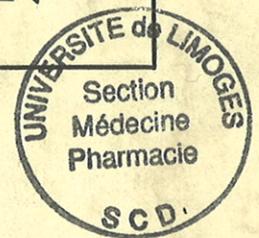


UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Médecine

ANNEE 2001

Thèse n° 118/1

**IMAGES
DE LA MORBIMORTALITE
A L'ILE DE LA REUNION**



THESE

POUR LE

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 100856 2

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 9 Mai 2001

par

Olivier PINGARD

né le 30 Novembre 1972 à Villeneuve-d'Ascq (Nord)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur Jean-Claude VANDROUX PRESIDENT
Monsieur le Professeur Jean-Philippe DUMAS JUGE
Monsieur le Professeur Alain GAINANT JUGE
Monsieur le Professeur Daniel BUCHON JUGE ET DIRECTEUR DE THESE
Monsieur le Docteur Jean-Loup CARRE MEMBRE INVITE

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE
BENSAID Julien	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCOHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LEGER Jean-Marie	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PHILIPPE Henri-Jean (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

PILLEGAND Bernard (C.S)
PIVA Claude (C.S)
(C.S)
RIGAUD Michel (C.S)
ROUSSEAU Jacques
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNENEGRE Alain
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE LEGALE
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

DEDICACES

A mes parents

Pour leur amour, leur soutien durant toutes ces années et tout ce qu'ils m'ont permis d'accomplir.

Vous m'avez épaulé, encouragé et supporté tout au long de mes études.

Veillez trouver ici, le témoignage de ma gratitude et de mon affection.

A mes frères, Arnaud et Nicolas

Pour les bons moments passés et à venir.

A la mémoire de mes grands-parents paternels.

A mes grands-parents maternels

Pour toute leur tendresse.

A toute ma famille.

A Christel

Pour son aide et son soutien.

Avec tout mon amour.

A notre fille Clémence

Pour toute la joie qu'elle nous apporte.

A son frère ou sa sœur, encore "bien au chaud".

A ma belle famille

Pour sa contribution à ce travail.

Avec toute mon affection.

A mes amis

Sans qui ces dix dernières années n'auraient pas été les mêmes.

Pour leur amitié si précieuse et ces moments inoubliables.

A Monsieur le Professeur Jean-Claude VANDROUX

Biophysique et traitement de l'image

Biologiste des Hôpitaux

Chef de Service

Doyen de la Faculté de Médecine

Vous avez accepté la présidence de ce jury.

Qu'il me soit permis à cette occasion de vous exprimer ma gratitude et mon plus profond respect.

Toujours à l'écoute des étudiants, vous avez su vous faire apprécier de tous.

Merci aussi pour les bons moments "alpins".

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe DUMAS

Urologie

Chirurgien des Hôpitaux.

Vous m'honorez de votre confiance pour juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Alain GAINANT

Chirurgie Digestive

Praticien Hospitalier.

Vous me faites l'honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.

Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Merci à tous les deux pour votre sympathie et votre humour !

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON

Médecine Générale

Professeur Associé à mi-temps.

Pour votre disponibilité, votre soutien, vos conseils et le degré de liberté que vous m'avez laissé en dirigeant cette thèse.

Acceptez ma reconnaissance à consentir à juger ce travail.

A Jean-Loup

Sans qui cette thèse n'aurait pas existé.

Pour ton aide, ton humanisme, ton amitié et tout ce que tu m'as appris.

"Mi di aou grand merci" !

PLAN

INTRODUCTION

I-L'ILE DE LA REUNION

I-1-GEOGRAPHIE

I-1-1-Situation géographique

I-1-2-Géologie et relief

I-1-3-Climat

I-2-HISTORIQUE

I-2-1-Découverte

I-2-2-La Compagnie des Indes

I-2-3-La grande époque

I-2-4-Le déclin (1863-1945)

I-2-5-Un nouveau statut

I-3-POPULATION

I-3-1-Démographie

I-3-2-Composition

I-3-3-Répartition géographique

I-4-MODE DE VIE

I-4-1-L'habitat

I-4-2-L'alimentation

I-5-ECONOMIE

I-5-1-Généralités

I-5-2-Les grands secteurs d'activité

I-5-3-L'emploi

I-5-4-Les prestations sociales

I-5-5-Revenus et pouvoir d'achat

I-6-TRANSPORT ROUTIER

I-6-1-Le parc automobile

I-6-2-Le réseau routier

I-7-INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIAUX A LA REUNION ET EN FRANCE

II-LE SYSTEME DE SANTE A LA REUNION

II-1-LES EQUIPEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX

II-1-1-Les équipements sanitaires

II-1-2-Les équipements sociaux

II-2-LE PERSONNEL DE SANTE

II-3-LA CONSOMMATION MEDICALE

II-4-LA COUVERTURE SOCIALE

II-4-1-L'Aide Médicale du département

II-4-2-L'Aide Médicale de l'Etat

II-4-3-La carte Sésam-Vitale

II-4-4-La Couverture Maladie Universelle (CMU)

III-ACTIVITE DU CABINET D'UN MEDECIN GENERALISTE

III-1-PRESENTATION DU CABINET

III-1-1-Le médecin généraliste

III-1-2-La clientèle

III-1-3-Le cabinet et les structures médicales proches

III-2-ANALYSE DE L'ACTIVITE

III-2-1-Méthode

III-2-2-Résultats

IV-MORTALITE A LA REUNION

IV-1-GENERALITES

- IV-1-1-Evolution
- IV-1-2-Situation actuelle
- IV-1-3-Comparaison avec la Métropole
- IV-1-4-Les principales causes de décès

IV-2-LES PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES

- IV-2-1-Les cardiopathies ischémiques
- IV-2-2-Les accidents vasculaires cérébraux
- IV-2-3-Les facteurs de risques cardiovasculaires
- IV-2-4-Transition épidémiologique
- IV-2-5-Conclusion

IV-3-LES CANCERS

- IV-3-1-Le registre des cancers à la Réunion
- IV-3-2-Les résultats
- IV-3-3-Conclusion

IV-4-LES DECES PAR MORT VIOLENTE

- IV-4-1-Généralités
- IV-4-2-Les accidents de la circulation
- IV-4-3-Les suicides

IV-5-LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

- IV-5-1-Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion
- IV-5-2-Comparaison avec la Métropole

IV-6-LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

- IV-6-1-Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion
- IV-6-2-Comparaison avec la Métropole

IV-7-LES TROUBLES MENTAUX

IV-7-1-Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion

IV-7-2-Comparaison avec la Métropole

IV-8-LES MALADIES ENDOCRINIENNES

IV-8-1-Généralités

IV-8-2-Le diabète

IV-9-LES SYMPTOMES, SIGNES ET ETATS MORBIDES MAL DEFINIS

IV-10-LES MALADIES INFECTIEUSES

IV-10-1-Les maladies à déclaration obligatoire

IV-10-2-Nombre de cas déclarés

IV-10-3-Les maladies rares

IV-10-4-Les maladies fréquentes

IV-10-5-Comparaison avec la Métropole

IV-11-L'ALCOOLISME

IV-12-LA TOXICOMANIE

IV-13-LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (I.V.G.)

IV-13-1-Nombre d'I.V.G. à la Réunion et établissements concernés

IV-13-2-Caractéristiques des femmes

IV-13-3-Propension à avorter ou taux de recours à l'avortement

IV-13-4-Caractéristiques de l'intervention

IV-13-5-Et ailleurs ?

V-DISCUSSION

CONCLUSION

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INTRODUCTION

C'est à l'occasion d'un séjour de dix-huit mois passé à la Réunion en tant que résident en médecine générale que nous est apparu le besoin d'analyser la morbidité de l'île, le stage chez le praticien en étant une fidèle illustration.

- Comment se présente l'île de la Réunion sur le plan géographique, historique, démographique et économique ?
- Quelles sont les particularités de son système de santé et ses éventuelles conséquences épidémiologiques ?
- L'expérience vécue au sein d'un cabinet de médecine générale donne-t-elle une juste impression de cette morbidité ?
- Peut-on expliquer les différences en terme d'épidémiologie avec la Métropole ?

