,3 en 2004). En métropole, le taux standardisé 2004 était de 19,2 (Tableau 1).

La grande majorité des décès régionaux (89%) concernait des personnes âgées de 65 ans ou plus : 53% sont survenus entre 65 et 84 ans et 9% chez des personnes de 85 ans ou plus. En métropole, la quasi-totalité des décès en 2004 concernait des personnes de 65 ans ou plus (96%) : 38% entre 65 et 84 ans et 59% chez les 85 ans et plus.
Dans la région, comme en métropole, le taux brut de décès augmente fortement avec l'âge : de 8 décès pour 100 000 entre 45 et 64 ans, à 59 pour 100 000 entre 65 et 84 ans, pour atteindre 723 pour 100 000 à partir de 85 ans en 2005.

Globalement, les taux standardisés sur l'âge sont plus élevés dans la population masculine (25,4 pour 100 000 contre 22,5 pour 100 000 chez les femmes en 2005). Avant 85 ans, les décès masculins sont globalement plus élevés, tant en termes de taux que de nombre de décès ; mais après 85 ans, le taux brut de décès féminins prédomine. Au-delà de 85 ans, le nombre global de décès par insuffisance cardiaque est plus élevé dans la population féminine (37 décès contre 10 chez les hommes en 2005).

Le nombre de décès ayant pour cause initiale une insuffisance cardiaque a augmenté en 2005 après une baisse observée en 2004 : +14% par rapport à 2000 et +20% par rapport à l'année 2004. Ces évolutions sont plus contrastées lorsque l'on considère les taux standardisés sur l'âge : réduction de 8% par rapport à 2000 mais augmentation de 5% par rapport à 2004. Les variations 2004-2005 sont relativement homogènes selon le sexe.
En métropole, malgré le vieillissement de la population, les décès par insuffisance cardiaque sont en diminution continue depuis les années 1990.

Il existe des disparités régionales marquées : en 2004, les taux standardisés de mortalité tous âges étaient majorés d'au moins 20% dans les régions Corse, Nord-Pas-De-Calais et Aquitaine. A La Réunion, on observe un taux augmenté de 11% par rapport au taux métropolitain sur la même année (Tableau 2).
La Réunion se démarque d'autant plus pour les décès survenant avant 65 ans : le taux régional est doublé par rapport au taux métropolitain, plaçant notre île devant toutes les régions métropolitaines.

9 Zannad F., Aetiology and outcome in patients admitted to hospital : présentation to the XXth Congress of European Society of Cardiology ; 1998.
10 Zannad F, Briancon S, Juillière Y, Mertes PM, Villemot JP, Alla F, Virion JM and the EPICAL investigators. Incidence, clinical and etiologic features, outcomes and prognostic predictors of advanced chronic heart failure. The EPICAL study. JACC, 1999;33:734-42
11 Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, et al. Euro Heart Failure survey II (EHFS II) : A survey on hospitalized acute heart failure patients : Description of population. Eur Heart J 2006;27:2725-36.
12 Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information : Il permet de disposer d'informations quantifiées et standardisées afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements.

Tableau 1 – Effectifs et taux de décès* pour insuffisance cardiaque en 2000, 2004 et 2005 selon le sexe et la classe d'âge, à La Réunion

Age/sexe	Année	effectif	Taux de décès*	Variation 2000-2005**	Variation 2004-2005***
0-64 ans					
Hommes	2000	14	6,1		
	2004	9	4,0		
	2005	11	3,9	-36	-3
Femmes	2000	2	1,2		
	2004	5	2,0		
	2005	4	1,2	0	-40
65 ans ou plus					
Hommes	2000	33	191,4		
	2004	36	167,4		
	2005	44	199,7	4	19
Femmes	2000	66	215,0		
	2004	59	161,7		
	2005	72	195,0	-9	21
Tous âges					
Hommes	2000	47	26,5		
	2004	45	22,0		
	2005	55	25,4	-4	15
Femmes	2000	68	24,8		
	2004	64	19,5		
	2005	76	22,5	-9	15
Total	2000	115	26,5		
	2004	109	21,3		
	2005	131	24,3	-8	5

Sources : INSERM CépiDC, INSEE Exploitation ORS
* Taux de décès pour 100 000 standardisé par âge (population européenne)
** (Taux 2005-Taux 2000)×100/Taux 2000 *** (Taux 2005-Taux 2004)×100/Taux 2004

CHAMP : La Réunion, population tous âges

SOURCES : Cause médicale de décès - INSERM-CépiDC. Données démographiques - INSEE Réunion, INSEE.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Effectifs, taux standardisés sur la population européenne (EUROSTAT – population Europe IARC 1976). Pour les insuffisances cardiaques ont été retenus les décès comportant en cause initiale le code CIM 10 : I50 depuis 2000.

LIMITES ET BIAIS : Sous-estimation de l'insuffisance cardiaque en tant que cause initiale de décès lors de pathologie cardiaque préexistante (en particulier en cas de cardiopathie ischémique chronique).

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 208-211.

Tableau 2 – Décès annuels par insuffisance cardiaque dans les régions, en 2004

Régions	Nombre		Taux*		Variations (%)**	
	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans
Alsace	387	19	15,6	1,3	-19	-14
Aquitaine	1 516	46	23,1	1,7	20	16
Auvergne	592	16	20,6	1,3	7	-9
Basse-Normandie	598	15	21,6	1,2	12	-16
Bourgogne	712	22	20,2	1,5	5	4
Bretagne	1 077	33	18,7	1,3	-2	-10
Centre	936	25	18,0	1,2	-6	-21
Champagne-Ardenne	468	21	20,3	1,9	6	28
Corse	148	6	25,6	2,4	33	63
Franche-Comté	413	7	20,0	0,7	4	-53
Haute-Normandie	523	38	18,6	2,5	-3	70
Île-de-France	1 926	98	11,6	1,1	-39	-28
Languedoc-Roussillon	1 160	26	22,3	1,2	16	-18
Limousin	430	8	21,5	1,2	12	-18
Lorraine	768	36	21,0	1,8	9	25
Midi-Pyrénées	1 216	31	20,5	1,3	7	-12
Nord-Pas-de-Calais	1 301	73	23,6	2,4	23	64
Pays de la Loire	1 203	29	19,5	1,0	1	-31
Picardie	617	29	22,6	1,9	17	26
Poitou-Charentes	848	19	21,7	1,3	13	-13
Provence Alpes Côte d'Azur	2 147	95	21,7	2,3	13	54
Rhône-Alpes	1 739	55	17,8	1,1	-7	-27
Métropole	**20 764**	**757**	**19,2**	**1,5**	**0**	**0**
Réunion	**109**	**14**	**21,3**	**3,0**	**11**	**100**

Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS
* Taux de décès pour 100 000 standardisé par âge (EUROSTAT pour la population de référence : population Europe 1976 – IARC)
** (Région – France)/France (en %)

Nombre et taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque
Au total, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré, en 2004, près de 1 400 séjours pour lesquels l'insuffisance cardiaque était le diagnostic principal (tableau 3), ce qui représentait un taux brut d'hospitalisation de 1,8 séjours pour 1 000 habitants et un taux standardisé sur l'âge de 3,3 pour 1 000 habitants (2,4 pour 1 000 en métropole) (Tableau 3).

Cette maladie touche particulièrement les plus âgés. Plus de 7 séjours sur 10 (71%) ont été effectués par des personnes âgées de 65 ans ou plus en 2004 : 62% pour les hommes et 77% pour les femmes (tableau 4). En métropole, c'est près de 9 séjours sur 10 qui concernaient les personnes de cette tranche d'âge pour la même année (82% pour les hommes et 92% pour les femmes).
Plus d'un séjour sur dix (13%) concernaient des Réunionnais de 85 ans ou plus : 6% pour les hommes et 18% pour les femmes. Le taux brut d'hospitalisation dans cette tranche d'âge avancé a atteint près de 4% (Tableau 4).

Contrairement à la situation métropolitaine, les séjours féminins étaient plus nombreux sur l'île (53%) en 2004. Les taux d'hospitalisation étaient relativement comparables avant 85 ans. Au-delà de cet âge, le taux féminin était plus élevé (tableau 4).

Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours ainsi que les taux d'hospitalisation, bruts et standardisés sur l'âge, ont diminué. La situation régionale est différente de la métropole où le nombre de séjours était en augmentation sur cette même période.

Les disparités régionales sont marquées. La Réunion, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais avaient en 2004 des taux standardisés d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque sensiblement plus élevés que la moyenne nationale (taux standardisé d'hospitalisation supérieurs de plus de 20%) (Tableau 5). A l'inverse, les régions du Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur présentaient en 2004 les taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge les plus favorables (Tableau 5).

Synthèse

Un premier examen des bases de données médico-administratives relatives à l'insuffisance cardiaque montre que le nombre de décès pour lesquels l'insuffisance cardiaque était notifiée en cause initiale sur les certificats de décès s'élevait à 131 en 2005 (109 en 2004 et 115 en 2000). La grande majorité de ces décès (89%) concernait des personnes de 65 ans ou plus. Le nombre de décès a augmenté par rapport à 2000 et 2004. Néanmoins, le taux standardisé sur l'âge, en 2005, a diminué par rapport à 2000 (-8%) mais était de nouveau en augmentation par rapport à 2004 (+5%), contrairement à la situation métropolitaine où le taux était en nette réduction en 2004 (-34%).
L'insuffisance cardiaque a motivé près de 1 400 séjours hospitaliers en MCO en 2004, soit un taux brut d'hospitalisation de 1,8 pour 1 000 Réunionnais. Les taux d'hospitalisation augmentent sensiblement avec l'âge, pour atteindre près 40 séjours pour 1 000 personnes de cette tranche d'âge.
On relève des disparités régionales importantes. Les taux standardisés de décès sont élevés dans notre région comparativement à la moyenne métropolitaine, et plus particulièrement pour les décès avant 65 ans. Concernant les séjours hospitaliers en MCO, La Réunion, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais, ont enregistré en 2004, des taux standardisés d'hospitalisation très supérieurs à la moyenne nationale.

Tableau 3 – Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon le sexe

Années	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 1 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 1 000		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Total
1998	687	817	1 504	2,0	2,3	2,2	4,7	4,3	4,5
1999	672	865	1 537	1,9	2,4	2,2	4,5	4,3	4,4
2000	690	919	1 609	2,0	2,5	2,2	4,3	4,4	4,4
2001	702	826	1 528	2,0	2,2	2,1	4,3	3,9	4,0
2002	746	889	1 560	2,0	2,4	2,2	4,5	4,0	4,2
2003	674	886	1 560	1,8	2,3	2,1	3,8	3,9	3,9
2004	725	633	1 358	1,7	1,9	1,8	3,4	3,1	3,3

Sources : Base nationale PMSI, INSEE — Exploitation ORS

Tableau 4 – Hospitalisations en 2004 en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon le sexe et l'âge

Groupes d'âges	Hommes	Femmes	Deux sexes
Nombre de séjours MCO			
<25 ans	17	8	25
25-44 ans	32	20	52
45-64 ans	194	126	320
< 65 ans	*243*	*154*	*397*
65-84 ans	350	436	786
85 ans ou plus	40	135	175
65 ans ou plus	*390*	*571*	*961*
Tout âge	**633**	**725**	**1 358**
Taux brut d'hospitalisation pour 1 000			
<25 ans	0	0	0
25-44 ans	0	0	0
45-64 ans	3	2	2
< 65 ans	*2*	*2*	*2*
65-84 ans	16	15	16
85 ans ou plus	31	40	37
65 ans ou plus	*17*	*18*	*17*
Tout âge	**1**	**1**	**1**

Sources : Base nationale PMSI, INSEE — Exploitation ORS

Tableau 5 – Hospitalisations en 2004 en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon la région de résidence

Régions	Nombre* de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation pour 1 000	Taux standardisé d'hospitalisation pour 1 000
Alsace	4 800	2,7	2,8
Aquitaine	10 300	3,4	2,5
Auvergne	4 100	3,1	2,2
Basse-Normandie	5 200	3,6	2,9
Bourgogne	5 700	3,5	2,6
Bretagne	8 900	2,9	2,4
Centre	7 900	3,2	2,5
Champagne-Ardenne	3 600	2,7	2,4
Corse	1 000	3,5	2,7
Franche-Comté	3 500	3,0	2,7
Haute-Normandie	4 400	2,5	2,3
Île-de-France	23 000	2,0	2,2
Languedoc-Roussillon	6 900	2,8	2,1
Limousin	2 800	3,8	2,4
Lorraine	7 100	3,0	2,8
Midi-Pyrénées	8 500	3,1	2,3
Nord-Pas-de-Calais	11 900	3,0	3,0
Pays de la Loire	9 200	2,8	2,4
Picardie	6 100	3,3	3,3
Poitou-Charentes	6 100	3,6	2,5
Provence Alpes Côte d'Azur	12 600	2,7	2,0
Rhône-Alpes	14 100	2,4	2,2
Métropole	**167 700**	**2,8**	**2,4**
Guadeloupe	800	1,9	2,3
Guyane	200	1,0	2,7
Martinique	1 000	2,7	2,9
Réunion	**1 400**	**1,8**	**3,3**
France entière	**171 100**	**2,7**	**2,4**

Sources : Base nationale PMSI, INSEE — Exploitation ORS
* chiffres arrondis aux centaines

CHAMP : France entière, population tous âges

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - DHOS, ATIH, exploitation DREES, DRASS Réunion. Données démographiques – INSEE, INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Ont été retenus les séjours comportant un code CIM10 I50 en diagnostic principal ; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population métropolitaine en 1990.

LIMITES ET BIAIS : Les unités de compte sont des séjours et non des patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé. Ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94% en 1998 à 99% en 2004.

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 208-211.

Objectif 74 — Réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation

L'objectif retenu par la loi de santé publique est de réduire de ***20 % entre 2000 et 2008 la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation.***
L'indicateur principal qui concerne les hospitalisations pour asthme est issu du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) qui enregistre des données administratives et médicales pour l'ensemble des séjours dans les établissements hospitaliers de France. Les tendances entre 1998 et 2004 des hospitalisations pour asthme ont été analysées par classe d'âge. Les crises d'asthme ayant pu être codées en insuffisance respiratoire aiguë, les séjours pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme ont également été analysés.
La mortalité par asthme a été choisie comme indicateur complémentaire, avec une attention particulière portée sur les enfants et adultes jeunes (âge < 45 ans). La mise en place, en 2000, de la CIM10 et du codage automatique des causes de décès entraîne une discontinuité dans les tendances de la mortalité par asthme. Deux périodes sont distinguées : de 1990 à 1999 et de 2000 à 2004.

■ Taux d'hospitalisation pour asthme

Sur l'île de La Réunion, le nombre de séjours hospitaliers pour asthme a diminué de 1 594 en 1998 à 1 123 en 2004, soit une baisse de 30% en 7 ans.

Les taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme dans notre région ont baissé de 2,6/1 000 habitants en 1998 à 1,5/1 000 habitants en 2004 (soit une variation annuelle moyenne de -5,9%) mais ces valeurs restent néanmoins deux fois supérieures à celles observées au niveau métropolitain (Tableau 1.).
On observe globalement, quel que soit le sexe, une diminution du taux standardisé d'hospitalisation pour asthme entre 1998 et 2004. Cependant, contrairement à la métropole, ces taux sont plus élevés chez les femmes à La Réunion (Graphique 1.).

Les classes d'âge où le taux d'hospitalisation pour asthme est le plus élevé, sont les moins de 4 ans et les personnes âgées de plus de 65 ans. Les taux les plus faibles sont observés dans les classes d'âges 15-24 ans et 25-34 ans.

L'évolution de la morbidité hospitalière par asthme montre une diminution dans l'ensemble de classes d'âge avec une très forte baisse chez les personnes de 85 ans et plus (-12,7%) et une stagnation chez les moins de un an (Tableau 2.).

La répartition géographique des taux annuels d'hospitalisation pour asthme à La Réunion, montre que la région Est de l'île semble plus touchée. A l'inverse, les communes du sud présentent les taux les plus bas (Carte 1.).

