

ÉTAT SANITAIRE DE MAYOTTE EN 1981

Par S. BLANCHY (*) (**)

RÉSUMÉ

La collectivité de Mayotte séparée de l'archipel des Comores depuis 1975 connaît une amélioration sensible de son état sanitaire appréciée à partir de la mortalité, la morbidité, la protection de la mère et de l'enfant, les grandes endémies (paludisme, filariose, lèpre, tuberculose, parasitoses intestinales).

Mots-clés : MAYOTTE 1981, ÉTAT SANITAIRE.

SUMMARY

Health since in Mayotte: 1981.

The population of Mayotte has seen a great change of health since it separated from the Comores Islands in 1975 and this is shown by mortality, morbidity, survey of mothers and children, malaria, filariasis, leprosy, tuberculosis, haelminthiasis.

Key-words : MAYOTTE 1981, HEALTH SINCE.

Mayotte, terre française depuis 1841, est devenue Collectivité Territoriale Française en 1975 lors de la déclaration unilatérale d'indépendance des Comores.

Située dans l'océan indien au nord du canal du Mozambique, sa superficie est de 275 km² pour deux îles séparées par un bras de mer de 2 km, la Petite Terre n'ayant que 15 km².

La population recensée en 1978 par l'Institut National de la Statistique était de 47 246 habitants, le taux d'accroissement étant estimé à 3,5 %, il y avait en 1981 environ 52 000 habitants.

La collectivité est administrée par un Conseil Général et un Préfet, le système sanitaire est dirigé par un Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales assisté d'un Directeur des Hôpitaux pour les deux hôpitaux de Petite Terre (40 lits) et de Grande Terre (46 lits). L'archipel est découpé en six secteurs de prévention et de médecine rurale dirigés chacun par un médecin volontaire de l'aide technique ou contractuel qui dispose d'un dispensaire par commune (3 communes par secteur), d'une équipe de démostication et d'un véhicule.

(*) Médecin-inspecteur de la Santé DAASS, B. P. 922, 33062 Bordeaux Cedex.

(**) Séance du 7 juillet 1982.

MORTALITÉ. MORBIDITÉ

1. *La mortalité.*

L'État Civil étant quasi inexistant, la mortalité a été estimée à partir de villages tests représentant environ la moitié de la population.

Le taux brut de mortalité est de 14,5 ‰.

Le taux de déclaration des décès de 21,3 ‰.

La mortalité infantile de 0 à 5 ans de 102,2 ‰.

La mortalité infantile de 0 à 1 an de 60,9 ‰.

La première cause de mortalité est :

- chez les 0 à 11 mois : les « fièvres » étiquetées souvent paludisme et tétanos,
- chez les 1 à 4 ans : la noyade et les maladies de l'appareil digestif,
- chez les 5 à 14 ans : les maladies de l'appareil digestif,
- chez les plus de 14 ans : chez les femmes les maladies liées à la grossesse et à l'accouchement, chez les hommes les hépatites infectieuses et pour les deux sexes pris ensemble les « fièvres » étiquetées paludisme.

À l'hôpital, en service de médecine, sur six mois d'avril à septembre 1981, il y a eu 11 décès dont 8 enfants de moins de 11 ans.

Ces décès étaient dus pour les enfants à l'anémie chez un jumeau, une bronchiolite post-morbillieuse, deux déshydratations chez des enfants hypotrophiques, deux tétanos ombilicaux, une infection néonatale, une convulsion fébrile.

Les autres décès étaient dus à une ascite (cardiaque ?) chez une fille de 17 ans, une pneumopathie chez un enfant de 4 ans.

Les trois décès d'adultes qui étaient âgés de plus de 50 ans étaient dus à :

- une méningite à streptocoque comateuse d'emblée,
- une hépatite suraiguë,
- une hypertension artérielle.

Il faut noter que l'accessibilité à l'hôpital est très différente selon les villages en raison de l'éloignement et de l'état des pistes.

2. *La morbidité.*

En 1981 les dispensaires ont fait 226 809 consultations à 84 842 consultants contre 117 999 à 75 593 consultants en 1980.