I-L'ILE DE LA REUNION

I-1-GEOGRAPHIE

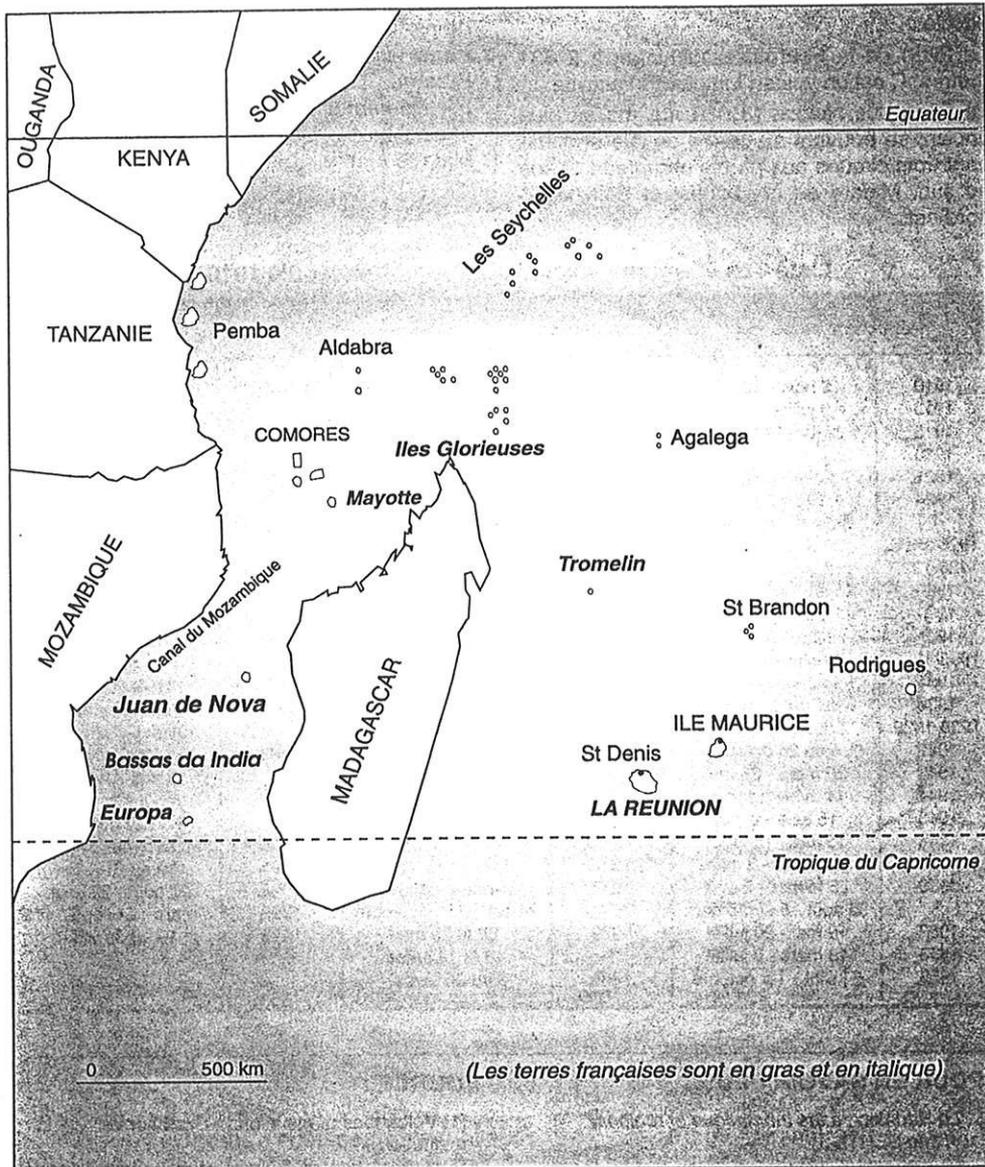
I-1-1-Situation géographique (33)

La Réunion se situe dans le Sud-Ouest de l'océan Indien, par 21°5 de latitude Sud et 55°29 de longitude Est, entre l'équateur et le tropique du Capricorne.

Distante de 9180 kms de Paris, de 880 kms de Tananarive (Madagascar) et de 210 kms de Port Louis (Ile Maurice), elle forme avec les îles Maurice et Rodrigues, l'archipel des Mascareignes.

D'une superficie de 2503 km²(trois fois et demi plus petite que la Corse) et de forme elliptique, elle présente un diamètre maximal, l'axe Nord-Ouest/Sud-Est, de 72 kms et un petit axe perpendiculaire de 51 kms.

Sa circonférence est de 207 kms et seulement une quarantaine de kilomètres de plages, situées sur la côte Ouest, sont protégées en partie par une barrière de corail.



Carte n° 1 : Situation géographique de l'île de la Réunion.

I-1-2-Géologie et relief (34)

L'île de la Réunion a surgi il y a trois millions d'années du ventre de l'océan Indien, suite à une percée de magma profond à travers la plaque tectonique Africaine. La Réunion est en fait un gigantesque cône, dont la base repose à 4000 m environ sur le fond de l'océan.

Le massif du Piton des Neiges, point culminant de l'île (3069 m), naquit de cette éruption. Cet ancien volcan inactif constitue actuellement les deux tiers Nord-Ouest de l'île. Il domine trois cirques d'effondrement (Salazie au Nord-Est, Cilaos au Sud et Mafate au Nord-Ouest) disposés en feuille de trèfle autour de lui. Chacun de ses trois cirques d'un diamètre de 10 kms environ s'ouvrent en plaies béantes, bordées de remparts abrupts de 800 à 1200 mètres, inclinés à 70° ou 75°.

Les rivières, aux débits importants, surtout à la saison des pluies, ont largement entaillé les pentes en creusant de profonds sillons perpendiculaires à la côte, appelés ravines.

Le fond des cirques est déchiqueté par de profondes ravines qui délimitent des petits plateaux dénommés "îlets", d'accès périlleux, où vivent les habitants de ces régions.

Au Sud-Est, se dresse le Piton de la Fournaise (2613 m), l'un des volcans les plus actifs de notre planète qui déverse de temps en temps une petite coulée de magma vers la mer.

Ces deux massifs sont séparés par une zone de hautes plaines, la Plaine des Cafres (1600 m) à l'Ouest et la Plaine des Palmistes (1100 m) à l'Est.

Ce relief montagneux rend les communications difficiles, laisse peu de place aux plaines littorales et aux terres défrichables par l'homme. En effet seulement le quart de la superficie de l'île est cultivable.

I-1-3-Climat (34)

Les Mascareignes sont des îles intertropicales au climat chaud que viennent adoucir l'influence de la mer et la présence d'alizés venant du Sud-Est.

Pour la Réunion vient s'ajouter l'influence du relief qui détermine une double opposition, d'une part entre le littoral et "les hauts" et d'autre part, entre la côte Est dite "au vent" et la côte Ouest dite "sous le vent". Le relief compartimenté de l'île explique aussi l'existence de très nombreux microclimats.

En effet, la chaîne de montagne, orientée Nord-Ouest/Sud-Est détermine une zone "au vent" au Nord qui reçoit en moyenne 5000 mm d'eau et une zone "sous le vent" au Sud qui n'en reçoit que 750 mm annuellement. Elle oppose ainsi une luxuriante végétation tropicale à une savane aride.

Il est donc possible de distinguer grossièrement trois zones climatiques :

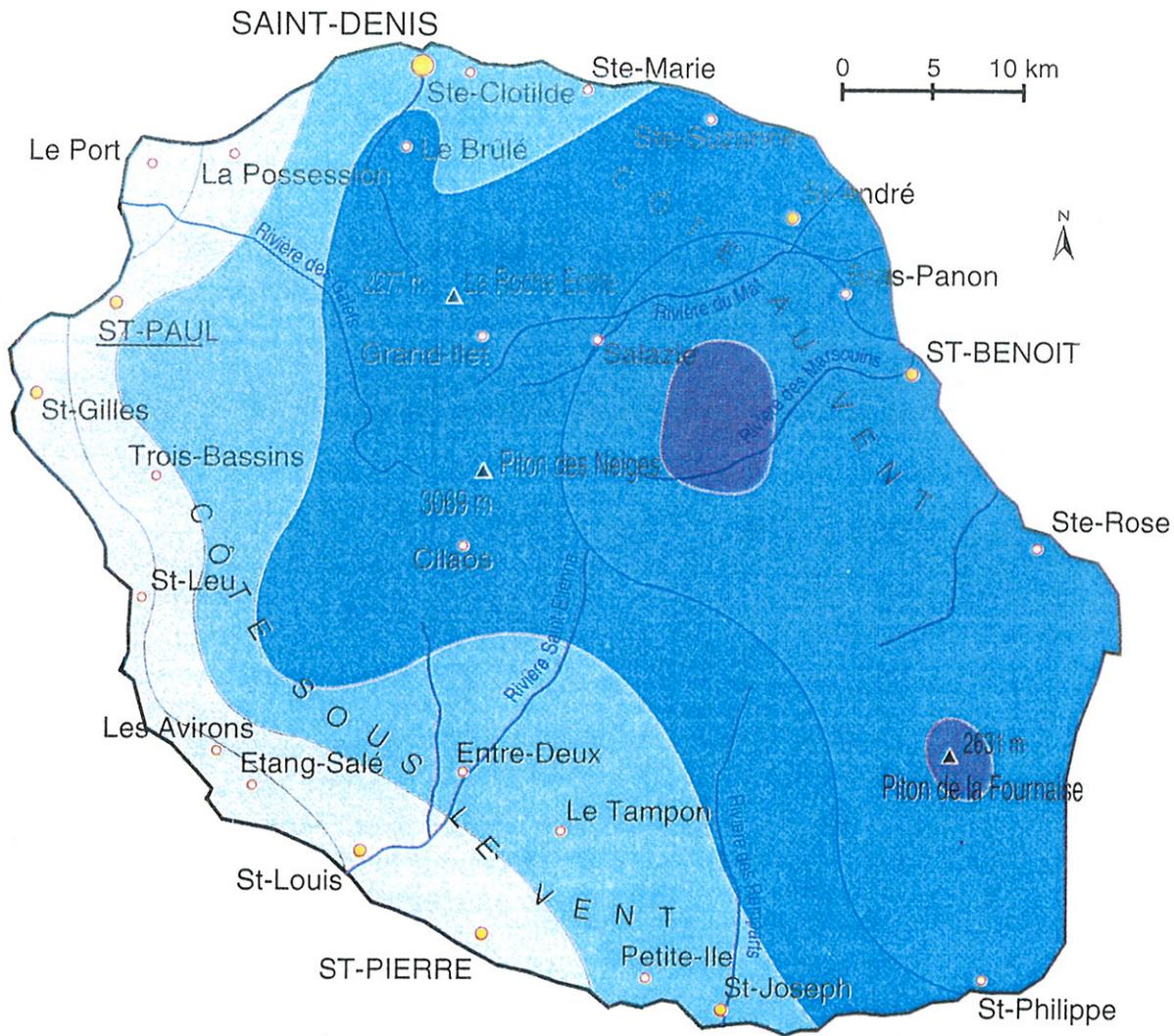
- la côte Est, chaude et humide.
- la côte Ouest, aride et sèche.
- "les hauts" et les cirques, aux précipitations abondantes, où la température peut devenir négative en hiver.