Tableau 1- Taux annuels standardisé d'hospitalisation pour asthme en France métropolitaine et à La Réunion

Année	Réunion			France métropolitaine
	n(1)	Taux Brut(2)	Taux standardisé(2)	Taux standardisé(2)
1998	1594	2,3	2,6	1,2
1999	1587	2,3	2,4	1,1
2000	1609	2,2	2,3	1,0
2001	1352	1,9	1,9	1,0
2002	1112	1,5	1,6	0,9
2003	1101	1,5	1,6	0,8
2004	1123	1,5	1,5	0,8

(1) Nombre de séjours hospitaliers pour asthme à La Réunion
(2) Taux pour 1000 habitants
Sources : Bases nationales PMSI - DRASS Réunion, DREES, données démographiques – INSEE

CHAMP : France métropolitaine – Ile de La Réunion, population tous âges.

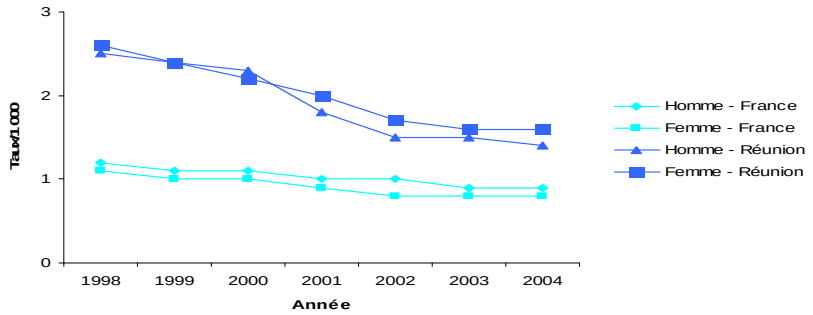
SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - DHOS, ATIH, exploitation DREES, DRASS Réunion. Données démographiques – INSEE, INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Sélection des séjours ayant un code d'asthme (CIM10 : J45-J46) en diagnostic principal.

LIMITES ET BIAIS : Etude de séjours hospitaliers et non pas de patients. Les hospitalisations pour crise d'asthme ne peuvent pas être étudiées spécifiquement (les données concernent les hospitalisations en urgence et les hospitalisations programmées). Les données du PMSI ne prennent pas en compte les passages dans les services d'urgences qui ne font pas l'objet d'hospitalisation.

REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p212-213.
- *Epidémiologie de l'asthme à La Réunion : analyse de la mortalité (1990-1998) et de la morbidité hospitalière (1998-2002)*. Solet J.L, Catteau C, Nartz E, Ronat J, Delmas M.C, 2006.
- *Hospitalisations pour asthme, évaluation à partir des données du PMSI*. Rapport INVS, janvier 2007.

Graphique 1- Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme selon le sexe en France métropolitaine et à La Réunion



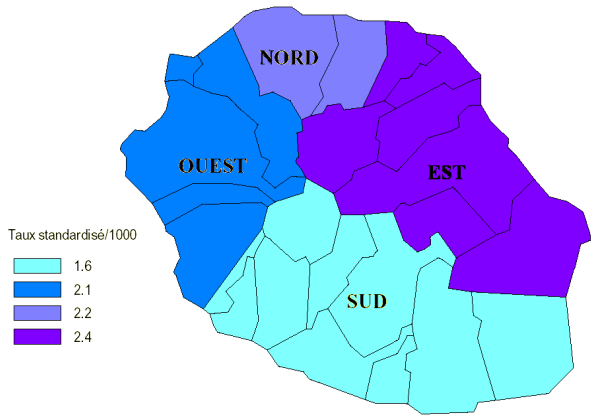
Sources : Bases nationales PMSI - DRASS Réunion, DREES, données démographiques – INSEE

Tableau 2- Taux annuels bruts d'hospitalisation pour asthme à La Réunion, par classe d'âge

Age	Taux annuel/1 000 habitants							Variation annuelle moyenne
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Moins d'un an	4,5	6,5	7	5,9	5,5	5,9	4,5	0,0%
1-4 ans	6,1	5,6	6,8	6,3	4,3	4,3	5,0	-2,8%
5-14 ans	2,5	2,7	2,9	2,0	1,4	1,4	1,4	-7,9%
15-24 ans	0,8	1,0	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6	-4,0%
25-34 ans	1,0	0,9	0,9	0,8	0,7	0,6	0,7	-5,0%
35-44 ans	1,5	1,3	1,2	1,0	0,8	0,7	0,8	-8,6%
45-54 ans	2,0	1,7	1,7	1,1	1,3	1,1	0,9	-10,8%
55-64 ans	3,1	2,9	2,6	2,4	1,9	1,9	1,5	-9,9%
65-74 ans	5,1	4,3	3,1	2,7	2,7	2,5	3	-7,3%
75-84 ans	7,4	5,7	4,8	4,5	4,9	4,3	3,5	-10,1%
85 et plus	5,8	6,5	2,3	4,3	2,3	6,0	1,7	-16,1%
Total	**2,3**	**2,3**	**2,2**	**1,9**	**1,5**	**1,5**	**1,5**	**-5,9%**

Sources : Bases nationales PMSI - DRASS Réunion, DREES, données démographiques – INSEE

Carte 1- Taux annuels moyens d'hospitalisation pour asthme standardisés sur l'âge, selon la microrégion, 1998-2002 à La Réunion



Source : CIRE de La Réunion - Mayotte

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : InVS – CIRE Réunion-Mayotte

REFERENCES :
- *Epidémiologie de l'asthme à La Réunion : analyse de la mortalité (1990-1998) et de la morbidité hospitalière (1998-2002)*. Solet J.L, Catteau C, Nartz E, Ronat J, Delmas M.C, 2006.

■ Mortalité par asthme

Depuis 1988, on observe globalement une diminution de la mortalité par asthme dans notre région. Ainsi la mortalité masculine par asthme a été divisée par deux entre 1988 et 2005, passant de 19 décès pour 100 000 habitants à 8 décès pour 100 000 habitants (Graphique 2.). Après une diminution du taux de mortalité par asthme chez les femmes entre 1988 et 2000, celui s'est stabilisé à 8 décès pour 100 000 habitants. Néanmoins les taux de mortalité par asthme à La Réunion restent quatre à six fois supérieurs selon sexe à ceux de métropole (2 décès pour 100 000 habitants quelque soit le sexe entre 2001 et 2003).

■ Asthme : une affection longue de durée (ALD14)

Le taux d'incidence des personnes en affection longue de durée pour asthme (ALD14) ne cesse d'augmenter, de 29/100 000 habitants en 2000 à 54/100 000 habitants en 2004 (Graphique 3.). Depuis 2004, on observe une tendance à la baisse, de l'incidence des personnes nouvellement admises en ALD 14 dans notre région.

■ Asthme chez les enfants

Les enquêtes en milieu scolaire montrent que la prévalence de l'asthme chez les enfants est plus élevée à La Réunion qu'en France métropolitaine. Ainsi, en 2000, la proportion d'enfants asthmatiques en classe de maternelle était presque deux fois supérieure à La Réunion (21,9%) qu'en France métropolitaine (11,6%) (Tableau 3).

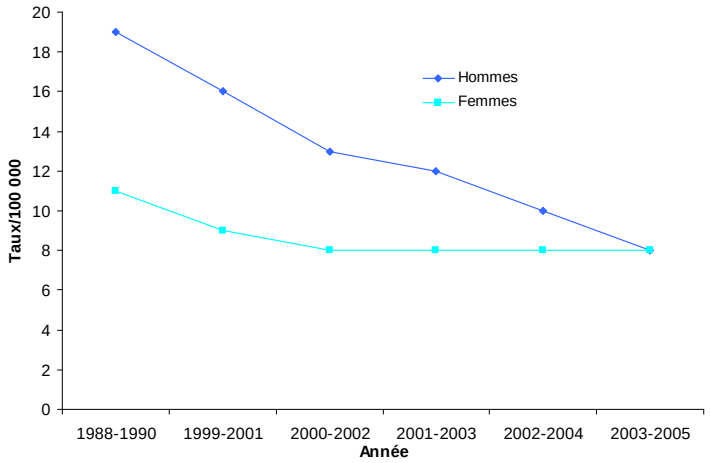
Les enquêtes scolaires de 2000-2001 et 2003-2004 ont montré que la prévalence de l'asthme chez les adolescents scolarisés en troisième augmentait (11,5% en 2001 et 12,5% en 2004) tandis qu'en France elle diminuait (9,8% en 2001 et 7,5% en 2004) (Tableau 4).

En 2002, la proportion d'enfants asthmatiques scolarisés en CM2 était plus élevée dans les départements d'outre mer (13,4%) qu'en France métropolitaine (9,3%) (Tableau 5).

Synthèse

Une diminution des taux annuels d'hospitalisations pour asthme a globalement été enregistrée entre 1998 et 2004 sur La Réunion. L'analyse par classe d'âge permet toutefois de nuancer ces résultats. En effet si les taux sont restez stables chez les jeunes enfants, ils ont fortement diminué chez les personnes âgées.
La mortalité par asthme à diminué entre 1999 et 2005 surtout chez les hommes.
Les enquêtes scolaires montrent que la prévalence de l'asthme chez les enfants scolarisés est plus élevée à La Réunion qu'en France Métropolitaine.

Graphique 2- Taux standardisé de mortalité par asthme à La Réunion, selon le sexe



Sources : INSERM-CépiDc, INSEE, FNORS (base score-santé)

CHAMP : France métropolitaine – Ile de La Réunion

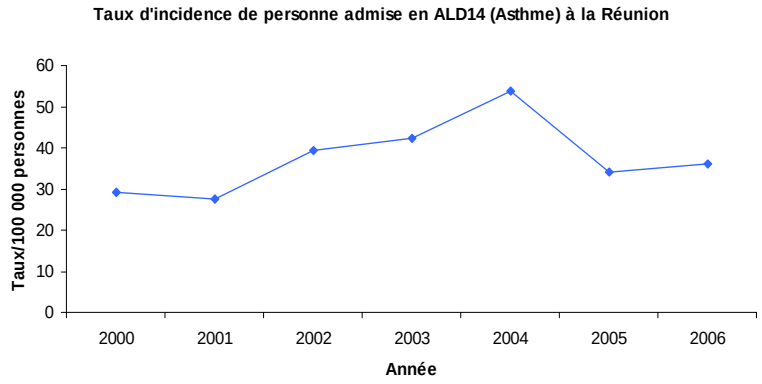
SOURCES : Cause médicale de décès - INSERM-CépiDC. Données démographiques - INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Sélection des séjours ayant un code d'asthme (CIM10 : J45-J46) en diagnostic principal.

LIMITES ET BIAIS : Etude de séjours hospitaliers et non pas de patients. Les hospitalisations pour crise d'asthme ne peuvent pas être étudiées spécifiquement (les données concernent les hospitalisations en urgence et les hospitalisations programmées). Les données du PMSI ne prennent pas en compte les passages dans les services d'urgences qui ne font pas l'objet d'hospitalisation.

REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p212-213.
- *Epidémiologie de l'asthme à La Réunion : analyse de la mortalité (1990-1998) et de la morbidité hospitalière (1998-2002*). Solet J.L, Catteau C, Nartz E, Ronat J, Delmas M.C, 2006.
- *Hospitalisations pour asthme, évaluation à partir des données du PMSI*. Rapport INVS, janvier 2007.

Graphique 3- Taux d'incidence des personnes admises en ALD 14 à La Réunion



Sources : CANAM /CNAMTS - INSEE

CHAMP : Ile de La Réunion.

SOURCES : CANAM /CNAMTS – INSEE

Tableau 3- Proportion d'enfants asthmatiques en classe de maternelle en métropole (+DOM) et à La Réunion 1999-2000

	Réunion	Métropole	Métropole + DOM
Asthme ou équivalent asthmatique	21,9	11,6	11,9

Sources : Enquêtes triennale en milieu scolaire - DREES

Tableau 4- Proportion d'enfants asthmatiques en classe de CM2 en métropole et DOM 2001-2002

	DOM	Métropole	Métropole + DOM
Asthme actuel	14,3	9,5	6,2
Asthme au cours de la vie	23,1	14,3	11,1

Sources : Enquêtes triennale en milieu scolaire - DREES

Tableau 5- Proportion d'adolescents asthmatiques des classes de troisième en métropole + DOM et à La Réunion

	Réunion		Métropole + DOM	
	2000-2001	2003-2004	2000-2001	2003-2004
Asthme actuel	11,5	12,5	9,8	7,5
Asthme au cours de la vie	16,9	10,6	11,5	10,6

Sources : Enquêtes triennale en milieu scolaire - DREES

CHAMP : France métropolitaine - Ile de La Réunion – Départements d'outre-mer (DOM)

SOURCES : Enquêtes triennale en milieu scolaire – DREES, InVS, DGS, DEP, DESCO.

REFERENCES :
- *L'état de santé des enfants de 5-6ans dans les régions : les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire*. DREES, Etudes et Résultats, n°250, juillet 2003.
- *L'asthme chez les adolescents des classes de troisième*. DREES, Etudes et Résultats, n°369, janvier 2005.
- *La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004*. DREES, Etudes et Résultats, n°573, juillet mai 2007.
- *La santé des enfants scolarisés en CM à travers l'enquête scolaire en 2001-2002*. DREES, Etudes et Résultats, n°313, juin 2004.

Objectif 76 — Réduire le retentissement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sur la qualité de vie des personnes atteintes notamment les plus sévèrement touchées

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) comprennent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH). Bien que n'étant pas « une maladie rare », la maladie de Crohn est mentionnée comme maladie « orpheline » dans la base de données Orphanet sur les maladies rares et les médicaments orphelins.
Plusieurs registres recueillent les nouveaux cas de MICI en France : EPIMAD qui couvre quatre départements du Nord-Ouest de la France (Nord-Pas-de-Calais, Somme et Seine-Maritime) ; EPIMICI pour le Puy-de-Dôme ; ABERMAD pour la Bretagne.
Selon les données publiées en 1994 et en 1997 par ces trois registres, le taux d'incidence standardisé pour la maladie de Crohn varie de 2,8 à 5,7 pour 100 000 (le nombre de personnes atteintes étant estimé à environ 60 000 en France) et celle de la RCH de 2,7 à 3,2 pour 100 000 habitants. Les premiers symptômes sont relativement précoces et apparaissent habituellement entre 20 et 30 ans.
Ces maladies affectent la qualité de vie des personnes atteintes dans les domaines physique, psychique et social et ce, de façon d'autant plus marquée que la pathologie est sévère. Toutefois, les progrès thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux, ont permis d'améliorer la qualité de vie de ces patients. La loi relative à la politique de santé publique prévoit de ***réduire le retentissement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement touchées****. Dans l'attente d'une mesure directe de la qualité de vie des personnes atteintes de MICI, dans le cadre d'une enquête spécifique, deux indicateurs complémentaires approchant les complications médicales et chirurgicales de ces maladies sont proposés.*

■ Proportion de patients hospitalisés et, le cas échéant, durée totale moyenne de séjour

En 2006, 67 personnes ont été hospitalisées dans une unité de soins de courte durée MCO pour le traitement d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (hospitalisation de plus de 24 heures). Les femmes représentaient environ 70% des personnes hospitalisées pour MC et 56% de celles hospitalisées pour RCH. Environ 40% des patients hospitalisés pour MC avaient moins de 25 ans et, 9%, 65 ans ou plus, ces proportions étant respectivement de 15% et 26% pour la RCH (Tableau 1).
La durée moyenne d'hospitalisation dans l'année a été, en 2006, de 9,8 jours pour la MC et de 10,6 jours pour la RCH. En outre, 88% des patients hospitalisés pour MC et 82% de ceux hospitalisés pour une RCH ne sont venus qu'une seule fois dans l'année (Tableau 2).

■ Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 24

En 2006, les caisses d'assurance maladie ont admis 56 personnes en ALD24. Parmi les nouveaux admis, 62,5% étaient des hommes et 37,5% des femmes. Les personnes de moins de 25 ans représentaient 16,1% des nouveaux admis et la part des personnes âgées de 65 ans et plus étaient de 5,4% (Tableau 3).