La croissance (+ 92 %) du nombre de consultations étant due à :

- une amélioration des voies de communications,
- une amélioration de l'approvisionnement des dispensaires en médicaments,
- une campagne importante d'éducation pour la santé,
- une meilleure formation des infirmiers consultants.

La première cause de morbidité est représentée par les traumatismes (déchirures, plaies, brûlures) suivies des maladies infectieuses et parasitaires, des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies de l'appareil digestif.

Sur 420 malades hospitalisés à l'hôpital de Mamoudzou en service de médecine entre avril et septembre 1981, 16,4 % l'étaient pour bilan de fin de traitement de tuberculose, 7,8 % pour colite, gastrite, parasitose digestive, 7,6 % pour bronchiolites post-morbilleuses (enfants), 6,6 % pour bronchites ou asthme (adultes), 5,7 % pour marasme (enfants), 3,8 % pour rougeole (enfants), 3,3 % pour hypertension artérielle, 3,3 % pour cardiopathie, 2,1 % pour brûlure, 2,1 % pour adénite, 2,1 % pour diabète, 1,7 % pour intoxication par ingestion de pétrole, 1,4 % pour arthrite purulente, 1,2 % pour hémorragie digestive, 1,2 % pour tétanos, 0,9 % pour hépatite, 0,9 % pour tuberculose, 0,7 % pour méningite bactérienne, 0,7 % pour paludisme confirmé dont un accès pernicieux venant des Comores.

Sur les cinq tétanos deux étaient ombilicaux néo-nataux et sont décédés, les trois autres touchant des enfants de 4, 7 et 10 ans ont guéri.

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

La natalité a été estimée à partir de villages tests représentant environ la moitié de la population où un effort particulier de recueil statistique a été fait.

Les autres renseignements statistiques proviennent du fichier P. M. I.

Le taux brut de natalité calculé par l'I. N. S. E. E. en 1978 sur un échantillon de 10 167 individus était de 45,5 ‰.

Le taux global de fécondité générale est d'environ 468,3 ‰.

Les femmes de 15 à 19 ans ont eu en moyenne 1,5 enfant dont 1,4 vit encore, celles de 20 à 24 ans ont eu en moyenne 3,2 enfants dont 3 vivent encore, celles de 25 à 29 ans ont eu 5,2 enfants dont 4,8 vivent encore, celles de 30 à 34 ans ont eu 6,5 enfants dont 6 vivent encore, les femmes de 35 à 39 ans ont eu 8 enfants dont 7 vivent encore, les femmes de 40 à 49 ans ont eu en moyenne 9,8 enfants dont 7,2 vivent encore.

Ainsi, la mortalité moyenne des enfants pour les femmes de 15 à 34 ans est à peu près constante pour augmenter ensuite très sensiblement.

Environ 85 % des femmes enceintes étaient suivies par la P. M. I. ce qui a représenté 5 539 consultations prénatales pour 2 012 consultant les femmes alors que l'on estimait à 2 360 le nombre de femmes enceintes en 1981.

Chaque femme suivie a été vue 2,7 fois pendant sa grossesse et a été vaccinée contre le tétanos.

57,2 % des consultant les femmes ont moins de 24 ans car le taux maximum de fécondité se situe dans cette période de la vie du fait du mariage très jeune et parce que les jeunes sont plus sensibles à l'éducation pour la santé.

Malgré la présence d'une maternité dans l'hôpital de Petite Terre et dans celui de Grande Terre ainsi que d'un centre d'accouchement à Sada, les 3/4 des accouchements se font encore à domicile.

Le taux de mortalité néo-natale (0 à 28 jours) est de 46 ‰ chez les enfants dont les mères étaient suivies contre 51,6 ‰ pour l'ensemble de Mayotte.

Environ 6 000 enfants de 0 à 6 ans étaient suivis en P. M. I. soit 40 % des enfants de cette tranche d'âge.

Le poids de naissance moyen est de 2,9 kg, la courbe pondérale se casse

nettement au cours du 6^e mois au moment du sevrage et reste plate jusqu'au 12^e mois où elle remonte doucement suivant jusqu'à 4 ans la limite inférieure de la courbe classique des enfants métropolitains.