A la Réunion deux saisons se succèdent :

- l'été austral : de novembre à avril, c'est une saison chaude et humide, caractérisée par des précipitations importantes avec des températures atteignant 35° sur le littoral et 17° à 20° en moyenne altitude. C'est également la période pendant laquelle peuvent se produire les dépressions tropicales et cyclones, prenant naissance dans le Nord-Est de l'océan Indien.

Ces phénomènes météorologiques sont surveillés par satellite et selon les risques encourus, le préfet peut décider la mise en place de mesures pour assurer la sécurité des populations.

- l'hiver austral : de mai à octobre, c'est une saison plus fraîche et plus sèche, où sur le littoral les températures avoisinent 15° alors qu'en altitude on relève à certains endroits des températures régulièrement négatives (-1° à -3° au Piton des Neiges).



Moyennes des précipitations annuelles



Quelques repères :

Moyennes annuelles :

Saint-Benoît : 4 à 6 m
 Cirque de Salazie : 2 à 4 m
 Cirque de Mafate : 2 à 4 m
 Saint-Leu : 0,73 m
 Saint-Gilles : 0,57 m

Ecarts :

Saint-Benoît : 0,70 m en mars,
 0,15 m en août.
 Saint-Gilles : 0,10 m en mars,
 0,01 m en août.

Carte n° 3 : Carte des pluies de la Réunion.

Nom ou année	Date
Cyclone 1948	27 janvier 1948
Cyclone 1950	13 janvier 1950
Cyclone 1951	26 janvier 1951
Cyclone 1958	19 mars 1958
ALIX	19 janvier 1960
JENNY	28 février 1962
GISELLE	28 février 1964
DENISE	7-8 janvier 1966
HERMINE	25 janvier 1970
BENJAMINE	8 janvier 1979
HYACINTHE	18 au 27 janvier 1980
FLORINE	7 janvier 1981
GABRIELLE	6 février 1982
CLOTILDA	13-14 février 1987
FIRINGA	29 janvier 1989
COLINA	19 janvier 1993
HOLLANDA	11 février 1994
DANIELLA	8 décembre 1996
DAVINA	10 mars 1999

(Remarque : d'autres cyclones ont eu lieu depuis, mais n'apparaissent pas dans cette liste).

Tableau n° 1 : Liste des cyclones tropicaux depuis 1948 à la Réunion.

THERMOMETRIE		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
St Denis - Aéroport	Moyenne maxima	28,0	27,8	28,0	27,3	27,4	27,3	27,9
	Moyenne minima	20,3	20,2	20,6	20,7	20,5	20,6	21,1
	Moyenne générale	24,2	24,1	24,3	24,1	24,0	24,0	24,5
St Benoît	Moyenne maxima	26,6	26,7	27,1	27,2	26,5	27,0	27,2
	Moyenne minima	19,2	19,4	19,5	19,7	19,2	19,3	19,7
	Moyenne générale	23,0	23,1	23,4	23,5	22,9	23,1	23,5
Plaine des Palmistes	Moyenne maxima	20,7	20,4	20,7	20,2	20,3	20,3	20,9
	Moyenne minima	12,3	12,6	13,0	12,8	12,3	12,7	12,9
	Moyenne générale	16,5	16,5	16,9	16,6	16,3	16,5	16,9
Plaine des Cafres	Moyenne maxima	18,3	18,1	18,7	18,6	18,7	19,0	19,3
	Moyenne minima	8,5	8,7	9,0	9,1	8,4	8,7	8,9
	Moyenne générale	13,5	13,4	13,9	13,9	13,6	13,9	14,1
St Pierre	Moyenne maxima	27,2	27,1	27,4	27,2	27,2	27,8	28,0
	Moyenne minima	19,9	20,1	20,4	20,3	19,9	20,4	20,6
	Moyenne générale	23,6	23,7	23,9	23,8	23,6	24,1	24,3
Le Port	Moyenne maxima	29,0	27,7	28,1	27,8	28,2	29,1	29,1
	Moyenne minima	21,6	21,5	22,0	21,7	21,3	21,7	22,0
	Moyenne générale	25,3	24,7	25,1	24,8	24,8	25,4	25,6
Cilaos	Moyenne maxima	21,3	20,9	21,8	21,7	21,8	22,0	22,5
	Moyenne minima	10,2	10,7	11,1	11,1	10,6	11,2	11,0
	Moyenne générale	15,8	15,9	16,5	16,5	16,3	16,6	16,8
PLUVIOMETRIE								
St Denis - Aéroport	Hauteur d'eau (*)	687	2 742	1 543	1 718	1 149	1 347	1 627
	Rapport normale	41	165	93	104	69	78	94
St Benoît	Hauteur d'eau (*)	2 000	5 833	2 483	3 969	2 830	3 353	3 942
	Rapport normale	59	173	74	118	87	100	113
Plaine des Palmistes	Hauteur d'eau (*)	2 549	5 982	4 033	4 697	4 522	4 098	4 749
	Rapport normale	55	129	87	101	96	89	101
Plaine des Cafres	Hauteur d'eau (*)	1 258	2 590	1 997	2 196	1 586	1 360	1 755
	Rapport normale	56	115	88	97	70	61	82
St Pierre	Hauteur d'eau (*)	1 010	1 469	994	1 297	1 030	603	1 302
	Rapport normale	97	141	95	124	102	58	125
Le Port	Hauteur d'eau (*)	293	1 202	533	945	464	351	528
	Rapport normale	41	170	75	133	67	50	80
Cilaos	Hauteur d'eau (*)	1 217	3 073	2 127	2 015	1 153	971	1 452
	Rapport normale	59	148	103	97	52	50	77

(*) Hauteur d'eau (en mm)

Tableau n° 2 : Thermométrie et pluviométrie à la Réunion.

I-2-HISTORIQUE (33)

I-2-1-Découverte

Ile inhabitée du bout du monde, elle a probablement été découverte par des navigateurs arabes au XII^{ème} siècle.

Cependant, à l'écart de la grande voie maritime des Indes, ouverte par les Portugais en 1458, l'île de la Réunion ne fut mentionnée qu'en 1502 sur le portulan d'Alberto Cantino qui la désigne sous le nom de "Diva Morgabin". En 1512, Diego Fernandez Pereira baptise l'île du nom de "Santa Appolonia".

Aux environs de 1513, un navigateur portugais, Pedro de Mascarenhas découvre au hasard d'un voyage en mer des Indes, un groupe d'îles : Réunion, Maurice, Rodrigues. Elles porteront en souvenir de lui, le nom de "Mascareignes".

Servant d'escale sur la route des Indes aux Français et aux Hollandais pendant plus d'un siècle, elle connaîtra de ce fait une succession d'occupations éphémères.

I-2-2-La Compagnie des Indes

Salomon Goubert prend possession de l'île en 1638, clouant les armes royales de Louis XIII sur un tronc d'arbre et déclare "mascarin" française.

En 1642, le cardinal Richelieu, concède l'île pour dix ans à la Compagnie Française de l'Orient, qu'il vient de fonder.

L'île servira pendant douze ans de lieu de déportation à des français révoltés contre l'autorité du gouverneur de Fort Dauphin à Madagascar.

La colonisation réelle de l'île, appelée dès lors Ile Bourbon (1649), résulte de la création par Colbert en 1664, de la Compagnie des Indes Orientales sous le parrainage direct de Louis XIV. Celle-ci envoie en 1665, 20 premiers colons, puis l'année suivante, 200 autres dont cinq jeunes filles ! Ils s'installent à St Paul qui devient la capitale de l'île.

La population atteint 700 habitants en 1700, 2000 en 1717.

Au début du XVIII^{ème} siècle, les terres sont distribuées à des colons blancs d'origine française. L'île ne prend son essor démographique qu'avec le développement de la culture du café, grande utilisatrice de main d'œuvre fournie par une importante traite négrière en provenance de Madagascar et du Sud de l'Afrique.