Synthèse

En 2006, 67 personnes ont été hospitalisées pour le traitement d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Soixante deux pourcents d'entre elles étaient des femmes. Globalement, leur durée moyenne d'hospitalisation annuelle a été d'environ dix jours. En outre, environ 85% des patients ne sont venus qu'une seule fois dans l'année.
Les caisses d'assurance maladie ont admises 56 personnes en ALD24 en 2006 dont plus de soixante pour cent étaient des femmes.

Tableau 1. Nombre de patients hospitalisés et nombre d'hospitalisations en soins de courte durée MCO pour MICI selon le sexe et l'âge à La Réunion en 2006

Groupes d'âges	Maladie de crohn			Rectocolite hémorragique			Total		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de patients hospitalisés en MCO pour traitement d'une MICI									
Moins de 25 ans	2	11	13	0	5	5	2	16	18
25 à 44 ans	3	7	10	6	5	11	9	12	21
45 à 64 ans	3	4	7	5	2	7	8	6	14
25 à 64 ans	8	22	30	11	12	23	19	34	53
65 ans et plus	2	1	3	4	5	9	6	6	12
Total tous âges	**10**	**23**	**33**	**15**	**19**	**34**	**25**	**42**	**67**
Nombre de séjours hospitaliers en MCO pour traitement d'une MICI									
Moins de 25 ans	2	13	15	0	7	7	2	20	22
25 à 44 ans	5	7	12	7	6	13	12	13	25
45 à 64 ans	3	4	7	5	4	9	8	8	16
25 à 64 ans	10	24	34	12	17	29	22	41	63
65 ans et plus	2	1	3	6	8	14	8	9	17
Total tous âges	**12**	**25**	**37**	**18**	**25**	**43**	**30**	**50**	**80**

Sources : DRASS Réunion – Base locale PMSI Exploitation ORS

Tableau 2. Nombre de patients hospitalisés et durée moyenne d'hospitalisation en 2006 en soins de courte durée MCO pour MICI à La Réunion selon le sexe et l'âge

Groupes d'âges	Maladie de Crohn			Rectocolite hémorragique			Total		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de patients hospitalisés en MCO pour traitement d'une MICI									
Moins de 25 ans	2	11	13	0	5	5	2	16	18
25 à 44 ans	3	7	10	6	5	11	9	12	21
45 à 64 ans	3	4	7	5	2	7	8	6	14
25 à 64 ans	8	22	30	11	12	23	19	34	53
65 ans et plus	2	1	3	4	5	9	6	6	12
Total tous âges	**10**	**23**	**33**	**15**	**19**	**34**	**25**	**42**	**67**
Durée moyenne d'hospitalisation en MCO pour traitement d'une MICI									
Moins de 25 ans	3,0	11,3	10,0	0,0	10,8	10,8	3,0	11,1	10,2
25 à 44 ans	12,7	3,3	6,1	9,0	15,4	11,9	10,2	8,3	9,1
45 à 64 ans	13,3	10,5	11,7	15,8	17,5	16,3	14,9	12,8	14,0
25 à 64 ans	10,5	8,6	9,1	12,1	13,8	13,0	11,4	10,4	10,8
65 ans et plus	22,5	7,0	17,3	6,8	6,6	6,7	12,0	6,7	9,3
Total tous âges	**12,9**	**8,5**	**9,8**	**10,7**	**10,5**	**10,6**	**11,6**	**9,4**	**10,2**

Sources : Bases nationales PMSI – DRASS Réunion Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - ARH, ATIH, exploitation DRASS Réunion. Données démographiques – INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 K50 K51 en diagnostic principal ou relié.

LIMITES ET BIAIS : Pour identifier les patients qui effectuent plusieurs séjours, on utilise un numéro d'anonymat unique. Ce numéro, non réversible est obtenu à partir d'informations administratives relatives aux patients, or certains numéros d'anonymat sont erronés ou nul et ont été pris en compte dans le calcul du nombre de patients. Par conséquent le risque d'une surestimation du nombre de patient est possible.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE :

- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 214-215.

Tableau 3. Nombre de personnes nouvellement admises en ALD24 selon l'âge et le sexe à La Réunion en 2006

Groupes d'âges	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 25 ans	4	11,4	5	23,8	9	16,1
25 à 44 ans	15	42,9	8	38,1	23	41,1
45 à 64 ans	13	37,1	8	38,1	21	37,5
25 à 64 ans	*28*	*80,0*	*16*	*76,2*	*44*	*78,6*
65 ans et plus	3	8,6	0	0,0	3	5,4
Total tous âges	**35**	**100,0**	**21**	**100,0**	**56**	**100,0**

Sources : CNAMTS-RSI-MSA Exploitation ORS

Insuffisance rénale chronique – Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale

Objectif 80 | Stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale

La loi de santé publique se donne pour objectif de ***stabiliser d'ici 2008 l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale*** *(incidence estimée à 112 par million avant la mise en place du Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie ou REIN).*
La mise en route d'un traitement de suppléance (dialyse ou greffe rénale préemptive) est un événement de santé qui permet facilement d'identifier les cas incidents d'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT). Il existe peu de contre-indications à la dialyse et son accès n'est pas limité. Aussi, l'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT) peut raisonnablement être utilisée pour mesurer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRTC). Les variations d'incidence observées ne sont toutefois pas forcément le reflet de l'efficacité des mesures de prévention en amont du stade terminal. Par exemple les variations géographiques et/ou temporelles liées à l'accès aux soins ainsi que l'évolution des pratiques dans le temps peuvent également en être à l'origine.

■ Nombre de personnes nouvellement admises pour IRTC (ALD 19)

Les données d'admission en ALD 19 ne permettent pas d'estimer correctement l'incidence de l'IRTC. Des études plus fines sont nécessaires sur les pratiques de codage (biais d'information) et sur l'exhaustivité par rapport à l'ensemble des causes d'insuffisance rénale chronique (diabète, HTA, mais aussi uropathies ou polykystoses). On observe cependant que le nombre d'admissions en ALD 19 à La Réunion a triplé entre 2000 et 2006. Depuis 2004, le nombre de personnes nouvellement admises pour IRTC semble stable (Tableau 1).

■ Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse

Sur La Réunion, le nombre de nouveaux malades débutant un premier traitement de suppléance (dialyse) était de 22 en 1989 et 49 en 2007, soit une variation moyenne annuelle de +4,3% par an. Cependant, cette augmentation globale masque des variations annuelles très irrégulières (Tableau 2).
Sur le graphique 1, on constate que le nombre de patients dialysés a triplé en vingt ans, passant de 375 en 1989 à 1 051 en 2008 (1er janvier).

■ Nombre de patients greffés

Si le nombre de patients greffés suivi à La Réunion a été multiplié par 10 entre 1989 et 2008 (graphique 1), on constate une situation différente sur l'évolution et le devenir des malades en liste d'attente de greffe rénale inscrits dans notre région. En effet on observe une baisse des inscriptions et de l'activité de greffe : le nombre de greffés diminue de 39 en 2002 à 29 en 2006. En 2007, 35 patients ont bénéficié d'une greffe rénale.
L'indicateur de pénurie (nombre total de candidats pour un greffon utilisable dans l'année) est supérieur au niveau national mais baisse en 2006 (Tableau 3).
Le délai d'attente (médiane) avant une greffe rénale pour les patients inscrits entre 2001 et 2006 est de 35,6 mois (IC± 29,9-48,0) pour La Réunion.

Synthèse

Actuellement, il est difficile d'estimer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale à La Réunion. Cependant certains indicateurs permettent de dresser un état des lieux. Ainsi le nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 a triplé entre 2000 et 2004. On observe globalement une augmentation du nombre de nouveaux patients dialysés depuis 1989. Malgré les campagnes de sensibilisation sur le don d'organe, l'activité de greffe rénale diminue avec un indicateur de pénurie supérieur au niveau national.

Tableau 1- Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 à La Réunion

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Evolution 2000-2006
Nombre	88	120	153	204	274	265	264	

Sources : CNAMTS-MSA-RSI

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : CNAMTS-MSA-RSI

LIMITES ET BIAIS : Biais potentiellement très important, non quantifié à ce jour. En effet l'ALD 19 a pour libellé « néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif », les malades relevant de cette ALD ne présentent donc pas toutes une insuffisance rénale chronique. De plus un nombre non quantifié de malades diabétiques ou hypertendus, déjà en ALD 8 ou 12 avant le passage en IRC ne sont pas forcément reclassés.

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p218-219

Tableau 2- Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse à La Réunion entre 1989 et 2007

Années	Nombre
1989	22
1990	37
1991	39
1992	39
1993	48
1994	24
1995	32
1996	13
1997	23
1998	33
1999	41
2000	45
2001	13
2002	35
2003	22
2004	52
2005	48
2006	61
2007	49

Source : Comité Régional de l'Insuffisance Rénal Chronique

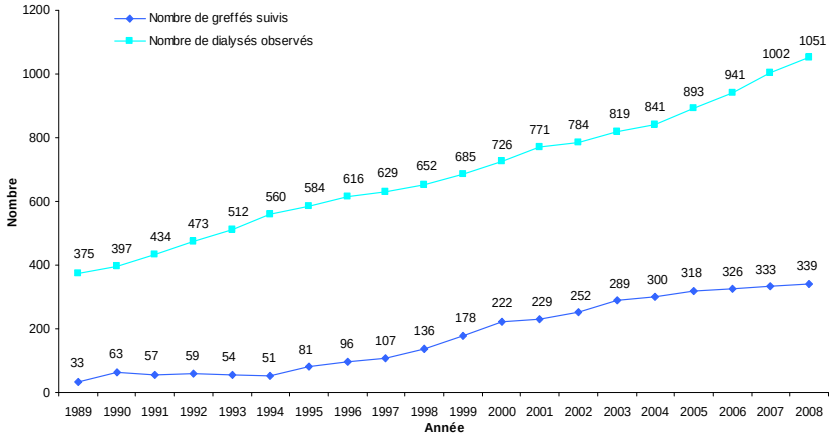
CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : Comité Régional de l'Insuffisance Rénale Chronique (CRIRC)

METHODOLOGIE : Au premier janvier de l'année

REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p218-219.
- *Disparités d'accès à la greffe rénale pour les malades résidant dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer*. P.Tuppin et al. Néphrologie, Vol.25, n°1, 2004, p23-28.
- *Evaluation de la qualité de la prise en charge des nouveaux patients en insuffisance rénale à La Réunion*. Cordonnier Ch. Et Couchoud C. Néphrologie, Vol.23, n°1, 2002, p29-34.
- *Prévalence élevée de maladie rénale chronique à l'Ile de La Réunion, Etude Rédia (Réunion-diabète), 1999-2002*. BEH, n°37-38, Septembre 2005.

Graphique 1- Nombre de greffés suivis et nombre de dialysés observés à la La Réunion entre 1989 et 2008 (au 1er janvier de l'année)



Source : Comité Régional de l'Insuffisance Rénal Chronique

Tableau 3. Evolution des inscriptions et du devenir des malades en liste d'attente de greffe rénale inscrits à La Réunion

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006
En attente au 1er janvier	89	96	120	132	139	130
Nouveaux inscrits	51	73	58	42	22	23
Greffés	30	39	37	28	27	29
Décès sur Liste d'attente	1	4	0	2	1	4
Sortis de liste	13	6	9	5	3	15
Pénurie La Réunion	**4,7**	**4,3**	**4,8**	**6,2**	**6**	**5,3**
Pénurie France	**3,7**	**3,5**	**3,7**	**3,5**	**3,4**	**3,4**

Sources : Agence de la Biomédecine - REIN

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : Agence de la Biomédecine – Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (REIN)

REFERENCE :
- http://www.agence-biomedecine.fr/ pour les données annuelles du REIN

Objectif 82 Réduire de 10% l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

En France, 25% des femmes de 65 ans et plus et 50% des femmes de 80 ans et plus seraient atteintes d'ostéoporose. On ne dispose pas d'estimation en population masculine. La loi relative à la santé publique prévoit de réduire de 10% l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur en 2008.
L'ostéoporose est une maladie « silencieuse », qui ne se manifeste pas en tant que telle et le diagnostic est souvent fait lors de la survenue de fractures. Ces fractures constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités, surtout chez les personnes âgées. Près de 90% des femmes et 70% des hommes qui présentent une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) sont âgés de 70 ans et plus lors de la fracture. Plus de 10% des sujets victimes d'une FESF décèderaient de leurs complications et 50% conserveraient un handicap chronique.
L'impact sur la mortalité de la FESF est donc important chez les personnes âgées alors qu'il est minime avant 65 ans : il est lié d'une part à l'acte chirurgical, mais aussi aux complications de l'acte. Une part importante de ces fractures est évitable ce qui justifie les actions de prévention.

■ Taux de séjours pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes âgées de 65 ans et plus (taux bruts et standardisés sur la population européenne de 65 ans et plus)

En 2006, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré à La Réunion, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, 324 séjours motivés par une fracture du col du fémur (Tableau 1 et 2). Ces séjours concernaient 303 patients (Tableau 2). Le nombre de séjours est proche du nombre de patients. En effet, 93,5% d'entre eux n'ont effectué dans l'année qu'un seul séjour hospitalier pour fracture du col du fémur, 6,5% en ont compté au moins deux.
Il s'agit dans près de sept cas sur dix de femmes, plus nombreuses dans la population générale avec l'avancée en âge, plus fréquemment atteintes que les hommes par l'ostéoporose. Elles représentent 55% des patients hospitalisés entre 65 et 74 ans, 77% des 75-84 ans et 80% des 85 ans ou plus (Tableau 2).
Contrairement à la métropole, les taux bruts d'hospitalisation et les taux standardisés ont augmenté à La Réunion, entre 2004 et 2006 (respectivement +10% et +12%).
Les variations régionales des taux standardisés d'hospitalisation sont relativement faibles. En 2005, le taux standardisé d'hospitalisation des femmes est inférieur au taux national (52 vs 71 pour 10 000 femmes) tandis que celui des hommes s'en rapproche (41 vs 38 pour 10 000 hommes) (Tableau 3).

Synthèse

En 2006, les fractures du col du fémur ont motivé 324 séjours hospitaliers en MCO chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Ces séjours ont concerné des femmes dans près de sept cas sur dix. On observe à La Réunion, entre 2004 et 2006, une augmentation du taux standardisé et du taux brut d'hospitalisation pour fracture du col du fémur. Les taux standardisés d'hospitalisation restent cependant légèrement inférieures à ceux de France métropolitaine.

Tableau 1. Hospitalisations annuelles des personnes âgées de 65 ans ou plus en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe, à La Réunion entre 2004-2006

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 10 000			Taux standardisé* d'hospitalisation pour 10 000		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
2004	85	179	264	37,2	55,4	47,8	39,9	49,9	46,5
2005	90	194	284	38,2	58,5	50	40,8	52,0	48,4
2006	85	239	324	32,9	66,5	52,4	38,7	59,3	52,1

Sources : DRASS Réunion Base locale PMSI, INSEE Réunion Exploitation ORS
* Taux standardisé sur la population européenne

Tableau 2. Hospitalisations des personnes âgées de 65 ans ou plus en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe et l'âge, à La Réunion en 2006

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de séjour MCO			
65 à 74 ans	27	32	59
75 à 84 ans	34	110	144
85 ans ou plus	24	97	121
Total 65 ans ou plus	*85*	*239*	*324*
Taux brut d'hospitalisation			
65 à 74 ans	15,9	15,4	15,6
75 à 84 ans	45,2	95,7	75,7
85 ans ou plus	181,7	261,8	240,7
Total 65 ans ou plus	*32,9*	*66,5*	*52,4*
Nombre de patients			
65 à 74 ans	26	32	58
75 à 84 ans	31	103	134
85 ans ou plus	22	89	111
Total 65 ans ou plus	*79*	*224*	*303*
Taux brut d'incidence			
65 à 74 ans	15,3	15,4	15,4
75 à 84 ans	41,2	89,6	70,5
85 ans ou plus	166,5	240,2	220,9
Total 65 ans ou plus	*30,6*	*62,3*	*49,0*
Taux standardisé* d'incidence			
Total 65 ans ou plus	*35,9*	*55,7*	*48,7*

Sources : DRASS Réunion Base locale PMSI, INSEE Réunion Exploitation ORS
* Taux standardisé sur la population européenne

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 65 ans et plus.