A un an et demi les enfants pèsent en moyenne 8,2 kg, à 2 ans et demi 10 kg, à 3 ans et demi 11,5 kg.

LES GRANDES ENDÉMIES

1. *Le paludisme.*

En 1976 l'index plasmodique global était de 25,5 % décroissant progressivement avec l'âge de 49,7 % pour les 0-4 ans à 5,4 % pour les 60 ans et plus.

Il n'était plus en 1978 que de 7,2 % mais avec encore 4 % pour les plus de 45 ans. En 1980 et 1981 l'index plasmodique était compris dans un intervalle de confiance de 0,9 à 6 % avec une disparition significative de l'index plasmodique des plus de 60 ans.

Ces résultats ont été obtenus par un programme de lutte qui s'est développé progressivement comprenant une chimioprophylaxie des enfants de moins de 15 ans et des femmes enceintes dont l'efficacité est démontrée par l'évaluation parasitologique de 1978, une lutte antivectorielle imogicide par pulvérisation intradomiciliaire de produit insecticide rémanent (Malathion) trimestrielle dont l'efficacité est démontrée par l'évaluation parasitologique de 1980, une lutte antivectorielle antilarvaire par empoisonnement grâce à des poissons larvivores (gambusia) et à un traitement bimensuel des gîtes larvaires accessibles au temephos (Abate).

2. *La filariose de Bancroft.*

En 1972, l'indice microfilarien global était estimé à 28,5 % il chutait à 19,6 % en 1980 et à moins de 15 % en 1981.

Ces résultats ont été obtenus essentiellement par la lutte entreprise contre le paludisme qui touchait également les vecteurs de la filariose *Culex quinquefasciatus* et *Anopheles gambiae*.

La forte chute enregistrée entre 1980 et 1981 peut être attribuée :

— à la mise en place de la lutte antilarvaire plus efficace contre culex, dont les gîtes sont accessibles, que contre anopheles,

— à une distribution indiscriminée d'une dose (6 mg/kg) de diéthylcarbamazine à plus de 90 % de la population âgée de 1 an et plus selon la méthode des doses espacées décrite par LAIGRET en Polynésie Française.

3. *La lèpre.*

Le nombre de malades en compte au 31 décembre 1981 était de 290 (contre 288 en 1980) dont 132 en observation sans traitement (contre 18 en 1980) et 158 en traitement (contre 270 en 1980).

Dix nouveaux cas ont été dépistés en 1981 (contre 9 en 1980) dont 5 TT (contre 3 en 1980), 2 LL (contre 2 en 1980), 1 BT (contre 3 B en 1980).

	Lépreux recensés	I. M. N. (‰)	I. C. T. (‰)
1968.	61	0,11	1,8
1973.	205	0,59	5,4
1978.	284	1	6
1980.	288	0,17	5,6
1981.	290	0,19	5,5

Sur une étude cas par cas faite en 1981 on trouvait un index lépromateux de 1,69 ‰ et un pourcentage de lépromateux parmi les nouveaux dépistés de 22 %.

La grande différence de malades en observation sans traitement et en traitement observée entre 1980 et 1981 provient de la mise en œuvre en 1981 d'un programme de lutte antihansénien comprenant :

— un traitement de l'ensemble des lépreux par Rifampicine (6 mg/kg), Isoniazide (3 mg/kg), Clofazimine (1,5 mg/kg) soit deux gélules de Rifinah et une gélule de Lamprène par jour pour un adulte pendant 3 mois pour les paucibacillaires et 2 ans pour les multibacillaires,

— une biopsie systématique au dépistage puis 1 à 2 fois par an pour les multibacillaires,

— une recherche de B. H. dans le mucus nasal et au lobule de l'oreille systématique au dépistage puis tous les 3 mois pour les B. H. positifs.

4. La tuberculose.

La tuberculose a vu sa prévalence passer de 0,6 ‰ en 1972 à 2,38 ‰ en 1979, 2,29 ‰ en 1980, 2,29 ‰ en 1981.

Parallèlement l'incidence passait de 0,4 ‰ en 1972 à 0,6 ‰ en 1979, 1,26 ‰ en 1980, 0,02 ‰ en 1981.