Cependant, la concurrence du marché antillais, la prédominance de l'île de France (Ile Maurice), ainsi que la commercialisation de plus en plus difficile du café ne permettent pas une réelle prospérité malgré l'introduction de l'esclavage.

En 1767, la Compagnie des Indes Orientales fait faillite et Louis XV rachète les Mascareignes afin d'y créer un bastion maritime de la France contre l'Angleterre fortement implantée aux Indes.

I-2-3-La grande époque

En 1770, l'île compte environ 35000 habitants. Le 10 août 1792, elle prend le nom de la Réunion. C'est la grande époque du café Bourbon.

En 1810, les Anglais prennent possession des deux îles, mais la Réunion est restituée à la France cinq ans plus tard. La perte de l'île Maurice, grande productrice de sucre, fait instaurer la culture industrielle de la canne à la Réunion. La barre des 100 000 tonnes est franchi vers 1830. Sur le plan foncier, la monoculture de la canne à sucre entraîne la quasi-disparition des cultures vivrières et la constitution de grands domaines laissant sans terre exploitable un grand nombre d'habitants.

Le 20 décembre 1848 constitue une date historique pour la Réunion. En effet, l'abolition de l'esclavage va considérablement modifier le peuplement de l'île, obligeant les planteurs, les "gros blancs", au recrutement d'une nouvelle main d'œuvre en provenance de la côte Sud-Ouest de l'Inde (Malabar) et de Madras : les "Malbars". Les "petits blancs" ruinés émigrent vers "les hauts", les cirques et les plaines, souvent accompagnés des affranchis peu désireux de s'engager chez les gros planteurs de canne à sucre.

En 1850, 152 000 habitants vivent à la Réunion.

A la fin du XIX^{ème} siècle, deux nouvelles vagues d'immigration se succèdent :

- la première en provenance du Nord-Ouest de l'Inde (Gujarat) de confession musulmane va constituer un important groupe ethnique spécialisé dans le commerce du Gros et du textile : les "Z'arabes".
- la seconde venant de Chine et en particulier de la région de Canton va développer le petit commerce : "les Chinois".

I-2-4-Le déclin (1863-1945)

La situation économique se dégrade à partir de 1865 avec l'effondrement des cours de la canne dû à la concurrence de la betterave et de la canne des Antilles.

La population est victime des épidémies, importées avec les travailleurs immigrés : au paludisme endémique s'ajoutent des poussées de choléra, de variole et même de peste. La mortalité infantile est énorme, et pour la première fois de son histoire, la population stagne pendant plus d'un demi-siècle.

De plus, l'île perd à la fois son rôle d'escale vers les Indes avec la construction du canal de Suez et de base française dans l'océan Indien avec la conquête de Madagascar. La diversification des cultures (riz, céréales, vanille) ne parviendra pas à contrebalancer cette crise.

I-2-5-Un nouveau statut

Pour sortir la Réunion du sous-développement, on imagine de la rapprocher de la Métropole en faisant d'elle un Département d'Outre-Mer (DOM). L'Assemblée Nationale vote la départementalisation le 14 mars 1946.

Dès juillet 1948, le vaste plan d'équipement des DOM se concrétise par le Fond d'Investissement des Département d'Outre-Mer (FIDOM) qui permet la création de la Sécurité Sociale, des Caisses d'Allocations Familiales (CAF), de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG), de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et du Revenu Minimum d'Insertion (RMI). D'autre part, on assiste à la modernisation des communications.

En 1954, le premier recensement de type moderne dénombre 274 400 habitants.

En 1961, la première centrale électrique voit le jour.

En 1975, on assiste au changement du franc CFA en franc français.

La loi de défiscalisation des investissements, crée un véritable boom économique.

La loi de décentralisation du 2 mars 1982 voit le Conseil Régional devenir Collectivité Territoriale à part entière et le Conseil Général doté de compétences élargies.

En 1996, l'alignement du SMIC local sur celui de la Métropole amorcé en 1995 s'achève.

Actuellement, le projet de loi concernant la bidépartementalisation (Réunion du Nord et du Sud) oppose une grande partie de la population.

I-3-POPULATION (26, 33, 43, 50)

I-3-1-Démographie

a) Accroissement de la population

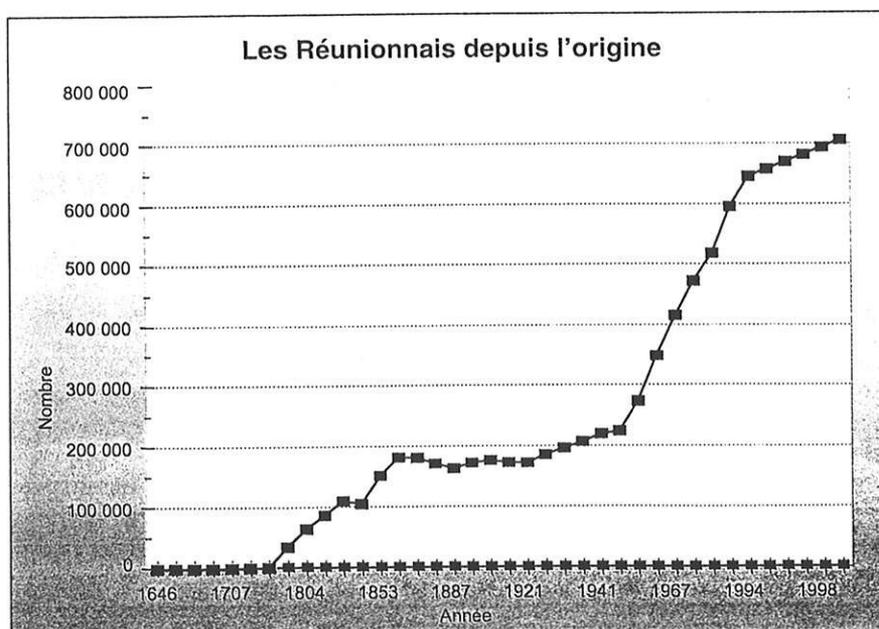
Depuis la départementalisation en 1946, l'île de la Réunion a connu une véritable révolution démographique. En effet, le nombre d'habitants a été multiplié par plus de 2,5.

C'est le Département d'Outre-Mer le plus peuplé.

Les derniers résultats du recensement de 1999 permettent d'estimer à 707.220 le nombre d'habitants à la Réunion au 1^{er} janvier 1999 avec une prédominance féminine (51,1 % de femmes pour 48,9 % d'hommes). Depuis 1990, l'augmentation annuelle moyenne de la population a été de 1,9 %, rythme comparable à celui mesuré de 1982 à 1990.

80 % de cette croissance est due à l'excédent naturel, le reste provenant de l'excédent migratoire.

En 2005, en supposant que la migration demeure positive et que les mouvements de baisse de la fécondité et de la mortalité se poursuivent, la Réunion compterait 775.000 habitants.



Graphique 1 : Evolution de la population réunionnaise.

b) Natalité et fécondité

Rappel des définitions :

- Taux de natalité : rapport du nombre de naissances vivantes au cours d'une période (en général l'année) à la population totale en milieu de période.
- Taux de fécondité : rapport du nombre de naissances au cours d'une période à la population de femmes fécondes en milieu de période. Les femmes réputées fécondes sont celles âgées de 15 à 49 ans.
- Indice synthétique de fécondité (ISF) (ou somme des naissances réduites) : somme de l'ensemble des taux de fécondité par âge pour une année donnée. Elle indique le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde chaque femme d'une génération fictive pendant sa vie féconde (15-49 ans) avec les taux de fécondité par âge identiques à ceux observés l'année considérée.

Le taux de natalité est estimé à 20 pour mille en 1998. Il demeure très largement supérieur à celui de Métropole (12,4 pour mille).

	1974	1982	1990	1994	1995	1996	1997	1998 (p)
LA REUNION								
Naissances vivantes	13 425	11 964	13 877	13 327	13 087	13 073	13 667	13 550
Taux de natalité (pour mille)	28,0	23,0	23,3	20,6	19,9	19,5	20,0	19,5
METROPOLE								
Naissances vivantes	799 217	797 223	762 407	710 993	729 609	734 338	726 768	740 300
Taux de natalité (pour mille)	15,2	14,6	13,4	12,3	12,5	12,6	12,4	12,6

Tableau n° 3 : Natalité à la Réunion et en Métropole.

58,5 % des naissances ont eu lieu hors mariage en 1997 (contre 31 % en 1974). Comparés à la Métropole où ces taux sont déjà les plus élevés parmi les pays de l'union européenne (39 % en 1996), ces taux singularisent la situation du département.

	1974	1982	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Naissances légitimes	9 262	7 110	6 567	6 180	5 874	5 746	5 591	5 677
Naissances hors mariage	4 163	4 854	7 310	7 252	7 453	7 341	7 482	7 990
Naissances hors mariage (%)	31,0	40,6	52,7	54,0	55,9	56,1	57,2	58,5

Tableau n° 4 : Les naissances à la Réunion selon la légitimité.