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - ARH, ATIH, exploitation DRASS Réunion. Données démographiques – INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 S720 à S722 en diagnostic principal. La population utilisée pour calculer les taux d'hospitalisation standardisés et les taux d'incidence standardisés des fractures du col du fémur ayant entraîné une hospitalisation est la population européenne (Eurostat – pop Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS : Pour identifier les patients qui effectuent plusieurs séjours, on utilise un numéro d'anonymat unique. Ce numéro, non réversible est obtenu à partir d'informations administratives relatives aux patients, or certains numéros d'anonymat sont erronés ou nul et ont été pris en compte dans le calcul du nombre de patients. Ce biais peut entrainer une surrestimation

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 224-225

Tableau 3. Hospitalisations des personnes âgées de 65 ans ou plus en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon la région de résidence, à La Réunion en 2005

Région de résidence	Nombre de séjours MCO*	Taux brut d'hospitalisation pour 10 000	Taux standardisé ** d'hospitalisation pour 10 000
Corse	560	106,2	83,9
Provence-Alpes-Côte-D'azur	7 300	82,4	63,9
Midi-Pyrénées	4 300	81,7	63,5
Bourgogne	2 600	81,6	63,4
Languedoc-Roussillon	3 900	81,0	65,0
Alsace	2 100	80,7	71,5
Limousin	1 330	79,8	60,5
Aquitaine	4 700	79,2	62,3
Rhône-Alpes	7 100	78,0	63,4
Poitou-Charentes	2 700	77,8	60,7
Champagne-Ardenne	1 700	77,4	63,3
France-Comté	1 440	76,5	62,5
Lorraine	2 800	73,6	63,9
Auvergne	1 900	72,8	57,9
Picardie	2 000	71,9	61,4
Centre	3 200	71,0	55,5
Nord-Pas-de-Calais	4 100	70,7	60,8
Ile-de-France	9 900	69,6	54,0
Bretagne	3 900	69,4	58,4
Pays de la Loire	3 900	67,6	54,5
Basse-Normandie	1 700	64,7	53,2
Haute-Normandie	1 700	63,7	52,1
La Réunion	**280**	**50,0**	**48,4**
Guyane	30	38,1	34,5
Martinique	150	28,7	24,3
Guadeloupe	130	26,1	22,1
France entière	**75 400**	**74,2**	**59,7**

Sources : DREES Bases nationales PMSI, Ministère de la Santé, INSEE Exploitation ORS
* Nombre arrondi
** Taux standardisé sur la population européenne

CHAMP : Régions françaises, population âgée de 65 ans et plus.

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers - DHOS, ATIH, exploitation DREES, DRASS Réunion. Données démographiques – INSEE, INSEE Réunion

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 S720 à S722 en diagnostic principal. La population utilisée pour calculer les taux d'hospitalisation standardisé des fractures du col du fémur ayant entraîné une hospitalisation est la population européenne (Eurostat – pop Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS : Les unités de compte sont des séjours et non des patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94% en 1998 à 99% en 2005.

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 224-225

Objectif 91 — Réduire de 30% l'indice CAO mixte moyen à l'âge de 6 ans et l'indice moyen à l'âge de 12 ans

L'objectif de la loi de santé publique est de ***réduire de 30% d'une part, l'indice CAO[1] mixte moyen à l'âge de 6 ans, c'est-à-dire de passer de 1,7 à 1,2 en 2008, et d'autre part l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans, c'est-à-dire de passer de 1,94 à 1,40 en 2008****.*
L'indice CAO est l'indicateur permettant de suivre l'évolution de la santé buccodentaire le plus couramment utilisé au niveau international. L'indice CAO moyen est la moyenne qui résulte du nombre total de dents, Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement, d'une population donné rapportée au nombre de personnes examinées.
L'indice CAO mixte moyen est établi en tenant compte des dents temporaires et permanentes de l'enfant.
L'objectif a été quantifié par comparaison avec les données disponibles dans d'autres pays d'Europe, en particulier les pays du Nord, dont les indices CAO sont à l'âge de 12 ans très proches de 1. Les âges de 6 et 12 ans ont été choisis car ils sont marqués par deux étapes importantes de la poussée dentaire : 6 ans est l'âge moyen d'éruption de la première molaire permanente ; 12 ans est l'âge moyen d'éruption de la 2ème molaire permanente et c'est aussi l'âge auquel les dents définitives sont en place, à l'exception cependant des dents de sagesse.

■ Bilan buccodentaire chez les enfants âgés de 6 ans

Nous ne disposons pas actuellement de données sur l'indice des enfants réunionnais. Cependant, l'examen dentaire pratiqué par les médecins et les infirmières de l'Education nationale dans le cadre de l'enquête scolaire de la DREES en 1999-2000, révèle de très fortes disparités entre les régions françaises, tant sur l'état des dents des enfants que sur le recours aux soins dentaires. La mesure de ces disparités s'est s'effectuée au moyen d'un indicateur régional : la proportion d'enfant ayant au moins deux dents cariées non soignées. Cet indicateur permet de synthétiser la prévalence des caries et l'intensité des recours aux soins dentaires.
Les résultats montrent que 41% des enfants âgés de 6 ans à La Réunion présentaient au moins 2 dents cariées ou obturées, soit un pourcentage 2,7 fois supérieur à celui de métropole (15%). Vingt deux pourcents des enfants présentaient au moins de 2 dents cariées non soignées (9,2% en métropole), situant La Réunion comme la région ayant la plus forte prévalence (Tableau 1).

Synthèse

Les données existantes sur l'état buccodentaire des enfants âgés de 6 ans montre qu'en 2000, 41% des enfants réunionnais présentaient au moins 2 dents cariées ou obturées (15% en métropole) et 22% au moins deux dents cariées non soignées (9% en métropole). La Réunion se place comme la région où la prévalence des affections dentaires chez les enfants âgés de 6 ans est la plus élevée.

1. L'indice CAO = C + A + O, dans lequel C est le nombre de dents cariées, A est le nombre de dents absentes pour cause de carie et O est le nombre de dents obturées définitivement dans la bouche de la personne examinée.

Tableau 1. Bilan buccodentaire des enfants âgés de 6 ans dans les régions françaises en 1999-2000

Régions	Au moins 2 dents cariées ou obturées	Au moins 2 dents cariées non soignées
Réunion	**41,3**	**22,4**
DOM	23,5	17,3
Nord-Pas-de-Calais	23,4	17,1
Haute-Normandie	22,5	14,9
Champagne-Ardenne	19,5	13,1
Antilles-Guyane	19,3	16,2
Alsace	19,0	11,2
Picardie	19,0	12,9
Lorraine	16,9	9,9
Aquitaine	16,5	7,4
Corse	16,2	10,8
Franche-Comté	16,2	11,3
Bourgogne	16,1	9,2
Auvergne	16,0	10,9
France métropolitaine	**15,2**	**9,2**
Languedoc-Roussillon	14,7	9,5
Pays de la Loire	14,6	7,1
Midi-Pyrénées	14,2	8,7
Provence-Alpes-Côte-D'azur	14,2	9,0
Rhône-Alpes	14,2	7,9
Basse-Normandie	13,9	8,3
Bretagne	13,7	6,5
Limousin	13,7	7,3
Ile-de-France	12,0	7,0
Centre	11,3	6,2
Poitou-Charentes	8,6	6,0
France métropolitaine + DOM	**15,0**	**9,5**

Sources : Drees-Desco-InVS – Enquête auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle 1999-2000

CHAMP : Régions françaises, enfants âgés de 5-6 ans

SOURCES : DREES, Desco, InVS - Enquête auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle 1999-2000.

REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p226-227.
- *L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions : les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire*. DREES, Etudes et Résultats, n°250, juillet 2003.

Objectif 92 Réduire le nombre de suicides en population générale

L'objectif préconisé par la loi relative à la politique de santé publique est de réduire ***de 20 % le nombre des suicides et de passer en 2008 à moins de 10 000 décès par an.*** *Cet indicateur est basé sur l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM. Un certain nombre de suicides ne sont pas connus à partir de la statistique nationale (cas ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'INSERM ou cas pour lesquels l'intention de la mort violente est restée indéterminée). Cette sous-évaluation a été précédemment estimée à 20 % pour les données nationales. Cependant, ce biais reste relativement stable et les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction (voir Référence). L'indicateur complémentaire que constitue l'incidence des tentatives de suicides (ou des récidives), n'a pas été retenu du fait du manque de données existantes et des difficultés de définition et de mesure.*

■ Indicateur principal

Effectif et taux de décès par suicide en population générale

En 2005, on a enregistré 88 décès par suicide à La Réunion (tableau 1). Si l'on tient compte de l'hypothèse de sous-estimation de 20%, ce nombre serait après correction de 110 décès.

Le nombre de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ce qui correspond à des taux brut de décès de 17 et 6 pour 100 000 en 2005 (taux de décès multiplié par 3 chez les hommes).

Le taux de décès augmente significativement avec l'âge (7 pour 100 000 entre 15 et 24 ans, 18 entre 25 et 74 ans et 22 au-delà de cet âge, tableau 1). Les variations selon l'âge sont nettement moins marquées ici qu'en métropole où les taux sont nettement plus élevés chez les personnes âgées. A La Réunion, contrairement à la métropole, la fréquence des décès par suicide n'augmente pas avec l'âge compte tenu de la faible proportion de personnes âgées : les décès sont concentrés dans la tranche d'âge 15-44 ans (60% des cas).

Par contre, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 17% du total des décès en 2005 et constitue la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation. A partir de 65 ans, le suicide représente moins de 1% des décès. Ces constats sont analogues à ceux retrouvés au niveau national.

Les taux standardisé par âge varient fortement selon les régions (tableau 2) : les taux les plus élevés s'observent en Bretagne, puis dans la Basse-Normandie et dans le Limousin. La Réunion, et les DOM de manière générale, se situent dans le groupe des régions où le taux de suicide est le plus faible. Ainsi, notre région présente un taux de décès inférieur à la moyenne nationale : 13 suicides pour 100 000 Réunionnais sur la période 2003-2005 contre 17 pour 100 000 en métropole. La sous-mortalité régionale est plus nette chez les femmes. Par contre, il apparaît que les taux bruts de mortalité sont supérieurs à La Réunion qu'en métropole pour les plus jeunes.

Entre 1990 et 2004, les taux bruts de décès par suicide ont eu une tendance globale à la baisse, et ce de manière plus marquée chez les hommes (-36% contre – 18%, graphique 1). Cette diminution concerne davantage les populations âgées que les jeunes. L'évolution à la baisse est également plus nette à La Réunion qu'en métropole.

Part de chaque mode de suicide parmi les décès par suicide

Les statistiques nationales mettent en évidence que le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison (45% des suicides en 2002), suivi par l'utilisation d'une arme à feu (16%) et l'intoxication (15%). Cependant, les modes de suicide demeurent très différenciés selon le sexe avec, également, des variations plus limitées en fonction de l'âge. La pendaison reste ainsi le premier mode de suicide chez les hommes quel que soit l'âge. Au contraire, l'ingestion de substances toxiques est le premier mode de suicide chez les femmes entre 25 et 54 ans.

Synthèse

Les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Ils augmentent avec l'âge même si les suicides représentent la deuxième cause de décès chez les plus jeunes (15-24 ans).
La Réunion est caractérisée par une sous-mortalité régionale par suicide par rapport à la moyenne métropolitaine (à structure par âge comparable).
Les taux de décès par suicide ont considérablement diminué, en particulier chez les hommes entre 1990 et 2004.

Tableau 1 - Effectifs et taux de décès par suicide en 1990, 2000 et 2005 selon le sexe et la classe d'âge, à La Réunion

Age	Sexe	Année	Effectif	Taux de décès*	Variation 2005-1990 (%)**	Variation 2005-2000 (%)***
15-24 ans	H	1990	10	16,6		
		2000	14	23,7		
		2005	8	11,8	-29,1	-50,3
	F	1990	4	6,6		
		2000	5	8,4		
		2005	1	1,5	-77,3	-82,2
25-74 ans	H	1990	61	43,3		
		2000	56	30,7		
		2005	52	26,2	-39,5	-14,5
	F	1990	15	10,2		
		2000	16	8,3		
		2005	22	10,4	2,0	25,3
>74 ans	H	1990	1	40,9		
		2000	0	0,0		
		2005	4	48,1	nc	nc
	F	1990	0	0,0		
		2000	0	0,0		
		2005	1	6,9	nc	nc
Tous âges	H	1990	72	24,5		
		2000	70	19,9		
		2005	64	16,8	-31,2	-15,4
	F	1990	21	6,9		
		2000	21	5,8		
		2005	24	6,1	-12,0	5,5

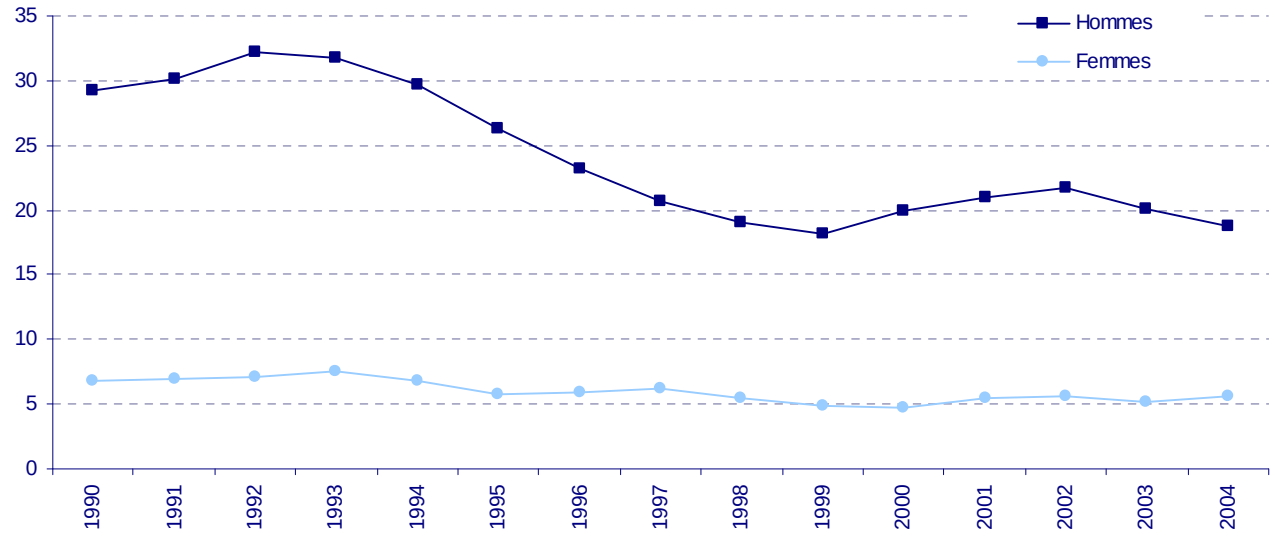
Sources : INSERM CépiDc, INSEE Réunion Exploitation ORS
* Taux brut pour 100 000 nc : valeur non calculée en raison des faibles effectifs
** (taux 2005-taux 1990)/taux 1990 *100
*** (taux 2005-taux 2000)/taux 2000 *100

Tableau 2 - Taux standardisés de décès par suicide par régions, tous âges, 2003-2005*, deux sexes

Régions	Taux standardisés*	Variations régionales (%)**	Variations entre 2001-2003 et 1999-2001 (%)**
ALSACE	13	-23,5	-31,6
AQUITAINE	17	0,0	-41,4
AUVERGNE	20	17,6	-37,5
BASSE-NORMANDIE	23	35,3	-39,5
BOURGOGNE	19	11,8	-44,1
BRETAGNE	27	58,8	-37,2
CENTRE	20	17,6	-41,2
CHAMPAGNE-ARDENNE	20	17,6	-35,5
CORSE	15	-11,8	-37,5
FRANCHE-COMTE	18	5,9	-41,9
GUADELOUPE	9	-47,1	-10,0
GUYANE	13	-23,5	
HAUTE-NORMANDIE	20	17,6	-42,9
ILE-DE-FRANCE	9	-47,1	-35,7
LANGUEDOC-ROUSSILLON	18	5,9	-35,7
LIMOUSIN	23	35,3	-34,3
LORRAINE	17	0,0	-26,1
MARTINIQUE	8	-52,9	0,0
MIDI-PYRENEES	14	-17,6	-30,0
NORD-PAS-DE-CALAIS	21	23,5	-44,7
PAYS DE LA LOIRE	21	23,5	-40,0
PICARDIE	21	23,5	-43,2
POITOU-CHARENTES	21	23,5	-40,0
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	16	-5,9	-33,3
REUNION	**13**	**-23,5**	**0,0**
RHONE-ALPES	14	-17,6	-41,7
FRANCE METROPOLITAINE	**17**	**0,0**	**0,0**

Sources : FNORS Base SCORE-santé, INSERM CépiDC, INSEE
* moyennes lissées sur 3 ans
* Taux pour 100 000, standardisés sur l'âge (population métropole 1990).
** Variation régionale = (Taux régional – Taux France métropolitaine)/ Taux France métropolitaine - à partir des taux standardisés.
***Variation temporelle = (taux standardisé 2003/2005 – Taux standardisé moyen 1999/2001)/ (Taux standardisé moyen 1999/2001).
1. Les taux observés en Île-de-France doivent être interprétés avec prudence pour des comparaisons régionales, du fait d'une sous-déclaration importante liée à l'absence de transmission de l'institut médico-légal de Paris.