En 1981 un programme de lutte permettait de passer du classique traitement de 18 mois comprenant streptomycine, isoniazide, éthionamide (ou éthambutol) pendant 2 à 3 mois suivi d'un traitement à l'isoniazide-éthionamide (ou éthambutol) pendant 15 à 16 mois, à un traitement court de 6 à 9 mois comprenant pendant 2 mois rifampicine (6 mg/kg/j), isoniazide (3 mg/kg/j), éthambutol (20 mg/kg/j) puis rifampicine-isoniazide pendant 4 à 6 mois.

Parallèlement la vaccination B. C. G. a été pratiquée sur 90 % de la population réelle des 0 à 20 ans.

5. Les parasitoses intestinales.

Des évaluations parasitologiques faites en 1978 et 1981 montraient que chez les enfants de 6 mois à 9 ans le pourcentage de porteurs d'ascaris était passé de 66,8 % à 35,1 %, le pourcentage de porteurs d'ankylostomes de 13,6 % à 6,09 % et celui des porteurs de trichocéphales de 75,3 % à 34,6 %. Par contre le nombre de porteurs de giardia (10,3 %) avait légèrement augmenté.

Ces résultats ont été obtenus par une distribution systématique indiscriminée,

trimestrielle de lévamisole (Solaskil) à la dose de 3 à 6 mg/kg en 1981 ayant touché 43,4 % de la population de cette tranche d'âge à la première distribution, 56,7 % à la seconde, 65 % à la troisième et 53,2 % à la quatrième.

CONCLUSION

Depuis 1975 date de la séparation de Mayotte de l'ensemble de l'archipel des Comores et surtout depuis 1979 une réelle amélioration de l'état sanitaire de Mayotte s'est produite.

Cependant Mayotte reste sur le plan sanitaire plus proche des pays les moins avancés que des départements français même d'outre-mer.

Les problèmes de fond ne pourront être résolus que :

- par un décollage économique de l'île,
- par une amélioration de l'hygiène publique et en particulier de l'adduction d'eau,
- par une amélioration des communications à l'intérieur de l'île,
- par une formation professionnelle et continue du personnel soignant,
- par une éducation générale, et sanitaire en particulier, de la population,
- par une maîtrise des grandes endémies dans les îles voisines et plus particulièrement les Comores et Madagascar.

BIBLIOGRAPHIE

- BLANCHY & GALTIER (J.). — La filariose de Bancroft à Mayotte. *Cahiers O. R. S. T. O. M., Sér. Méd. et Parasitol.*, 1982, vol. X, 2.
- BLANCHY (S.) & GALTIER (J.). — Programme de lutte contre la lèpre à Mayotte. *Acta Leprologica* (octobre 1982). 19-22
- D. A. S. S. de Mayotte. — Rapports annuels 1979, 1980, 1981. Direction des Affaires sanitaires et sociales de Mayotte. B. P. 104, 97600 Mamoutzou.
- GALTIER (J.) & BLANCHY (S.). — Le paludisme à Mayotte et son évolution de 1976 à 1981. *Cahiers O. R. S. T. O. M., Sér. Méd. et Parasitol.*, 1982, vol. XX, 2.
- GALTIER (J.) & BLANCHY (S.). — Épidémiologie de la lèpre à Mayotte. *Acta Leprologica* (octobre 1982). 1-18
- ISAUTIER (H.). — Rapports de mission à Mayotte, 1976, 1978, 1980, 1981.
- LAIGRET (J.) et al. — Progrès dans l'emploi de la diéthylcarbomazine en chimiothérapie de la filariose lymphatique à *Wuchereria bancrofti* var. *Pacifica* : la méthode des doses espacées. *Bull. O. M. S.*, 1978, 56, 985-990.
- LOZE (B.). — *La Santé à Mayotte*. Thèse Médecine n° 162, Toulouse, 1980.
- PROD'HOM (J.), AMBROISE-THOMAS (P.) & HEBBARD (G.). — *Cah. O. R. S. T. O. M., Sér. Méd. et Parasitol.*, 1975, vol. XII, 4, 177-191.