L'indice synthétique de fécondité continue de baisser pour atteindre 2,22 en 1997. En Métropole, cet indice qui avait atteint son minimum historique en 1993 et 1994 avec 1,65 enfant par femme amorce depuis une légère remontée (1,71 en 1997). L'âge moyen des mères est passé de 26,8 ans en 1990 à 27,6 ans en 1997.

	1974	1982	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997
15-19 ans	62	50	43	40	40	38	38	35	32
20-24 ans	207	150	132	133	118	111	105	102	99
25-29 ans	201	155	152	151	143	140	135	137	137
30-34 ans	149	114	111	115	109	111	106	108	108
35-39 ans	104	65	61	59	54	54	54	53	53
40-44 ans	47	25	16	19	17	16	15	15	15
45-49 ans	5	3	1	1	1	2	1	1	1
Indice synthétique de fécondité (ISF)	3,88	2,81	2,58	2,60	2,41	2,35	2,28	2,25	2,22

Tableau n° 5 : Taux de fécondité à la Réunion selon l'âge de la mère.

c) Mortalité et espérance de vie

Rappel des définitions :

- Taux de mortalité : c'est le rapport entre le nombre de décès d'une période (en général l'année) et la population correspondante en milieu de période. Il dépend des conditions de santé et de la structure par âge de la population.
- Espérance de vie à la naissance : durée de vie moyenne ou âge moyen au décès d'une génération fictive qui aurait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.
- Taux de mortalité infantile : proportion d'enfants qui meurent avant l'âge d'un an, calculé pour 1000 naissances vivantes.
- Taux de mortinatalité : c'est le rapport entre le nombre de mort-nés d'une période (en général l'année) et le nombre de naissances au cours de cette période.

Le taux de mortalité est estimé à 5,5 pour mille en 1998 (9,2 pour la Métropole en 1998). Il reste très bas compte tenu de la jeunesse de la population réunionnaise.

Toutefois, la mortalité par âge et par sexe présente des taux supérieurs à ceux mesurés en Métropole. La surmortalité que connaît la Réunion affecte surtout les adultes avant l'âge de la retraite et plus les hommes que les femmes.

DECES	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998(p)
LA REUNION	3 153	3 347	3 205	3 089	3 188	3 606	3 609	3 808
- hommes	1 861	2 013	1 952	1 797	1 833	2 078	2 040	...
- femmes	1 292	1 334	1 253	1 292	1 355	1 528	1 569	...
Taux de mortalité (*)	5,3	5,4	5,1	4,8	4,8	5,4	5,3	5,5
METROPOLE	526 201	521 530	532 263	519 965	531 618	535 775	530 319	540 400
- hommes	272 664	271 506	275 677	270 749	275 106	276 791	272 809	...
- femmes	253 537	250 024	256 586	249 216	256 512	258 984	257 510	...
Taux de mortalité (*)	9,3	9,1	9,2	9,0	9,1	9,2	9,1	9,2

(*) pour mille

Tableau n° 6 : Mortalité à la Réunion et en Métropole.

En 1998, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 78,5 ans pour les femmes et 70,2 ans pour les hommes. Cela place la Réunion parmi les pays du monde où l'écart d'espérance de vie à la naissance entre hommes et femmes est le plus important.

Très fortement lié à la baisse de la mortalité infantile jusqu'aux années 70, l'accroissement de l'espérance de vie vient surtout depuis 1980 du recul de la mortalité aux autres âges, notamment les plus élevés.

Comparée à la Métropole, l'espérance de vie est inférieure à 3,7 ans pour les femmes et 4,3 ans pour les hommes.

Le veuvage est, compte tenu de la plus grande longévité féminine, cinq fois plus important chez les femmes que chez les hommes.

	LA REUNION			METROPOLE		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
1990	69,0	78,3	73,7	72,7	80,9	76,8
1996	69,9	78,5	74,2	74,2	82,0	78,1
1997 (p)	70,1	78,5	74,3	74,6	82,3	78,5
1998 (p)	70,2	78,5	74,4	74,6	82,2	78,4

Tableau n° 7 : Espérance de vie à la naissance à la Réunion et en Métropole.

Après deux années remarquables de baisse, le taux de mortalité infantile se stabilise en 1997 à 5,7 pour mille. Ce taux devrait rejoindre progressivement le taux métropolitain.

	1982	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Décès de moins d'un an	156	94	105	91	93	99	81	75	78
- sexe masculin	90	58	61	58	58	66	46	46	38
- sexe féminin	66	36	44	33	35	33	35	29	40
Taux de mortalité infantile (pour 1 000)	13,0	6,8	7,2	6,4	6,9	7,4	6,2	5,7	5,7

Tableau n° 8 : Mortalité infantile à la Réunion.

	1982	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Mort-nés	229	148	147	150	137	97	95	132	105
- <i>sexe masculin</i>	117	84	61	83	77	51	48	58	56
- <i>sexe féminin</i>	112	64	44	67	60	46	47	74	49
Taux de mortalité (pour 1 000)	19,1	10,7	10,3	9,5	10,2	7,3	7,3	10,1	7,7

Tableau n° 9 : Mort-nés à la Réunion.

Le taux de mortalité faible et le taux de natalité élevé donnent un taux d'accroissement à la Réunion (19,2 pour mille en 1999) beaucoup plus important qu'en Métropole (3,5 pour mille en 1999).

d) Age

La pyramide des âges réunionnaise porte les marques des événements qui ont affecté la population depuis le dernier recensement de 1990.

La base s'est ainsi transformée sous l'effet de la réduction du nombre de naissances depuis 1993, alors que le sommet s'est élargi avec le début du vieillissement de la population.

Les personnes de 60 ans ou plus sont en augmentation : elles représentent 9,7 % de la population en 1997, contre 8,6 % en 1990.

Cette proportion devrait atteindre 15 % en 2020.

Parallèlement, les moins de 20 ans seront de moins en moins nombreux (39,9 % en 1990, 38,7 % en 1997 et 29 % en 2020).

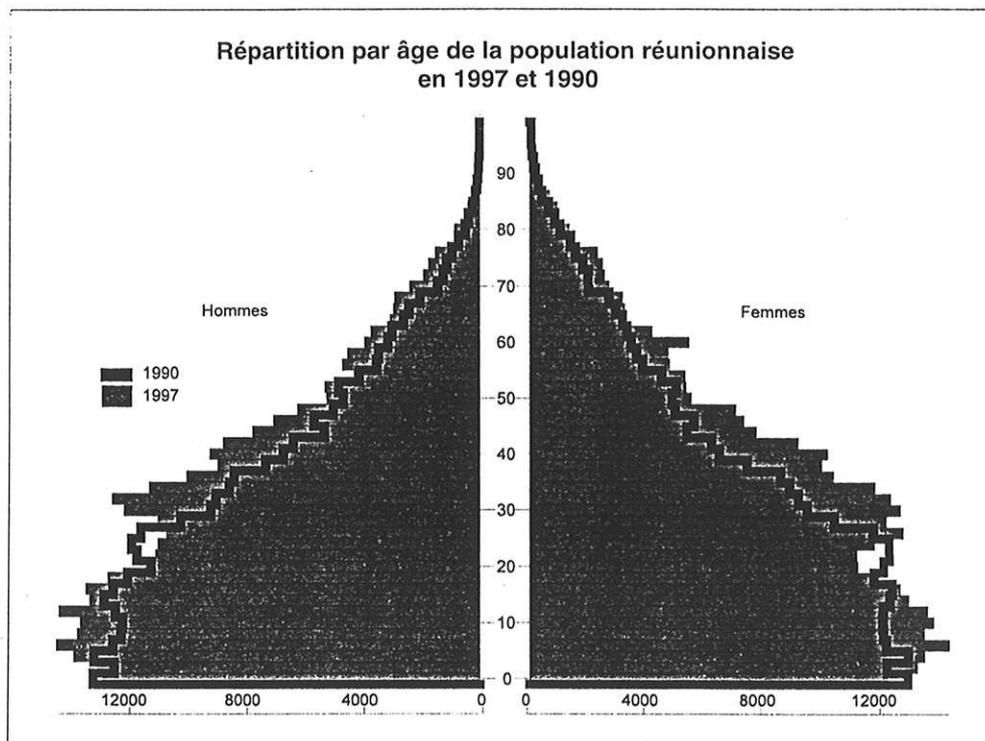
La population en âge de travailler qui forme aujourd'hui plus de la moitié de la population devrait être plus nombreuse en 2020.

	1990 (*)				1997				2020 Projection
	Homme	Femmes	TOTAL	%	Homme	Femmes	TOTAL	%	TOTAL
- 15 ans	89 177	87 431	176 608	29,5	101 299	99 352	200 651	29,3	197 000
15 à 19 ans	31 431	30 661	62 092	10,4	32 821	31 895	64 716	9,4	71 000
20 à 24 ans	28 654	29 901	58 555	9,8	30 943	30 132	61 075	8,9	69 000
25 à 29 ans	28 591	29 081	57 672	9,6	26 351	29 014	55 365	8,1	69 000
30 à 39 ans	43 629	44 873	88 502	14,8	53 105	56 315	109 420	16,0	134 000
40 à 49 ans	29 826	29 565	59 391	9,9	39 266	41 466	80 731	11,8	121 000
50 à 59 ans	21 250	22 362	43 612	7,3	24 083	26 495	50 578	7,4	118 000
60 à 74 ans	17 469	21 312	38 781	6,5	21 726	25 677	47 403	6,9	102 000
75 ans ou +	4 229	8 386	12 615	2,1	5 281	9 859	15 140	2,2	36 000
TOTAL	294 256	303 572	597 828	100	334 875	350 205	685 080	100	917 000

(*) Pour 1990, il s'agit de l'âge atteint.