Graphique 1 – Taux de décès* par suicide de 1990 à 2004 selon le sexe, à La Réunion



Sources : INSERM CépiDc, INSEE Réunion Exploitation ORS
* taux brut de décès pour 100 000 habitants, taux calculés sur des périodes 3 ans, l'année figurant sur le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale.

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : Causes médicales de décès – INSERM CépiDC. Données démographiques - INSEE Réunion.

LIMITES ET BIAIS : Un certain nombre de suicides ne sont pas connus à partir de la statistique nationale (cas ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'INSERM ou cas pour lesquels l'intention de la mort violente est restée indéterminée). Au niveau national, on estime que la sous-estimation des effectifs de suicides est d'environ 20%.

REFERENCES :

- *Suicides et tentatives de suicide en France* – Etudes et Résultats, DREES n°488, Mai 2006.8f.
- *Le suicide à La Réunion –Service Etudes et Statistiques* - DRASS, Décembre 2005, 3f.
- *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale.* V. BELLAMY, J-J ROELANDT, A. CARIA. Etudes et Résultats, n° 347, octobre 2004, DREES, 12p.
- *La qualité des données de mortalité sur le suicide.* Jougla E., Pequignot F., Chappert J.-L., Rossolin F., Le Toullec A., Pavillon G. ; Rev Epidémiol Santé Publique ; 2002 ; 50(1) : 49-62.
- *Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide.* Jougla E., Pequignot F., Le Toullec A., Bovet M., Mellah M. ; Actualité et dossier en santé publique ; décembre 2003 ; 45 : 31-34.

Objectif 93 Réduire la mortalité par accidents de la vie courante (AcVC) des enfants de moins de 14 ans

*L'objectif préconisé par la loi de santé publique est de **réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante (AcVC) des enfants de moins de 14 ans en 2008**. L'objectif a été exprimé toutes causes d'accident confondues et en termes de mortalité plutôt que d'incidence ou de séquelles compte tenu des limites des données actuellement disponibles. Cet objectif porte sur les traumatismes non intentionnels consécutifs aux AcVC touchant les enfants de moins de 14 ans. Les décès sont présentés selon l'âge (moins de 1 an, 1-4 ans, 5-14 ans) et le sexe. Ces accidents regroupent les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs et sont répartis en chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu, et autres accidents, à l'exclusion des accidents de la circulation. Les données de mortalité sont fournies à partir de 2000, première année d'utilisation en France de la 10e version de la Classification internationale des maladies (CIM10).*

■ Indicateur principal

Taux de mortalité par accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans

En 2005, 14 enfants de moins de 15 ans sont décédés d'un accident de la vie courante (AcVC) à La Réunion (6,8 décès pour 100 000 enfants de cette tranche d'âge, Tableau 1). Sur la période 2000-2005, 62 décès cumulés sont survenus suite à un accident de la vie courante (soit un taux de décès cumulé de 5 décès 100 000 enfants de moins de 15 ans), parmi lesquels 33 garçons (5,2/100 000) et 29 filles (4,8/100 000). Il n'y a pas de surmortalité masculine apparente comme cela est le cas en métropole. Les enfants de moins de 1 an sont en revanche les plus concernés par ces décès causés par un accident de la vie courante : près de 40% de l'ensemble des décès cumulés sur la période 2000-2005.

Le nombre de décès par accidents de la vie courante a diminué dans les années 90, passant de près de 80 sur la période 1990-1995 à 62 sur la période 2000-2005 (taux de mortalité proche de 7 / 100 000 sur la période 1990-1995). L'année 2005 a connu une augmentation de la mortalité par accident de la vie courante par rapport aux années précédentes, les chiffres oscillant autour de 10 entre 2000 et 2004.

Rapporté à la population, le nombre de décès par accident de la vie courante semble plus fréquent à La Réunion qu'en métropole (Tableau 2). Ces chiffres doivent être utilisés et interprétés avec prudence étant donné la faiblesse des effectifs sur l'île et les modalités de calculs pouvant être différentes entre les exploitations nationales et locales.

■ Indicateurs complémentaires

Taux de mortalité par type d'accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans

En métropole, la noyade est de loin la première cause de mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 15 ans (0,7 décès / 100 000). A La Réunion, il est difficile de poser un tel constat étant donné la faiblesse des effectifs annuels.

Néanmoins, sur la période 2000-2005, les effectifs cumulés font apparaître que les décès par suffocations ou d'autres accidents affectant la respiration semblent être les plus fréquents chez les enfants de moins de 15 ans (1,5 décès pour 100 000 enfants de moins de 15 ans). Ces décès représentent près de 30% de l'ensemble des décès par accidents de la vie courante, cumulés sur la période.

Les expositions à la fumée, au feu et aux flammes, et les noyades représentent respectivement les deuxième et troisième causes de mortalité par accident de la vie courante (respectivement 1,2/ 100 000 et 0,6 / 100 000 sur la période cumulée 2000-2005).

Synthèse

Sur la période 2000-2005, plus de 60 enfants de moins de 15 ans sont décédés suite à un accident de la vie courante (5 décès pour 100 000 enfants de la tranche d'âge considérée) ; 14 décès uniquement sur l'année 2005. Le taux de mortalité par accident de la vie courante a diminué entre les périodes 1990-1995 et 2000-2005.
Cependant, cette cause de mortalité reste un problème important de santé publique, surtout chez les enfants de moins de 1 an.

Tableau 1 – Effectifs de décès par accidents de la vie courante des enfants de moins de 15 ans, selon le sexe et l'âge, à La Réunion

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Cumul 2000-2005
Hommes							
< 1an	3	2	4	1	1	4	15
1-4 ans	1	3			2	1	7
5-14 ans	1	1	3	2	1	3	11
TOTAL	**5**	**6**	**7**	**3**	**4**	**8**	**33**
*Taux**	*4,8*	*5,7*	*6,6*	*2,8*	*3,7*	*7,6*	*5,2*
Femmes							
< 1an	3	1	2	1	1	2	10
1-4 ans			2	3	4	2	11
5-14 ans	1	2	1	2		2	8
TOTAL	**4**	**3**	**5**	**6**	**5**	**6**	**29**
*Taux**	*4,0*	*3,0*	*5,0*	*5,9*	*4,9*	*5,9*	*4,8*
Ensemble							
< 1an	6	3	6	2	2	6	25
1-4 ans	1	3	2	3	6	3	18
5-14 ans	2	3	4	4	1	5	19
TOTAL	**9**	**9**	**12**	**9**	**9**	**14**	**62**
*Taux**	*4,4*	*4,4*	*5,8*	*4,3*	*4,3*	*6,8*	5,0

Sources : INSERM CépiDc, INSEE Réunion Exploitation ORS
* Taux de mortalité pour 100 000 enfants de moins de 15 ans

Tableau 2 – Effectifs de décès et taux de mortalité (pour 100 000) par accidents de la vie courante des enfants de moins de 15 ans, selon le sexe et par région de résidence, en moyenne annuelle sur la période 2002-2004

Régions	Garçons		Filles		Total	
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*
Alsace	5	3,1	2	1,4	8	2,3
Aquitaine	9	3,3	7	3,0	16	3,1
Auvergne	4	3,3	1	0,6	4	2,0
Basse-Normandie	3	2,4	2	1,3	5	1,9
Bourgogne	6	4,4	3	2,5	10	3,5
Bretagne	7	2,5	5	2,0	12	2,3
Centre	8	3,6	2	1,1	11	2,4
Champagne-Ardenne	6	5,0	3	2,7	10	3,9
Corse	0	1,5	0	0,0	0	0,7
Franche-Comté	1	0,9	3	3,2	4	2,0
Haute-Normandie	6	3,3	2	1,4	8	2,4
Île-de-France	34	3,0	16	1,5	50	2,2
Languedoc-Roussillon	9	4	3	1,6	12	2,8
Limousin	3	5,5	0	0,6	3	3,2
Lorraine	6	2,8	1	0,6	7	1,7
Midi-Pyrénées	9	4	3	1,5	13	2,8
Nord-Pas-de-Calais	18	4,2	12	2,9	30	3,6
Pays de la Loire	13	3,9	5	1,6	18	2,8
Picardie	9	4,7	3	1,8	12	3,3
Poitou-Charentes	6	3,9	2	1,7	8	2,8
Provence Alpes Côte d'Azur	18	4,3	15	3,6	33	4,0
Rhône-Alpes	13	2,2	9	1,7	22	1,9
Métropole	**198**	**3,5**	**107**	**2,0**	**305**	**2,7**
Réunion	**5**	**4,4**	**5**	**5,2**	**10**	**4,8**

Sources : FNORS Base SCORE-santé, INSERM CépiDC, INSEE Exploitation ORS
* Taux de mortalité pour 100 000 enfants de moins de 15 ans

CHAMP : Ile de La Réunion - France métropolitaine, enfants de moins de 15 ans

SOURCES : Exploitation des certificats de décès – INSERM CépiDC, données démographiques - INSEE Réunion.

CALCUL DE L'INDICATEUR : Nombre de décès obtenus par sélection des codes correspondants aux accidents de la vie courante, en cause principale. Taux de mortalité (pour 100 000) = (nombre de décès/population au 1er janvier de l'année)*100 000.

Les accidents de la vie courante incluent :

- les chutes accidentelles : code CIM 10 W00-W19
- Suffocations et autres accidents affectant la respiration : Code CIM 10 W75-W84
- Intoxications accidentelles par des substances nocives et expositions à ces substances : Code CIM 10 X40-X49
- Noyades et submersions accidentelles : Codes CIM 10 W65-W74
- Exposition à la fumée, au feu et aux flammes : Code CIM 10 X-X19
- Autres accidents précisés : accidents des transports par eau (V90-V94) ; Accidents d'aeronef sans moteur (V96) ; Accidents de transport, autres et sans précision (V98-V99) ; Morsures et piqûres (W53-W64, X20-X29) ; pénétrations de corps étrangers (W44) ; chocs accidentels (W20-W22, W50-W52), compression (W23) ; coupure, perforation (X25-W29, W45) ; accidents provoqués par explosion de récipients sous pression (W35-W38) ; accidents par arme à feu (W32-W34) ; accidents causés par explosif (W39-W40) ; brûlures (X10-X19) ; accidents causés par le courant électrique (W85-W87) ; efforts excessifs et faux mouvements (X50) ; exposition à un jet à haute pression (W41) ; exposition à des forces mécaniques autres et sans précision (W49) ; séquelles d'accidents, autres que de transport (Y86)
- Autres accidents non précisés : Code CIM 10 X58-X59

LIMITES ET BIAIS : ceux de la certification et du codage des causes de décès

REFERENCES :

- *Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France* ; Thélot B., Ermanel C., Jougla E., Pavillon G. ; BEH ; n°42 ; 31 octobre 2006 ; pp :323-330.
- *Résultats de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante, île de La Réunion, France, 2005* ; Ricard C., Morbidelli P., Solet J-L, et al. ; BEH ; n°39 ; 10 octobre 2006 ; pp : 296-298.
- *Les accidents de la vie courante* ; INVS ; BEH ; n° thématique ; n°19-20 ; 11 mai 2004 ; pp : 73-84.

Tableau 3 - Effectifs des décès et taux de mortalité (pour 100 000) par accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans, selon le type d'accident, de 2000 à 2005, à La Réunion

	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2000-2005**	
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*
Chutes (w00-W19)	0	0,00	1	0,49	0	0,00	3	1,44	2	0,96	1	0,48	7	0,56
Suffocations (W75-W84)	4	1,96	1	0,49	5	2,42	2	0,96	3	1,43	3	1,45	18	1,45
Intoxications (X40-X49)	1	0,49	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,08
Noyades (W65-W74)	1	0,49	1	0,49	0	0,00	0	0,00	1	0,48	5	2,41	8	0,64
Feu (X00-X19)	1	0,49	2	0,97	4	1,93	2	0,96	1	0,48	5	2,41	15	1,21
Autres, précisés	0	0,00	2	0,97	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16
Autres, non précisés	2	0,98	2	0,97	3	1,45	2	0,96	2	0,96	0	0,00	11	0,89
Total AcVC	**9**	**4,41**	**9**	**4,39**	**12**	**5,80**	**9**	**4,32**	**9**	**4,30**	**14**	**6,75**	**62**	**5,00**

Sources : INSERM CépiDc, INSEE Réunion Exploitation ORS
* Taux de mortalité pour 100 000 enfants de moins de 15 ans
** effectifs cumulés sur la période

Objectif 94 Réduire le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation

L'objectif de la loi de santé publique est de ***réduire fortement et en tendance régulière et permanente, le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.*** *Il existe en effet une surmortalité constatée en France, relativement à des pays comparables, qui devrait pouvoir être évitée. En 1970, le taux de mortalité à 30 jours était de 325,5 par million d'habitants en métropole. Il est passé de 198,2 en 1990 à 136,4 en 2000 mais a de nouveau augmenté en 2001. Les accidents de la circulation constituent la première cause de décès chez les jeunes de 15-25 ans.*

■ Indicateur principal

Taux de mortalité à 30 jours après un accident de la route

En 2006, 770 accidents corporels ont été recensés sur l'île. Sur la même année, 71 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route à La Réunion (décès survenant dans les 30 jours après l'accident – tableau 1). Plus de 4 900 victimes tuées lors d'accidents routiers ont été enregistrées sur l'ensemble du territoire français.

Rapportés à la population, le taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants est de 101 pour La Réunion. Le taux régional reste bien en-dessus de la moyenne métropolitaine (78), mais se situe nettement en dessous des taux observés dans les autres territoires outre-mer en 2006 (tableau 2). Le taux local, plus élevé qu'en métropole, est vraisemblablement en lien avec le phénomène « alcool au volant » qui est important sur l'île : la part des accidents corporels où l'alcool est en cause varie entre 15 et 20% selon les années (contre 10% en métropole en 2004) ; la part des accidents mortels liés à l'alcool oscille entre 40 et 50% selon les années (48% en 2004 contre 30% en métropole).

Cependant, la situation s'améliore puisque le nombre de tués à 30 jours suit une tendance globale à la baisse depuis 2002. Après les fortes baisses successives en 2002 et 2003, le nombre de personnes tuées à 30 jours a tendance à se stabiliser depuis 2004 autour de 70 victimes.

Ce sont les jeunes de moins de 25 ans qui sont les plus touchés (35% des victimes tuées en 2006). Les accidents mortels concernent essentiellement des hommes (96% des tués sont des hommes).

Les chiffres ont peu évolué par rapport à 2005 (73 tués en 2005) ; cependant la classe des 15-25 ans représente une part croissante parmi l'ensemble des personnes tuées sur les routes de l'île (30% en 2005).