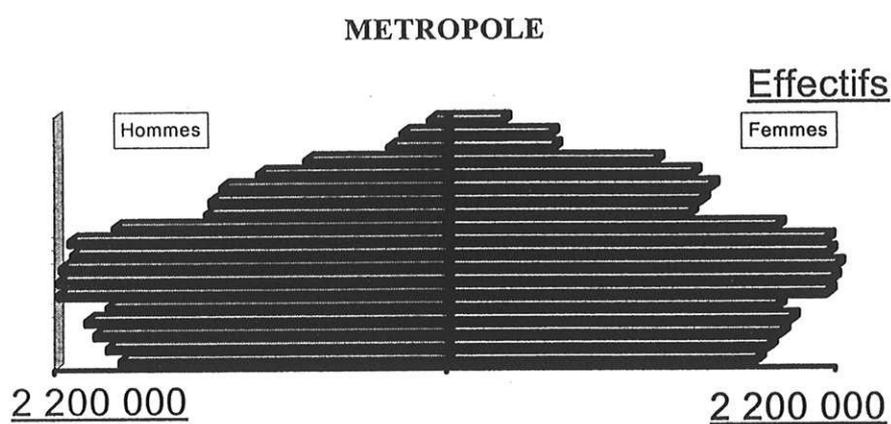
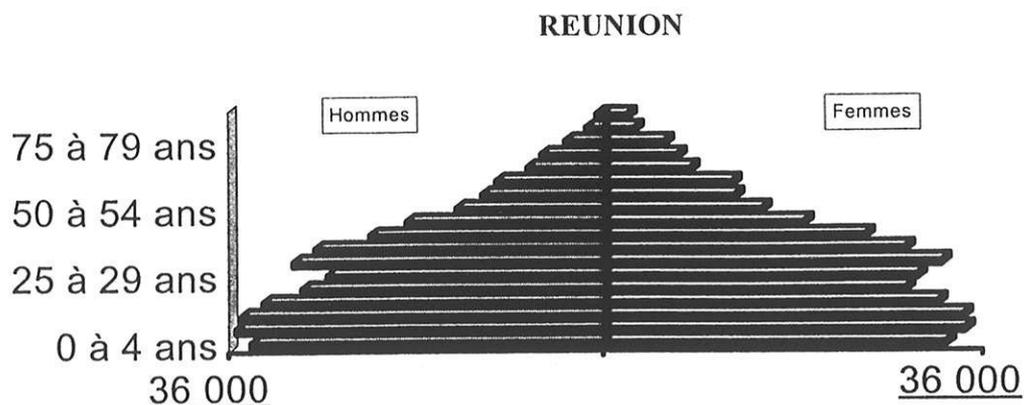
Tableau n° 10 : Population réunionnaise par tranches d'âge et par sexe.

(Remarque : le tableau n° 24 donne les chiffres de 1999).



Graphique n° 2 : Pyramides des âges réunionnaises en 1990 et 1997.

Cependant, la comparaison des pyramides des âges (Réunion/Métropole) témoigne encore d'une population bien plus jeune sur l'île.



Graphique n° 3 : Comparaison des pyramides des âges métropolitaine et réunionnaise (au 01/01/99).

I-3-2-Composition (31, 33, 47)

C'est d'une véritable mosaïque raciale et culturelle que la société réunionnaise tire sa singulière complexité.

Le peuple réunionnais vient de dix pays différents, répartis sur trois continents !

Distinguons entre autres : les Créoles, les Cafres, les Malabars, les "Z'arabes", les Chinois, les "Zoreilles".

a) Les Créoles (57 %)

Le terme créole désigne toute personne née dans l'île de parents réunionnais. Cela dit, il n'est pas évident de s'y retrouver puisque les habitants ont tendance à appeler créoles tous les Réunionnais, exception faite des chinois, "z'arabes", cafres, "malabars" ou "z'oreilles" !

Il existe en fait plusieurs "souches" créoles :

- les descendants des "petits blancs" ou "Yabs" constituent la majorité des créoles blancs. Petits et moyens exploitants agricoles, de religion catholique, vivant le plus souvent dans "les hauts", ils représentent la couche populaire.
- les descendants des "gros ou grands blancs", héritiers des premiers colons, grands propriétaires terriens, dont la fortune s'est faite dans la culture de la canne à sucre, ne forment qu'une infime minorité.
- les métis, dont on aurait du mal à retrouver les origines, sont estimés à 34 % environ de la population. Anciens journaliers agricoles ou petits propriétaires terriens, ils ont aujourd'hui une prédilection pour la fonction publique.

b) Les Cafres (7 %)

C'est le nom donné aux Africains.

Introduits comme esclaves, ils ont été affranchis en 1848. Venant du Mozambique, de Tanzanie, de Somalie mais aussi de Madagascar, ils représentaient au XVIII^{ème} siècle 80 % de la population de l'île.

Ils travaillent souvent dans les champs de canne à sucre et les usines, et pratiquent un mélange de catholicisme et de rites vaudou.

c) Les Malabars (20 %) ou "Malbars"

Ce terme désigne les immigrés indiens non musulmans, originaires du Sud-Ouest de l'Inde, arrivés en qualité de travailleurs libres dont la majorité est venue au moment de l'abolition de l'esclavage pour faire face aux besoins de main d'œuvre dans les plantations.

Certains travaillent à la journée en qualité d'ouvrier agricole ou manœuvre, d'autres ont progressé dans la hiérarchie sociale et sont devenus propriétaires de biens, cadres, fonctionnaires ou exercent des professions libérales.

d) Les "Z'arabes" (3 %)

Ce sont les indiens de confession musulmane, originaire de Bombay et du Gujarat, une région côtière au Nord Est de l'Inde, située à la frontière du Pakistan. Ils s'appelleraient ainsi, dans le patois créole, par analogie aux musulmans rencontrés sur le continent européen.

Ils sont immigrés depuis de la moitié du XIXème siècle, pour des raisons économiques. Ils possèdent le commerce du tissu, de l'ameublement et de l'automobile et ont à leur actif une réussite économique spectaculaire. Certains ont atteint de hautes responsabilités dans la finance et la politique.

e) Les Chinois (4 %)

Ils ont commencé à arriver à partir de 1844 lorsque les plantations de canne à sucre eurent besoin de main d'œuvre. La plupart sont originaires des provinces de Canton et de Guandong.

Agriculteurs devenus ouvriers puis commerçants, ils détiennent le quasi monopole du commerce de l'alimentation. On les retrouve également présents dans de nombreux domaines dont la médecine et la pharmacie.

f) Les "Z'oreilles" (7 %)

Ce nom désignant les métropolitains, viendrait du fait que les voyageurs fraîchement débarqués, tendaient l'oreille en entendant parler créole ! La moitié d'entre eux est constituée de fonctionnaires.

g) Autres origines

Les Malgaches, les Comoriens, les Mauriciens venant pour la plupart chercher du travail et fuir leurs conditions de vie difficiles.

I-3-3-Répartition géographique (31)

La densité moyenne de la population s'élève à 282,5 habitants au kilomètre-carré, soit plus de deux fois celle de la Métropole (108,4 hab/km²).

Néanmoins, il faut relever la grande inégalité de distribution entre les zones côtières très peuplées et les zones quasi-inhabitées situées à l'intérieur et qui représentent plus de la moitié de la superficie de l'île.

Seulement 20 % de la population vit au dessus de 500 mètres, dans "les hauts" de l'île, alors qu'une bande côtière large de 7 kms abrite 80 % des habitants.

Cette répartition est due bien entendu à la configuration du relief mais répond également à des critères socio-économiques dont l'importance varie selon les communes.

L'île compte 24 communes plus vastes et plus peuplées que la moyenne métropolitaine.

La préfecture, Saint Denis, héberge environ 20 % de la population.

Les sous-préfectures sont St Paul (11 % de la population), St Pierre (10 %) et St Benoît (4,5 %).

I-4-MODE DE VIE

I-4-1-L'habitat (50)

Précisons les types de constructions traditionnelles :

- les "habitations de fortune" correspondent à ce que les Réunionnais appellent couramment "bidonvilles".
- les "cases traditionnelles" sont en bois, ou en bois et tôle.
- les "maisons traditionnelles et immeubles en bois" regroupent des constructions traditionnelles plus grandes et de meilleure qualité architecturale ainsi que les maisons modernes faites en bois.

En juillet 1997, on recense 223 000 logements dont la plupart (91,5 %) sont des résidences principales.

	1982		1990		1997	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Résidences principale	120 861	85,6	157 853	89,4	204 000	91,5
Logements occasionnels ou secondaires	3 895	2,8	4 074	2,3	4 000	1,8
Logements vacants	16 367	11,6	14 654	8,3	15 000	6,7
Parc total	141 123	100,0	176 581	100,0	223 000	100,0

Source : INSEE - Recensements de la population de 1982 et 1990 et enquête démo 97.

Tableau n° 11 : Evolution du parc des logements à la Réunion.

Les habitations de fortune et les habitations traditionnelles en bois ou en tôle ont diminué depuis 1990 au profit de maisons ou d'appartements en dur.

L'île ne comptait plus que 3000 habitations de fortune en 1997, soit 1,5 % des résidences principales.

	1990		1994		1997	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Habitations de fortune	7 462	4,7	6 000	3,3	3 000	1,5
Habitations traditionnelles	62 968	39,9	61 000	33,1	52 500	25,7
Maisons individuelles en dur	64 549	40,9	78 000	42,3	100 500	49,3
Appartements en collectifs	22 874	14,5	39 500	21,4	48 000	23,5
Total des résidences principales	157 853	100,0	184 500	100,0	204 000	100,0

Source : INSEE - Recensement de la population de 1990, enquête logement de 1994 et enquête démo 97.

Tableau n° 12 : Répartition des résidences principales selon le type de construction à la Réunion.

L'équipement sanitaire (douche, baignoire, WC) a beaucoup progressé également.

Plus de 90 % des logements comportent maintenant une douche ou une baignoire, un peu moins ont des WC intérieurs.

Toutefois, l'eau chaude n'équipe que 66 % de l'ensemble des logements.

	Réunion (%)					Métro- pole (%)
	1974	1982	1990	1994	1997	1996
Electricité dans le logement	47	82	95	98	99	100
Eau dans le logement	...	70	81	95	97	100
Eau chaude	38	51	66	98
Douche ou baignoire (1)	34	52	74	89	93	97
WC dans le logement (1)	32	50	70	80	89	97

Source : INSEE - Recensements de la population de 1974, 1982 et 1990, enquête logement de 1994 et enquête DEMO97. Pour la métropole, la source est l'enquête logement de 1996.

(1) ménage disposant au moins d'un équipement.

Tableau n° 13 : Evolution du confort des logements à la Réunion.

Même s'il est en baisse, le nombre de logements surpeuplés (23,4 % en 1997) est toujours nettement supérieur à celui de la Métropole (11 % en 1996).

I-4-2-L'alimentation

L'alimentation devient la préoccupation majeure des responsables de Santé Publique. Ce sont les maladies directement ou secondairement liées à des excès ou des déséquilibres nutritionnels (pathologie de nouvelle génération) qui suscitent plus d'inquiétudes que les états carencés (pathologie d'époque antérieure).

L'alimentation réunionnaise est hyperglucidique, hyperprotidique, hyperlipidique, hypersodée, carencée en calcium, potassium. Ces déséquilibres, en particulier ceux concernant les apports sodés, en graisse mono-saturés et en sucres, constituent des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, aggravés par un alcoolisme endémique.

I-5-ECONOMIE (21, 33, 50)

I-5-1-Généralités

Le produit intérieur brut (PIB) de la Réunion a augmenté de 4,6 milliards de francs entre 1993 et 1995 pour s'établir à 42,6 milliards de francs (3 fois celui de Maurice). La croissance s'est accentuée en 1995 (+ 8,3 %) notamment dans le secteur marchand.

Le PIB qui représentait 0,27 % du PIB national en 1970 est passé à 0,54 % en 1995.

Les exportations croissent à un rythme nettement plus soutenu que les importations (+ 16 % en 1995 contre + 3% en 1994).

Cependant, l'île produit toujours à peine un dixième de ce qu'elle importe.

Une grande partie des revenus de l'île provient des transferts publics de la Métropole.

La croissance n'est cependant pas homogène selon les différents secteurs d'activité.

I-5-2-Les grands secteurs d'activité (24, 31, 39)

a) Le secteur primaire

La Réunion a toujours eu une vocation agricole fondée sur la production de cultures riches, destinées à l'exportation.

Aujourd'hui, la culture de la canne à sucre, largement subventionnée, reste la principale ressource de la Réunion.

Avec une production annuelle de plus de 200 000 tonnes, le sucre représente près de 80 % des exportations. La mélasse, résidu de la séparation des cristaux de sucre, sert à la fabrication du rhum par distillation.

65 000 à 85 000 hectolitres de rhum sont produits chaque année, plus du tiers étant consommé sur place.

L'exportation concerne également :

- la vanille, dont la Réunion est le 4^{ème} exportateur mondial.

- le géranium, dont on extrait une essence servant dans l'industrie des parfums.
- l'essence de vétiver et le tabac vert.

Les autres cultures (maïs, manioc et cultures maraîchères) sont produites en quantité insuffisante puisque 80 % des besoins doivent être couverts par l'importation.

La pêche comme l'élevage ne suffisent pas à couvrir les besoins de la population.

Avec l'essor du secteur secondaire, le développement progressif de l'activité industrielle et les progrès spectaculaires du tourisme, la Réunion a perdu sa "vocation agricole", la représentation du secteur primaire passant de près de 50 % dans les années 1960 à seulement 5 % aujourd'hui.

b) Le secteur secondaire

La loi de défiscalisation des investissements (1986) a provoqué un essor considérable mais artificiel du bâtiment, faisant de ce département une "île en chantier".

A peine 15 % de la population active y travaille.

c) Le secteur tertiaire

Avec l'arrivée des fonctionnaires depuis vingt ans, son explosion est remarquable.

Il concerne plus de trois emplois sur quatre (contre deux sur trois en Métropole).

Les transferts des fonds publics de Métropole sont à l'origine d'une large distribution de revenus dans le secteur des administrations. Ce phénomène associé à une balance commerciale très déficitaire, entraîne des dépenses importantes.

L'économie de l'île dépend donc étroitement de la Métropole d'où proviennent une partie des salaires des Réunionnais émigrés, les allocations sociales ainsi que les traitements des fonctionnaires.

I-5-3-L'emploi (27, 50)

a) La population active

Sous l'effet de la démographie, mais aussi du changement des comportements, la population active (personnes ayant un emploi et chômeurs) connaît une croissance plus rapide que celle de la population. En trente ans, les taux d'activité féminins ont plus que doublé (recherche de plus d'autonomie, croissance du tertiaire, besoin d'un 2^{ème} salaire, chômage du conjoint).

La part des femmes dans la population active a fortement augmenté. Elles représentaient seulement 25 % de la population active en 1967. En 1998, la proportion atteint 43 %.

b) Les offres d'emploi

Chaque année, le nombre d'actifs supplémentaires est supérieur au nombre d'emplois offerts.

Le commerce et les services sont les secteurs qui créent le plus d'emplois. Les créations d'emploi ont également été relativement nombreuses dans les secteurs socio-éducatifs, celui de l'Education et de l'Administration.

Depuis 1990, la croissance des emplois est due en partie aux emplois aidés : CES (Contrat Emploi Solidarité), CIA (Contrat d'Insertion par l'Activité) et CAE (Contrat d'Accès à l'Emploi).

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Primaire	10 300	10 000	9 100	9 100	9 100	9 100	9 100
Secondaire	27 700	29 600	28 100	26 800	26 500	26 700	26 300
Tertiaire	126 100	129 400	124 600	128 400	135 200	139 100	145 300
TOTAL	164 100	169 000	161 800	164 300	170 800	174 900	180 700

**Tableau n° 14 : Les emplois salariés et non salariés par secteurs d'activité à la Réunion
(situation au 31 décembre).**

c) Le chômage

La taille du marché local, encore insuffisante pour favoriser la production et l'emploi, le niveau faible de qualification et la pression démographique, engendrent un taux de chômage alarmant.

La Réunion est la région française qui enregistre le taux de chômage le plus élevé (37,7 % en 1998 contre 11,5 % en Métropole).

Ce dernier touche particulièrement les jeunes puisque 58 % des moins de 25 ans étaient au chômage en 1998 (25,4 % en Métropole), mais aussi préférentiellement les femmes et les non diplômés.

De plus, 61 % des chômeurs sont des chômeurs de longue durée.

	Réunion	Métropole	Guadeloupe	Martinique	Guyane (*)
Chômeurs	101 169	3 050 150	55 991	48 537	16 162
Hommes	53 832	1 436 702	24 503	22 628	9 031
Femmes	47 337	1 613 448	31 488	25 909	7 131
Chômage	37,7	11,8	30,7	29,2	26,4
Hommes (%)	35,3	10,2	25,3	26,2	23,8
Femmes (%)	40,9	13,8	36,9	32,4	30,7

(*) zone côtière

Tableau n° 15 : Taux de chômage dans les DOM et en Métropole en 1998.

La tendance baissière du chômage est toutefois freinée par la progression démographique d'une part et l'augmentation de la proportion des femmes dans le monde du travail d'autre part. (10)

I-5-4-Les prestations sociales (23, 50)

Les prestations sociales versées par les organismes de sécurité sociale atteignent 13,2 milliards de francs en 1998. Ce montant, hors dépenses de gestion tient compte des prestations servies par la Caisse Mutuelle de la Réunion et de celles de l'Action Sanitaire et Sociale de la Caisse d'Allocations Familiales.