■ Indicateurs complémentaires

Taux de mortalité après accident de la route

En 2005, plus 5 300 décès par accident de la circulation ont été enregistrésen France, dont 82 pour notre région. Plus des ¾ des décès surviennent chez les hommes (78% des décès à La Réunion et 75% en métropole).

Ces données sont issues des certificats de décès et ne sont pas limitées aux 30 jours suivants la survenue du traumatisme. Elles sont cependant très corrélées aux données issues du fichier national des accidents corporels et confirment les tendances observées dans le temps et dans les groupes à risques pour la mortalité à 30 jours : taux plus élevés chez les hommes et chez les jeunes de 15-24 ans. Des diminutions de taux sont également observées dans le temps : le taux standardisé par âge est ainsi passé de 27 décès pour 100 000 hommes en 1999-2001 à 20 en 2003-2005 ; de 5 à 3 chez les femmes durant le même délai (respectivement -26% chez les hommes et -40% chez les femmes entre les 2 périodes).

Taux d'hospitalisation de plus de 24 heures après accident de la route

En 2006, près de 350 personnes ont été hospitalisées pendant au moins 24 heures suite à un accident de la circulation. Le nombre de blessés hospitalisés poursuit sa forte hausse (+24% par rapport à 2005). Le taux de gravité (tués + blessés graves/accidents) a progressé entre 2005 et 2006, passant de 48 à 54%.

A noter que « le blessé hospitalisé plus de 24 heures » remplace « le blessé grave hospitalisé plus de 6 jours » depuis le 1er janvier 2005. En 2004, sur 723 accidents corporels recensés sur les routes de l'île, 1 027 victimes ont été dénombrées, dont 21% ont été hospitalisées plus de 6 jours. La part des blessés graves était plus élevée chez les plus de 60 ans. A l'inverse avec le nouvel indicateur, la part des blessés hospitalisés plus de 24 heures est plus élevée chez les jeunes de 15-25 ans. En revanche, quel que soit l'indicateur, c'est chez les motocyclistes que la gravité est la plus élevée (la vulnérabilité des usagers de 2-roues est importante).

Synthèse

En 2006, 71 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route à La Réunion. Le taux de mortalité à 30 jours est ainsi estimé à 101 pour un million d'habitants, taux nettement supérieur que la moyenne métropolitaine (78 par million d'habitants). Après 2 années consécutives de baisse (en 2002 et 2003), le nombre de tués à 30 jours tend à se stabiliser depuis 2004.

Près de 350 blessés ont été hospitalisés plus de 24 heures après un accident de la circulation.

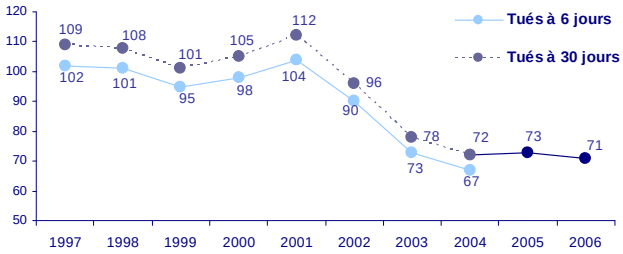
Ce sont les hommes, en particulier entre 15 et 25 ans, qui sont le plus exposés sur les routes de l'île. Les conducteurs de 2-roues sont les usagers de la route les plus vulnérables.

Tableau 1 – Effectifs de tués et de blessés après un accident de la route à La Réunion, en 2006, par tranche d'âge

	Tués		Blessés hospitalisés		Blessés non hospitalisés		Total blessés	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-13	1	1,4	22	6,4	85	12,5	107	10,4
14-17	7	9,9	38	11,0	56	8,2	94	9,2
18-24	17	23,9	110	31,9	202	29,7	312	30,5
25-59	38	53,5	162	47,0	309	45,5	471	46,0
60 et +	8	11,3	13	3,8	27	4,0	40	3,9
Total	71	100,0	345	100,0	679	100,0	1024	100,0

Source : DDE Exploitation ORS

Graphique 1 – Evolution du nombre de victimes tuées* après un accident de la route à La Réunion de 1997 à 2006



Source : DDE

* Tués à 6 jours : indicateurs disponibles jusqu'au 31 décembre 2004 ; tués à 30 jours : définition adoptée au 1er janvier 2005, les chiffres avant 2005 sont des estimations basées sur des évaluations appliquant un coefficient multiplicateur (1,069)

CHAMP : Ile de La Réunion, population tous âges.

SOURCES : Direction Départementale de l'Equipement de La Réunion. Le fichier national des accidents corporels est géré par l'ONISR (données issues des bulletins d'analyse d'accidents corporels - BAAC) établis par les services de police et de gendarmerie) et retransmis aux Directions Départementales de l'Equipement.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route. En France, jusqu'en 2004, était comptabilisé le nombre de victimes décédées sur le coup ou dans les 6 jours suivant l'accident. En 2005, la définition internationale a été adoptée : le nombre de victimes tuées correspond aux personnes tuées sur le coup ou dans les 30 jours suivant l'accident. De plus, ont été modifiées également les définitions de blessés : le blessé hospitalisé plus de 24 heures ayant remplacé le blessé grave hospitalisé plus de 6 jours et le blessé non hospitalisé (ou hospitalisé moins de 24 heures) ayant remplacé le blessé léger non hospitalisé ou hospitalisé pendant moins de 6 jours.

LIMITES ET BIAIS : sous-estimation du nombre de décès à 30 jours.

REFERENCE :

- www.reunion.equipement.gouv.fr/, www.securitéroutiere.gouv.fr/observatoire/

Tableau 2 - Effectifs et taux de mortalité à 30 jours après accidents de la route, par région, en 2006 (taux par million d'habitant)

Régions	Tués à 30 jours	Tués par million d'habitant
Alsace	107	60
Aquitaine	283	93
Auvergne	131	99
Basse-Normandie	114	79
Bourgogne	189	116
Bretagne	230	76
Centre	293	118
Champagne-Ardenne	141	106
Corse	40	147
Franche-Comté	109	9
Haute-Normandie	115	64
Île-de-France	426	38
Languedoc-Roussillon	274	111
Limousin	71	98
Lorraine	168	72
Midi-Pyrénées	284	105
Nord-Pas-de-Calais	212	53
Pays de la Loire	300	89
Picardie	222	118
Poitou-Charentes	175	103
Provence Alpes Côte d'Azur	384	82
Rhône-Alpes	441	75
Métropole	**4 709**	**78**
Guadeloupe	70	166
Guyane	33	210
Martinique	59	155
Réunion	**71**	**101**
France entière	**4 942**	**80**

Sources : ONISR, INSEE Exploitation ORS

CHAMP : France entière, population tous âges.

SOURCES : Fichier national des accidents corporels géré par l'ONISR (données issues des bulletins d'analyse d'accidents corporels - BAAC) établis par les services de police et de gendarmerie).

CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route. En France, jusqu'en 2004, était comptabilisé le nombre de victimes décédées sur le coup ou dans les 6 jours suivant l'accident. En 2005, la définition internationale a été adoptée : le nombre de victimes tuées correspond aux personnes tuées sur le coup ou dans les 30 jours suivant l'accident. Les définitions de blessés graves et légers ont également été modifiées au 1er janvier 2005 afin de s'aligner sur les définitions internationales : le blessé hospitalisé plus de 24 heures ayant remplacé le blessé grave hospitalisé plus de 6 jours et le blessé non hospitalisé (ou hospitalisé moins de 24 heures) ayant remplacé le blessé léger non hospitalisé ou hospitalisé pendant moins de 6 jours.

LIMITES ET BIAIS : sous-estimation du nombre de décès à 30 jours.

REFERENCE :

- www.reunion.equipement.gouv.fr/, www.securitéroutiere.gouv.fr/observatoire

Tableau 3 - Effectifs et taux de mortalité par accident de la route, par région, en 2005 (taux pour 100 000 habitants)

Régions	Tués	Taux de mortalité par habitant*
Alsace	98	7
Aquitaine	325	11
Auvergne	125	11
Basse-Normandie	139	11
Bourgogne	172	11
Bretagne	263	10
Centre	263	12
Champagne-Ardenne	149	11
Corse	36	16
Franche-Comté	128	12
Haute-Normandie	170	10
Île-de-France	526	5
Languedoc-Roussillon	292	12
Limousin	64	10
Lorraine	214	9
Midi-Pyrénées	304	11
Nord-Pas-de-Calais	277	7
Pays de la Loire	299	10
Picardie	161	10
Poitou-Charentes	202	13
Provence Alpes Côte d'Azur	428	9
Rhône-Alpes	471	8
Métropole	**5106**	**nd**
Guadeloupe	59	17
Guyane	39	23
Martinique	41	13
Réunion	**82**	**11**
France entière	**5327**	**nd**

Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORS

* taux standardisé par âge pour 100 000 habitants calculés sur la période triennale 2003-2005.

CHAMP : France entière, population tous âges.

SOURCES : Exploitation des certificats de décès – INSERM CépiDC, données démographiques - INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS : Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population métropole par accident de la circulation (population métropole en 1990). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un accident de la circulation (code CIM 9 jusqu'en 1999 : E810-E819, E826-E829 et CIM 10 à partir de 2000 : V01-V89).

LIMITES ET BIAIS : sous-estimation des accidents de la circulation comme cause initiale de décès.

REFERENCE :

- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 232-235.

Objectif 96 — Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles du langage oral et écrit de l'enfant

L'objectif de la loi de santé publique prévoit ***d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles du langage oral et écrit de l'enfant****.*
Les troubles du langage oral ou écrit comprennent les dysphasies (troubles du développement du langage oral) et les dyslexies (dysorthographies ou troubles d'apprentissage du langage écrit). Les prévalences de ces troubles ne sont pas connues précisément en France, faute d'enquêtes nationales comportant des données validées par diagnostics spécialisés. Au vu d'un certain nombre d'éléments (littérature internationale ou études françaises), on estime la prévalence des difficultés sévères du langage oral à 1% et celle de la dyslexie de 4 à 5%.
Les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral et/ou écrit sont confrontés à des difficultés de degrés divers débutant dès les premiers apprentissages du langage écrit. En l'absence de diagnostic ou en cas de prise en charge tardive ou inadaptée, le risque est celui d'échecs scolaires massifs et à l'extrême, d'illettrisme, posant problème à toutes les étapes des apprentissages et de la vie scolaire et grevant l'accès aux études et à l'insertion professionnelle.
Pour répondre à cet objectif, un plan triennal interministériel « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage » a été mis en œuvre en février 2002.

■ Pourcentage d'enfants de 5-6 ans scolarisés ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan de santé

Au cours de l'année scolaire 2007-2008, plus de la moitié (56%) des enfants âgés de 5 à 6 ans a bénéficié d'un dépistage des troubles du langage. Entre 2004 et 2008, la proportion d'enfants dépistés a globalement augmenté de 16% (Tableau 1).

■ Pourcentage d'enfants de 5-6 ans scolarisés ayant été adressés à un professionnel en orthophonie (centre de référence, CMP ou orthophoniste indépendant) parmi les enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan de santé

En 2008, parmi les enfants ayants bénéficié d'un dépistage des troubles du langage, 14% ont été orientés vers un orthophoniste, 3,5% vers un CMP (centre médico-psychologique) et 1,5% vers un centre de référence. Entre 2004 et 2008, la proportion d'enfants ayant été adressés à un orthophoniste a diminué tandis que celle des enfants adressés vers un CMP ou centre de référence a augmenté (Tableau 2).

■ Pourcentage d'enfants de 5-6 ans suivi par un professionnel en orthophonie parmi les enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan de santé

Au cours de l'année scolaire 2007-2008, environ 10% des enfants âgés de 5 à 6 ans ont été suivis : 7% par un orthophoniste, 2% dans un CMP et 0,4% dans un centre de référence (Tableau 3).

Synthèse

Au cours de l'année scolaire 2007-2008, plus de la moitié des enfants âgés de 5-6 ans a bénéficié du dépistage du trouble du langage. Parmi ces enfants, 14 % ont été orientés vers un orthophoniste, 3,5% vers un centre médico-psychologique (CMP), et 1,5% vers un centre de référence.

Tableau 1. Pourcentage d'enfants de 5-6 ans scolarisés ayant bénéficié d'un dépistage des troubles dans le cadre du bilan de santé

Année scolaire	Effectif des enfants de 5-6 scolarisés	Nombre d'enfants ayant eu un bilan de santé		Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un bilan approfondi de dépistage des troubles du langage	
	n	n	%	n	%
2004-2005	14 775	9 803	66,3	7 169	48,5
2005-2006	15 304	10 158	66,4	8 357	54,6
2006-2007	15 116	9 957	65,9	8 727	57,7
2007-2008	14 834	9 141	61,6	8 348	56,3

Source : Rectorat de La Réunion Exploitation ORS

Tableau 2. Pourcentage d'enfants de 5-6 ans scolarisés ayant été adressés à un professionnel en orthophonie (centre de référence, CMP ou orthophoniste indépendant) parmi les enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan de santé

Année scolaire	Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un bilan approfondi de dépistage des troubles des apprentissages		Nombre d'enfants adressés en consultation spécialisée					
			Orthophonie - Orthoptie		CMP		Centre de référence	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2004-2005	7 169	48,5	1 223	17,1	218	3,0	10	0,1
2005-2006	8 357	54,6	1 214	14,5	269	3,2	19	0,2
2006-2007	8 727	57,7	1 287	14,7	269	3,1	33	0,4
2007-2008	8 348	56,3	1 147	13,7	296	3,5	126	1,5

Source : Rectorat de La Réunion Exploitation ORS

Tableau 3. Pourcentage d'enfants de 5-6 ans suivis par un professionnel en orthophonie parmi les enfants ayant bénéficié d'un dépistage des troubles du langage dans le cadre du bilan de santé

Année scolaire	Nombre d'enfant ayant bénéficié d'un bilan approfondi de dépistage des troubles des apprentissages		Nombre d'enfants suivis en consultation spécialisée					
			Orthophonie - Orthoptie		CMP		Centre de référence	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2004-2005	7 169	48,5	-	-	-	-	-	-
2005-2006	8 357	54,6	624	7,5	134	1,6	19	0,2
2006-2007	8 727	57,7	765	8,8	182	2,1	35	0,4
2007-2008	8 348	56,3	607	7,3	167	2,0	30	0,4

Source : Rectorat de La Réunion Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, enfants scolarisés âgés de 5-6 ans.

SOURCES : Rectorat de La Réunion.

LIMITES : Entre 2004 et 2008, environ 50% des enfants ont bénéficié d'un dépistage des troubles du langage, par conséquent se pose le problème d'exhaustivité des données.

Objectif 97 — Assurer l'accès à une contraception et IVG dans de bonnes conditions

Cet objectif de la loi de santé publique vise à ***assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours****.*
Au moment de la prescription d'une contraception la question de l'adaptation des méthodes contraceptives utilisées aux conditions de vies des femmes se pose. L'HAS associée à l'AFSSAPS, a publié en décembre 2004 des recommandations dans ce sens, dans le but de renforcer l'efficacité des méthodes contraceptives en pratiques courantes.

■ Méthodes contraceptives

L'enquête démo97 et l'enquête famille de l'INSEE montrent que 66,6% des femmes réunionnaises de 20 à 44 ans utilisent une méthode contraceptive (74,6% pour la métropole en 2000).
Les femmes n'utilisant pas de méthode sont pour la grande majorité sans partenaire ou n'ont pas de relations sexuelles (15,6%).
Les femmes qui n'utilisent pas de contraceptif mais qui ne veulent pas d'enfant sont rares, elles représentent 2,8% des femmes de 20-44 ans (Tableau 1).

La pilule est le moyen de contraception le plus fréquent. L'utilisation d'autres moyens contraceptifs comme le stérilet ou la stérilisation croît avec l'âge de la femme. Cependant certaines méthodes dites traditionnelles sont fréquemment employées. Ainsi, le retrait et l'abstinence périodiques sont pratiqués par 3% des femmes, essentiellement parmi les femmes âgées d'au moins 35 ans. Les plus jeunes utilisent plutôt des méthodes « modernes » : la pilule et le préservatif masculin (Tableau 2). Ce dernier reste un moyen contraceptif très peu répandu à La Réunion (3,2%).
Les données présentées sont issues d'une enquête réalisée en 1997, par conséquent la situation a pu évoluer depuis.

■ Taux d'incidence des IVG

En 2006, 4 523 femmes ont eu recours à une IVG sur l'Ile de La Réunion soit 21,2 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Les taux d'IVG sont stables depuis 2002 après avoir diminué régulièrement à partir de 1991 où le taux était de 28,1 0/00.

Si le taux de recours (nombre d'IVG pour 100 conceptions) a diminué entre 1996 et 2003, on observe ces dernières années une tendance à la hausse (Tableau 3).

Tableau 1- Principales méthodes contraceptives à La Réunion et en France métropolitaine

Proportion de femmes chez les 20-44 ans	1997 Réunion effectifs	1997 Réunion %	1994 Métropole %	2000 Métropole %
Utilisant une méthode	**11 2595**	**66,6**	**67,7**	**74,6**
Pilule	72 146	42,6	40,2	45,4
Stérilet, DIU	21 937	13,0	15,8	17,3
Préservatifs masculins	5 362	3,2	4,6	7,4
Stérilisation but contraceptif	5 458	3,2	3,0	4,7
Abstinence périodique	2 475	1,5	3,9	1,3
Retrait	2 641	1,6	2,4	2,3
Autre	1 564	0,9	0,8	0,9
Piqûres	657	0,4	*	*
Crèmes spermicides	294	0,2	*	*
Diaphragme	62	0,0	*	*
N'utilisant pas de méthode	**56 568**	**33,4**	**29,4**	**20,7**
sans partenaire ou pas de relations sexuelles	2 6347	15,6	11,3	8,2
enceinte	9 941	5,9	5,1	4,0
autre	6 651	4,0	*	*
ne peut plus ou pas avoir d'enfant (stérile)	6 312	3,7	2,6	1,6
veulent un enfant	6 164	3,6	6,4	5,4
dont stérilisées	1 153	0,7	1,5	
sans réponse	*	*	**2,9**	**4,7**
Total	**169 162**	**100**	**100**	**100**

Sources : Enquête démo97, Enquête famille - INSEE Réunion
INED - Enquête sur les situations familiales et l'emploi 1994, Enquête COCOON 2000

CHAMP : Ile de La Réunion.

SOURCES : Enquête démo97 de l'INSEE Réunion, Enquête sur les situations familiales et l'emploi 1994 et Enquête COCOON 2000 de l'INED.

LIMITES ET BIAIS : Les données de ces enquêtes peuvent avoir évolué suite à une modification des pratiques sexuelles.

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p236-237

Tableau 2- Principales méthodes contraceptives par classe d'âge à La Réunion (en %) en 1997

Tranche d'âge	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Utlisant une méthode	**21,1**	**52,0**	**72,0**	**71,3**	**70,9**	**64,0**	**50,5**
Pilule	14,6	42,6	53,8	48,2	36,4	24,1	15,8
Préservatifs masculins	5,8	3,6	3,4	3,1	3,1	2,5	1,6
Autre	0,3	0,7	1,8	0,8	1,9	2,7	0,7
Stérilet, DIU	0,2	3,0	10,1	15,1	17,7	21,4	16,8
Abstinence périodique	0,2	0,5	1,3	1,2	2,7	1,9	1,6
Retrait	0,0	0,7	0,9	1,6	2,4	2,5	1,5
Stérilisation but contraceptif	0,0	0,9	0,6	1,3	6,7	9,0	12,5
N'utilisant pas de méthode	**78,9**	**48,0**	**28,0**	**28,7**	**29,1**	**36,0**	**49,5**
sans partenaire ou pas de relations sexuelles	65,9	30,5	11,3	11,0	12,8	13,4	17,1
Autre (ne sait pas)	7,0	3,3	1,0	0,9	1,1	0,0	0,2
enceinte	2,5	7,0	9,1	7,6	2,2	14,0	0,0
ne peut plus ou pas avoir d'enfant (stérile)	2,1	2,0	0,8	2,3	5,6	10,5	24,7
ne veut plus d'enfant	0,8	1,2	1,4	2,6	3,7	5,0	5,3
veulent un enfant	0,6	3,9	4,2	4,3	2,7	2,6	0,8
stérilisée autre	0,0	0,0	0,2	0,1	0,9	3,0	1,3

Sources : Enquête démo97, enquête famille - INSEE Réunion

Tableau 3- Nombre d'IVG, Taux d'IVG et taux de recours à La Réunion de 1990 à 2005

Année	Nbre d'IVG	Taux d'IVG $^0/_{00}$	Taux de recours %
1990	4 324	26,4	23,4
1991	4 615	28,1	24,5
1992	4 573	27,2	24,2
1993	4 650	27,0	25,6
1994	4 827	27,5	26,6
1995	4 748	26,5	26,5
1996	4 570	25,0	25,7
1997	4 750	25,5	25,6
1998	4 652	24,5	25,4
1999	4 525	23,0	24,1
2000	4 379	22,3	22,9
2001	4 339	21,7	22,9
2002	4 385	21,6	22,7
2003	4 129	20,0	22,4
2004	4 155	19,9	22,5
2005	4 421	21,0	23,4
2006	4 523	21,2	23,8

Sources : DRASS Réunion – INSEE Réunion

CHAMP : Ile de La Réunion.

SOURCES : DRASS Réunion – INSEE Réunion

LIMITES ET BIAIS : Jusqu'en 1998 le nombre d'IVG était calculé à partir des bulletins d'interruption de grossesse or ces dernières n'étaient pas toujours remplis par les praticiens. Depuis on dispose des données hospitalières (SAE) cependant ces données n'incluent pas toujours les IVG de villes.

REFERENCES :
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p236-237
- *Les interruptions volontaires de grossesse chez les mineures à La Réunion en 2004 depuis l'introduction de la contraception d'urgence en 2002.* Service Etudes et Statistiques. DRASS
- *Les Interruptions Volontaires de Grossesse à La Réunion de 1976 à 1999 »,* Service Etudes et Statistiques, DRASS
- *Les Interruptions volontaires de Grossesse à La Réunion* : Evolution récente et comparaison avec la France métropolitaine

■ Part des IVG chez les mineures

Chez les mineures, le nombre d'IVG est en augmentation : de 284 IVG en 1996, il est de 624 en 2006. La part des mineures parmi les femmes ayant une IVG a augmenté de 4,5% en 1986 à 13,8% en 2006, soit deux fois plus qu'en métropole la même année (6,3%) (Graphique 1).

■ Taux d'incidence des IVG chez les mineures

En 2005, le taux d'IVG pour 1 000 femmes mineures était de 29,8, soit deux fois supérieur à celui de la métropole la même année (11,3) (Carte 1).

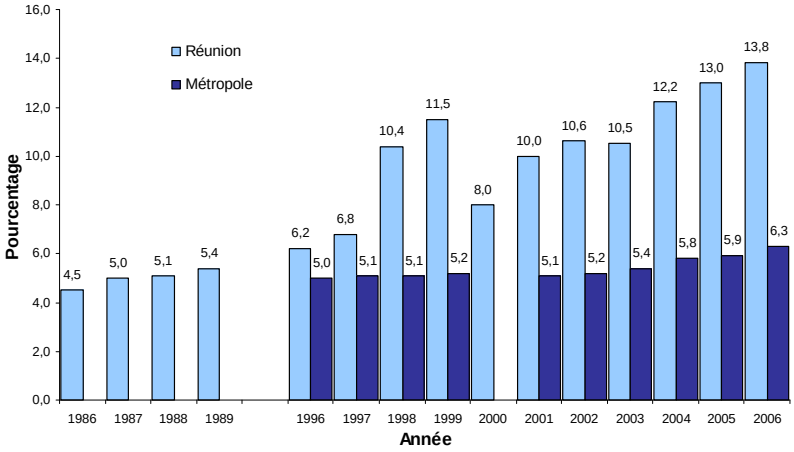
■ Proportion d'IVG médicamenteuse

Si la proportion d'IVG médicamenteuses a augmenté entre 2001 et 2006, passant ainsi de 26% à 42,3%, elle reste néanmoins en dessous de celle observée au niveau national (Graphique 2).

Synthèse

A La Réunion, les dernières données en 1997 montraient que 23 % des femmes de 20 à 44 ans n'utilisaient pas de méthode contraceptive (proportion très proche de la métropole à la même époque). Les méthodes de contraception les plus utilisées par ces femmes étaient la pilule (42,6 %), le stérilet (13 %) et le préservatif masculin (3,2 %).
L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement augmenté et notamment chez les mineurs.
En 2006, le taux d'IVG était de 21,2 pour 1000 femmes et le taux de recours de 23,8 pour 100 conceptions. On observe une fréquence des IVG plus élevée à La Réunion et dans les DOM de manière générale, qu'en France métropolitaine.
Les IVG médicamenteuses ont augmenté entre 2000 et 2006 à La Réunion.

Graphique 1- Proportion d'IVG chez les mineures parmi l'ensemble des IVG en Métropole et à La Réunion



Sources : DRASS Réunion - DREES

CHAMP : Ile de La Réunion.

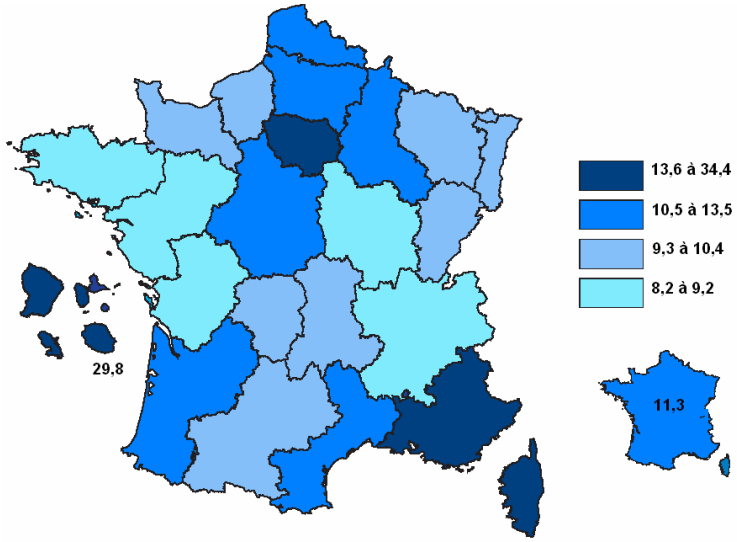
SOURCES : DRASS Réunion - DREES

LIMITES ET BIAIS : Jusqu'en 1998 le nombre d'IVG était calculé à partir des bulletins d'interruption de grossesse or ces dernières n'étaient pas toujours remplis par les praticiens. Depuis on dispose des données hospitalières (SAE) cependant ces données n'incluents pas toujours les IVG en villes.

REFERENCES :

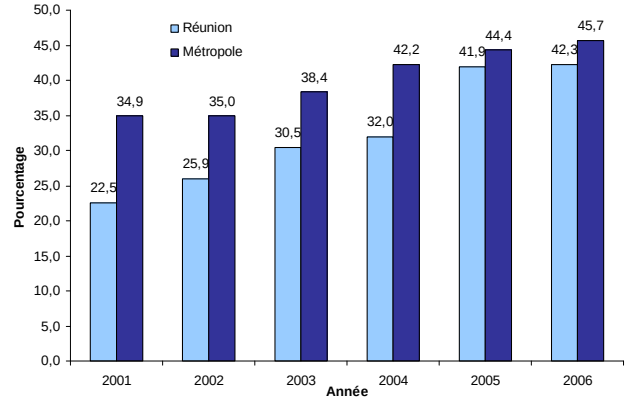
- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p236-237
- *Les interruptions volontaires de grossesse chez les mineures à La Réunion en 2004 depuis l'introduction de la contraception d'urgence en 2002.* Service Etudes et Statistiques. DRASS
- *Les Interruptions Volontaires de Grossesse à La Réunion de 1976 à 1999 »,* Service Etudes et Statistiques, DRASS
- *Les Interruptions volontaires de Grossesse à La Réunion : Evolution récente et comparaison avec la France métropolitaine.*

Carte 1 – Taux d'IVG pour 1 000 femmes mineurs dans les régions françaises en 2005



Source : DREES

Graphique 2. Proportion d'IVG médicamenteuse parmi tous les IVG à La Réunion



Source : DREES

CHAMP : Ile de La Réunion.

SOURCES : DREES

REFERENCES :

- *L'état de santé de la population en France, 2007.* Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p236-237.
- *Les interruptions volontaires de grossesse en 2001.* Etudes et Résultats. DREES, n°279, décembre 2003.
- *Les interruptions volontaires de grossesse en 2002.* Etudes et Résultats. DREES, n°348, octobre 2004.
- *Les interruptions volontaires de grossesse en 2003.* Etudes et Résultats. DREES, n°431, octobre 2005.
- *Les interruptions volontaires de grossesse en 2004.* Etudes et Résultats. DREES, n°522, septembre 2006.
- *Les interruptions volontaires de grossesse en 2006.* Etudes et Résultats. DREES, n°659, septembre 2008.

Objectif 99 — Réduire de 25% le nombre annuel de chutes de personnes de 65 ans et plus

Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent une partie importante (plus de 80%) des accidents de la vie courante (AcVC). Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans toutes les autres activités de la vie (loisirs, déplacements etc.). L'objectif de la loi de santé publique est de ***réduire de 25% le nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus****. L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs intrinsèques liés à la personne, et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Les estimations du nombre et de l'incidence des chutes chez les 65 ans et plus ayant entraîné un recours aux urgences ont été calculées à partir des données de 2006 du PMSI. Les décès par chute chez les personnes de 65 ans et plus proviennent des données de mortalité codées à partir de 2000 selon la 10ème version de la Classification internationale des maladies (CIM10).*

■ Taux d'incidence des chutes ayant entraîné un recours aux urgences hospitalières chez les personnes âgées de 65 ans et plus

A La Réunion, en 2006, 303 personnes âgées de 65 ans et plus ont eu recours aux urgences hospitalières pour une chute. Parmi ces personnes, 27% étaient des hommes et 73% des femmes soit un sex-ratio H/F de 0,4.
En 2006, le taux d'incidence des chutes est de 49 pour 10 000 habitants âgés de 65 ans et plus (taux standardisé sur la population européenne). Le taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 56 et 36 pour 10 000). Le taux brut d'incidence augmente avec l'âge : de 15 pour 10 000 chez les 65-74 ans, il passe à 221 pour 10 000 chez les 85 ans et plus (Tableau 1).

■ Taux de mortalité par chute chez les personnes de 65 ans et plus

En 2005, 21 personnes de plus de 65 ans sont décédées d'une chute accidentelle à La Réunion (35,6 décès pour 100 000 habitants) parmi lesquelles : 12 hommes (50,8 pour 100 000) et 9 femmes (23,6 pour 100 000). Ces résultats ont été établis par analyse des seuls décès codés en « chutes » en cause principale (Tableau 2).
Les différences de taux standardisés de mortalité montrent une surmortalité masculine (sex-ratio H/F de 1,5), quasiment à tous âges au-delà de 65 ans (Tableau 3).
Les taux de mortalité par chute augmentent avec l'âge, pour atteindre une valeur maximale chez les personnes de 85 ans et plus.
A noter que le nombre de décès par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus est sous-évalué en l'absence de prise en compte des fractures du col du fémur qui sont fréquemment liées aux chutes.

Synthèse

Les chutes accidentelles des personnes âgées de 65 ans et plus sont nombreuses à La Réunion. En 2006, le taux standardisé d'incidence de chute ayant entrainé une hospitalisation est de 49 pour 10 000 habitants âgé de 65 ans et plus. Ce taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge. En 2005, le taux de mortalité par chute accidentelle dans notre région (35,6 pour 100 000 habitants) chez les personnes âgées de 65 ans et plus est sensiblement comparable à celui de la métropole (36,5 pour 100 000 en 2004).

Tableau 1. Effectifs et taux d'incidence des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus ayant entraîné une hospitalisation, à La Réunion en 2006

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de patients			
65 à 74 ans	26	32	58
75 à 84 ans	31	103	134
85 ans ou plus	22	89	111
Total 65 ans ou plus	79	224	303
Taux brut d'incidence pour 10 000			
65 à 74 ans	15,3	15,4	15,4
75 à 84 ans	41,2	89,6	70,5
85 ans ou plus	166,5	240,2	220,9
Total 65 ans ou plus	30,6	62,3	49,0
Taux standardisé pour 10 000			
Total 65 ans ou plus	**35,9**	**55,7**	**48,7**

Sources : DRASS Réunion, INSEE Réunion — Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgées de 65 ans et plus.

SOURCES : Bases nationales PMSI pour les séjours hospitaliers et les nombres de patients - ARH, ATIH, exploitation DRASS Réunion. Données démographiques – INSEE Réunion

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 W00 à W19 pour les chutes. La population utilisée pour calculer les taux d'incidence standardisés des chutes ayant entrainé une hospitalisation est la population européenne, les deux sexes (Eurostat – pop Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS : Pour identifier les patients qui effectuent plusieurs séjours, on utilise un numéro d'anonymat unique. Ce numéro, non réversible est obtenu à partir d'informations administratives relatives aux patients, or certains numéros d'anonymat sont erronés ou nul et ont été pris en compte dans le calcul du nombre de patients. Le choix d'avoir retenu uniquement les codes W00-W19 de la CIM 10 sous-estime probablement le nombre de patients hospitalisés par chute chez les personnes âgées. En effet ne sont pas pris en compte les hospitalisations par fracture du col du fémur qui sont fréquemment liés à une chute.

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 238-239.

Tableau 2. Effectifs et taux de mortalité, brut et standardisé (pour 100 000), par chute accidentelle des personnes de 65 ans et plus, à La Réunion de 2000 à 2005

	2000			2001			2002			2003			2004			2005		
	Nbre	Taux brut	Taux std	Nbre	Taux brut	Taux std	Nbre	Taux brut	Taux std	Nbre	Taux brut	Taux std	Nbre	Taux brut	Taux std	Nbre	Taux brut	Taux std
Hommes	7	36,4	38,2	7	35,0	33,9	8	38,0	36,9	6	27,3	37,2	8	35,0	44,4	12	50,9	50,8
Femmes	10	35,8	32,6	4	13,8	12,7	7	23,2	22,2	6	19,2	17,0	7	21,7	19,3	9	27,1	23,6
Total	**17**	**36,1**	**36,2**	**11**	**22,4**	**22,5**	**15**	**29,3**	**28,7**	**12**	**22,6**	**22,4**	**15**	**27,2**	**27,7**	**21**	**37,0**	**35,6**

Sources : INSERM-CépiDC, INSEE Réunion — Exploitation ORS

Tableau 3. Effectifs et taux brut de mortalité (pour 100 000) par chute accidentelle des personnes de 65 ans et plus par tranche d'âge et selon le sexe, à La Réunion de 2000 à 2005

	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut
Hommes												
65-74 ans	4	31,2	4	30,2	4	29,0	1	6,9	2	13,4	5	32,8
75-84 ans	2	37,6	3	53,9	4	67,9	1	16,0	2	30,2	6	87,7
85 ans ou plus	1	89,4	0	0,0	0	0,0	4	316,2	4	307,5	1	68,2
Total	7	36,4	7	35,0	8	38,0	6	27,3	8	35,0	12	50,9
Femmes												
65-74 ans	2	12,5	1	6,0	3	17,4	1	5,7	1	5,5	1	5,3
75-84 ans	3	33,3	0	0,0	2	20,5	3	29,3	1	9,4	4	36,4
85 ans ou plus	5	173,4	3	98,5	2	61,8	2	61,1	5	146,8	4	115,5
Total	10	35,8	4	13,8	7	23,2	6	19,2	7	21,7	9	27,1
Ensemble												
65-74 ans	6	20,8	5	16,8	7	22,6	2	6,2	3	9,0	6	17,6
75-84 ans	5	34,9	3	20,0	6	38,3	4	24,3	3	17,4	10	56,1
85 ans ou plus	6	149,9	3	70,6	2	43,4	6	132,1	9	191,2	5	101,4
Total	**17**	**36,1**	**11**	**22,4**	**15**	**29,3**	**12**	**22,6**	**15**	**27,2**	**21**	**37,0**

Sources : INSERM-CépiDC, INSEE Réunion — Exploitation ORS

CHAMP : Ile de La Réunion, population âgée de 65 ans et plus.

SOURCES : Causes médicales de décès – INSERM CépiDC. Données démographiques - INSEE Réunion.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : Décès selon code CIM 10 W00 – W19, effectifs en cause principale, taux brut de mortalité (pour 100 000) = (nombre de décès/population moyenne de l'année en cours)*100 000, taux standardisés par âge selon la population européenne (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS : Ceux de la certification et du codage des causes de décès. L'analyse a suivi la CIM 10 qui n'inclut pas dans les décès par chute, les décès à la suite d'une fracture sans autre indication. Le choix d'avoir retenu uniquement les codes W00-W19 de la CIM 10 sousestime probablement le nombre décès par chute chez les personnes âgées. En effet ne sont pas pris en compte les décès par fracture du col du fémur qui sont fréquement liés à une chute.

REFERENCE :
- *L'état de santé de la population en France, 2007*. Publication de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, p 238-239.

Répertoire des sigles

AcVc	Accidents de la Vie Courante
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de Longue Durée
ALFEDIAM	Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (depuis janvier 2005, HAS)
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CAO	Nombre de dents cariées, absentes, obturées
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CGSS	Caisse Générale de Sécurité Sociale
CH	Centre Hospitalier
CHG	Centre hospitalier Général
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIC-EC	Centre d'Investigation Clinique – Epidémiologie Clinique
CIM	Classification internationale des maladies
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CISIH	Centres d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine
CMS	Centre Médico-Scolaire
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CO	Monoxyde de Carbone
COREVIH	COordination REgionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine
CRIRC	Comité Régional de l'Insuffisance Rénale Chronique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE	Direction Départementale de l'Equipement
DESCO	Direction de l'enseignement scolaire
DETA	Diminuer, entourage, trop, alcool
DGDDI	Direction Générale des Douanes et Droits Indirects
DGS	Direction Générale de la Santé
DOM	Départements d'Outre Mer
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDDI	Direction Régionale des Douanes et Droits Indirects
DREES	Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
DTCP	Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite
ECG	Electrocardiogramme
EIG	Evénement Indésirable Grave
ELD	Etablissement de Longue Durée
ENTRED	Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
ES	Etablissement de Santé
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense

FELIN	Fédération de Lutte contre les Infections Nosocomiales
FNORS	Fédération Nationale des ORS
Hba1C	Hémoglobine glyquée
HID	Handicaps-incapacités-dépendance (enquête INSEE)
HTA	Hypertension Artérielle
IARC	International Agency for Research on Cancer
IDM	Infarctus du Myocarde
IFEN	Institut Français de l'Environnement
IMC	Indice de masse corporelle
IN	Infection Nosocomiale
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National des Statistiques et Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut national de Veille Sanitaire
IOTF,	International obesity task force
IPAQ	International physical activity questionnaire
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRTC	Insuffisance Rénale Terminale Chronique
IRTS	Institut Régional du Travail Social
IRTT	Insuffisance Rénale Terminale Traitée
ISAAC	Enquête « International Study of Asthma and Allergies in Childhood »
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MICI	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
MSA	Mutualité sociale agricole
ObEpI	Obésité épidémiologie
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONISR	Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PNNS	Plan national nutrition santé
RAISIN	Réseau d'alerte et d'investigation de surveillance des infections nosocomiales
RCH	Rectocolite ulcéro-hémorragique
RECONSAL	Enquête Réunion Consommation Alimentaire
REDIA	Enquête Réunion Diabète
REIN	Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
RSI	Régime social des indépendants
SARM	staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
SISE	Système d'information santé-environnement
SPS	Enquête Santé et Protection Sociale
SSR	Soins de suite et réadaptation
TREND	Enquête « Tendances Récentes et Nouvelles Drogues »
UDI	Usage de drogue injectable
VADS	Voie Aéro-Digestives Supérieures
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZEP	Zone d'Education Prioritaire

SOURCES

SOURCES

Cadrage démographique

INSEE Réunion ; Tableau Economique de La Réunion (TER) ; édition 2006/2007 ; 228p.

INSEE Réunion ; Economie de La Réunion n°129, mars 2007.

DRASS Réunion ; service études et statistiques ; Statiss 2006 ; 28p.

CRIESR ; CAF, Département, DRASS, INSEE, ORS, Région ; Familles de La Réunion ; juin 2005 ; 80p.

Département de La Réunion ; PMI ; données chiffrées issues des certificats du 8ème jour.

DREES ; L'état de santé de la population en France en 2006, indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique ; La documentation Française ; 2007 ; 254p.

Déterminants sociaux de l'état de santé

INSEE ; chiffres-clés ; www.insee.fr

INSEE de La Réunion ; Enquête emploi mai 2006 ; Informations rapides réunion, n°52 ; novembre 2006.

DREES ; L'état de santé de la population en France en 2006, indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique ; La documentation Française ; 2007 ; 254p.

INSEE Réunion ; Tableau Economique de La Réunion (TER) ; édition 2006/2007 ; 228p.

DREES ; Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005 ; Etudes et résultats n°512 ; août 2006.

Bases de données « Eco-santé » ; Départements et régions de France ; www.ecosante.fr

Indicateurs synthétiques sur la morbidité déclarée

Données synthétiques de mortalité

DREES ; Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005 ; Etudes et résultats n°512 ; août 2006.

INSEE Réunion ; Economie de La Réunion n°129, mars 2007.

DRASS, Évolution moindre de l'espérance de vie à La Réunion entre 1990 et 2004, novembre 2005

IRDES ; Bases de données « Eco-santé » ; Départements et régions de France ; www.ecosante.fr

FNORS ; Base de données Score-Santé ; www.fnors.org

DRASS Réunion ; Evolution sur 10 ans de la mortalité et de ses caues à La Réunion ; Etudes et statistiques ; Infos Réunion, n°, novembre 2006, 4p.

INSEE Réunion ; Les causes de décès, des maladies de civilisation ; Economie de La Réunion, 2ème trimestre 2003, pp23-26.

DREES ; L'état de santé de la population en France en 2006, indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique ; La documentation Française ; 2007 ; 254p.

Nartz E. ; DRASS, service études et statistiques ; Analyse des composantes de la mortalité à La Réunion en 2000 ; 2004, 4p.

INSERM ; bases de données sur les causes médicales de décès Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/

Aouba A., Péquignot F., Le Toullec A., Jougla E. ; INSERM ; Les causes médicales de décès en 2004 en France et leur évolution 1980-2004 ; BEH n°35-36, septembre 2007, pp308-314.

ORS Réunion ; Tableau de bord sur la Santé des enfants de moins de 1 an. ; 2007 ; 3p. (www.orsrun.net)

ORS Réunion ; Tableau de bord sur la Santé des enfants de 1 à 14 ans. ; 2007 ; 3p. (www.orsrun.net)

ORS Réunion ; Tableau de bord sur la Santé des 15-44 ans. ; 2007 ; 4p. (www.orsrun.net)

ORS Réunion ; Tableau de bord sur la Santé des 45-74 ans. ; 2007 ; 4p. (www.orsrun.net)

ORS Réunion ; Tableau de bord sur la Santé des 75 ans et plus. ; 2005 ; 4p. (www.orsrun.net)

Données synthétiques sur les incapacités, déficiences, dépendances

DREES ; L'état de santé de la population en France en 2006, indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique ; La documentation Française ; 2007 ; 254p.

DRASS Réunion ; Différentiel homme/femme face aux handicaps et incapacités à l'île de La Réunion ; Actes du colloque Handicaps, Incapacités, Dépendances à l'île de La Réunion du 5 octobre 2006, pp19-27.

Cambois E., Clavel A., Robine J-M. ; DREES ; L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter, Dossiers solidarité et santé, n°2, avril 2006.

Cambois E., Laborde C., Robine J.M., INED, La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte, Population et Sociétés, n° 441, janvier 2008, 4 p.

Cambois E., Laborde C., Robine J.M. ; INED ; "Population et Sociétés", n° 441, janvier 2008, 4 p.

Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population

DREES ; L'état de santé de la population en France en 2006, indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique ; La documentation Française ; 2007 ; 254p.

Péquignot F., Le Toullec A., Bovet M., Jougla E. ; INVS ; La mortalité évitable liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France » in « La mortalité prématurée en France », BEH, n°30/2003.

CNAMTS, Fréquence des affections de longue durée (ALD 30) au régime général – premiers résultats de l'étude fréquence et coût des ALD, Direction de la stratégie, des études et de la statistiques, Département études sur les pathologies et les patients, avril 2006.

Mouquet M-C. ; DREES ; Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003, Etudes et résultats, n°444, novembre 2005.

Inégalités sociales

DREES ; L'état de santé de la population en France en 2006, indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique ; La documentation Française ; 2007 ; 254p.

Leclerc A. et al. ; INSERM ; Les inégalités sociales de santé, 2000, La Découverte.

HCSP, La Santé en France 2002, La Documentation Française, 2002, Paris.

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P-Y. et al., Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : Les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé, IRDES, Questions d'économie de la santé, n°92 février 2005.

Ramiaramanana M., Ricquebourg M., Roddier M., Yovanovitch J-D., La Couverture Maladie Universelle à La Réunion 2002-2003, rapport d'étude, IRTS/ORS, 2004, 65p.

Monteil C., Robbert-Bobée I., Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes, INSEE Première, n°1025, juin 2005, INSEE.

Allonier C., Guillaume S., Rochereau T., Enquête Santé et Protection sociale 2004 : premiers résultats, Questions d'économie de la santé, n°110, juillet 2006.

La loi relative à la politique de santé publique de 2004 a défini cent objectifs à l'horizon 2008-2009, ainsi que plusieurs objectifs transversaux, notamment en termes de réductions des inégalités géographiques et sociales de santé.
Cet ouvrage est le premier rapport sur l'état de santé de la population réunionnaise réalisé à partir des indicateurs de suivi de ces objectifs. Ce travail, coordonné par la DRASS et réalisé par l'ORS, a bénéficié du partenariat avec les producteurs de données dans le champ de la santé (ADEME, AFSSA, AFSSAPS, ALFEDIAM, ANAES, ARH Réunion, CANAM, CGSS, CIC-EC Réunion, CIRE Réunion-Mayotte, CNAMTS, COREVIH Réunion, CRIRC Réunion, Département de La Réunion, DDE Réunion, DESCO, DGDDI Réunion, DGS, DRASS Réunion, DRDDI Réunion, DREES, DRSM Réunion, FELIN Réunion, FNORS, IFEN, INPES, INSEE, INSEE Réunion, INSERM, InVS, IRDES, IRTS Réunion, Mammorun, ONISR, OFDT, OMS, Registre des cancers (Département),REIN, RSI).
Il permet ainsi de disposer d'un panorama chiffré et commenté des principaux problèmes de santé publique et de leur évolution. Il offre une source de réflexion d'une grande richesse en matière de politique de prévention.

Dans un premier temps, une synthèse dresse une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en 2007. Des informations de cadrage sont ensuite fournies sur les grandes caractéristiques de la mortalité et de la morbidité de la population réunionnaise.
Sous formes de fiches synthétiques, 45 des objectifs associés à la loi ont par ailleurs pu être évalués, la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant, la prévalence du tabagisme quotidien, le surpoids et l'obésité, la mortalité périnatale, les complications du diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique, la violence routière, la contraception, etc. Chaque fois que les données le permettaient, les indicateurs ont été comparés à ceux de la métropole.

Observatoire Régional de la Santé de La Réunion
12 rue Colbert
97400 St-Denis
Tél : 02 62 94 38 13
Fax : 02 62 94 38 14
Email : orsrun@orsrun.net
Site internet : www.orsrun.net

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de La Réunion
2 bis, avenue Georges Brassens - B. P. 50
97408 Saint-Denis Messag Cédex 9
Tél : 02 62 93 94 95
Site internet : www.reunion.sante.gouv.fr

Décembre 2008

Ce document est téléchargeable sur les sites :
www.orsrun.net
www.reunion.sante.gouv.fr
http://www.codess-reunion.org