L'accroissement atteint 5,7 % en 1998.

Pour être plus complet, il faut aussi comptabiliser :

- les dépenses d'action sanitaire et sociale du département (1678 millions de francs) et de l'Etat (118 millions de francs). La Réunion est le département français où la dépense d'aide sociale versée par le Conseil Général est la plus lourde par habitant.
- les allocations versées par l'ASSEDIC (1903 millions de francs).
- les pensions versées par l'Etat (1327 millions de francs).

Le total dépasse pour 1998, 18,2 milliards de francs.

Parmi les 13,2 milliards de francs versés en 1998 par les organismes de sécurité sociale, le plus gros poste concerne les prestations liées à la santé (44 %) suivi par celui des prestations familiales et sociales (y compris le RMI) gérées par la CAF (38 %).

L'ensemble des prestations sociales représente à la Réunion près de 45 % du revenu disponible brut des ménages (36 % en Métropole).

I-5-5-Revenus et pouvoir d'achat (21, 50)

a) Les revenus

La croissance du revenu disponible brut des ménages réunionnais (revenu dont les ménages disposent pour consommer ou épargner) s'établit à + 9,7 % en 1995. Il croît à un rythme nettement plus soutenu à la Réunion qu'en Métropole mais reste néanmoins 40 % moins élevé.

Le taux horaire du SMIC a été réajusté (+ 13,5 % en deux ans) et depuis le 1^{er} janvier 1996 se trouve au même niveau qu'en Métropole.

La CAF de la Réunion a versé en 1998 près de 1,2 milliard de francs au titre du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) à 57 778 foyers (en 1997, le RMI concernait 35 % des ménages) (10). En incluant les érémites, leurs conjoint, enfants et autres personnes à charge, cette prestation concerne en fait environ 133 000 personnes soit 19 % de la population totale (3 % en Métropole et 11,7 % dans les autres DOM). Ainsi, le département de la Réunion, représentant seulement 1 % de la population française regroupe environ 5 % des bénéficiaires du RMI recensés sur l'ensemble du territoire national (10).

La progression en 1998 est très élevée : + 12 % pour les montants versés et + 7% pour le nombre de foyers bénéficiaires. Cette évolution est largement liée, de façon inverse, à celle des allocations familiales. En effet, le RMI étant une allocation différentielle calculée en déduction des autres revenus, son montant tend à diminuer quand les autres ressources du ménage progressent.

La plupart des érémistés (85 %) n'ont aucun revenu d'activité et 42 % n'ont que le RMI pour vivre.

47 % sont des personnes seules, 24,1 % des familles monoparentales et 28,9 % des couples soit 25 % avec enfant(s) et 3,9 % sans enfant.

L'âge moyen de l'érémisté se situe à un peu plus de 38 ans comme en Métropole et 57,6 % des érémistés sont des femmes (10).

Les érémistés étant jeunes dans l'ensemble et en général peu qualifiés, leur insertion reste difficile. La pratique des "petits boulots" contrarie un véritable retour à l'emploi et une sortie définitive du RMI (10).

Le pourcentage des érémistés dans la population des vingt ans et plus est le plus élevé dans les communes de St Leu, Cilaos, Salazie, St Benoît et St Joseph (8).

Le nombre de contribuables ayant payé un impôt est faible en regard du nombre total de foyers fiscaux.

Sur les 237 884 déclarations d'impôts, seulement 22 % ont été soumises à imposition.

La Réunion tenait en 1991 le record des personnes assujetties à l'impôt sur les grandes fortunes, alors qu'en 1997, elle se trouvait au 87^{ème} rang des départements français, mais toujours en tête des DOM-TOM.

b) Le coût de la vie

Même si depuis 1985, on note une convergence des prix entre la Métropole et la Réunion, le niveau des prix de l'île en 1992 dépasse de 15,6 % celui de la Métropole.

De fortes disparités existent toutefois : si les services (hors loyers) sont à peine plus chers à la Réunion, les loyers surpassent de 53 % et les produits alimentaires de 3 % les niveaux correspondants de la Métropole.

c) Le pouvoir d'achat

Le pouvoir d'achat des salariés du secteur public a augmenté de 1,9 % de 1993 à 1998. De son côté, celui des salariés rémunérés au SMIC a progressé de 20,5 % pour la même période, en raison principalement du rattrapage du SMIC DOM sur celui de la Métropole.

I-6-TRANSPORT ROUTIER (50)

I-6-1-Le parc automobile

La Réunion comptait 174 000 véhicules en 1994, 196 800 en 1996 et selon une estimation établie à partir du nombre de vignettes émises au 1^{er} janvier 1999, l'île compterait 234 578 véhicules en circulation (à l'exception des deux roues).

Au cours de ces cinq dernières années, le parc s'est accru de plus de 60 000 unités, soit une progression de 35 %. C'est plus du quintuple du taux d'accroissement métropolitain.

En 1997, 62 % des ménages réunionnais possédaient une voiture contre 79 % en Métropole.

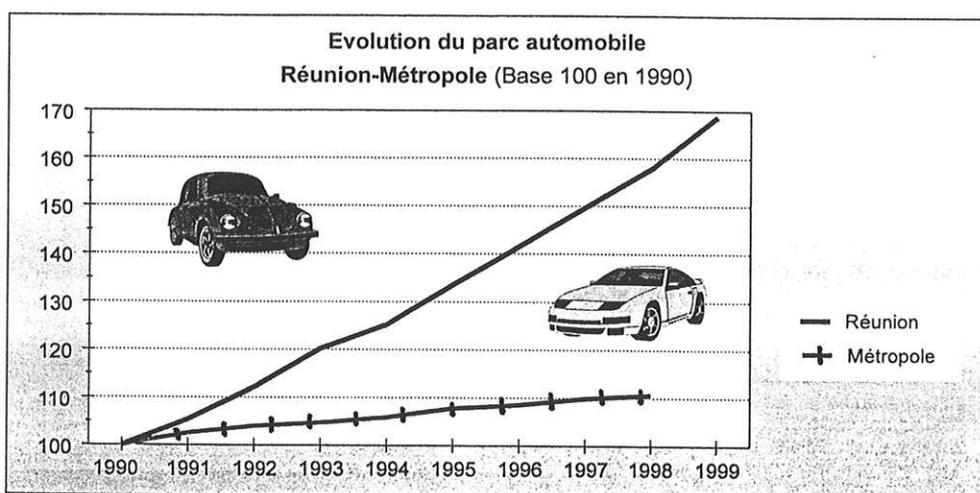
L'accroissement du nombre de véhicule en circulation va donc se poursuivre dans la prochaine décennie car la marge de progression reste encore importante.

I-6-2-Le réseau routier

Le réseau routier actuel de la Réunion est équivalent à celui que connaissait la Métropole en 1973. Il compte 370 kms de routes nationales dont 73 kms en deux fois deux voies, 754 kms de routes départementales et 1600 kms de voies communales.

La route principale s'apparente à un périphérique de 210 kms et fait le tour de l'île. Elle est très fortement fréquentée avec des pointes de 50 000 véhicules par jour dans les environs de St Denis.

Une portion de cette route appelée "route en corniche" ou "route du littoral", véritable poumon de l'économie réunionnaise, est le lieu de passage quotidien de 37 000 véhicules dans les deux sens. Il n'est pas rare d'assister à une réduction du nombre de voies de circulation pour raison de sécurité (fortes pluies, incendies dans "les hauts", éboulements) qui donnent naissance à des bouchons considérables.



Graphique n° 4 : Evolution du parc automobile à la Réunion et en Métropole.

Le réseau routier ne suit pas le boom des véhicules.

Il faudrait construire théoriquement chaque année, 60 kms de chaussée nouvelle, or seulement 10 kms de routes nationales ont été ouverts entre 1990 et 1996.

C'est pourquoi, aux heures de pointes, les bouchons ne sont pas rares et il faudra trouver rapidement des solutions à ce problème pour éviter l'asphyxie !

I-7-INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIAUX A LA REUNION ET EN FRANCE

Le tableau suivant permet de comparer quelques données (superficie, population, densité, taux d'accroissement de la population, taux de chômage et pourcentage d'érémistes) entre la Réunion et la France.

X	Superficie	Population au recensement de 1999		Taux d'évolution annuel 1990 à 1999	Taux de chômage en 1998	Personnes couvertes par le RMI au 31-12-98
		Total	Densité			
Unité	km ²	milliers	Habitants/km ²	%	%	Pour 100 habitants
Alsace	8 280	1 729,8	208,9	0,70	6,8	2,1
Aquitaine	41 308	2 902,4	70,3	0,42	12,5	3,4
Auvergne	26 013	1 307,2	50,3	-0,12	9,8	2,6
Bourgogne	31 582	1 609,5	51,0	\\	10,5	2,3
Bretagne	27 208	2 902,6	106,7	0,42	10,7	2,0
Centre	39 151	2 437,4	62,3	0,31	10,2	2,6
Champagne-Ardenne	25 606	1 341,4	52,4	-0,05	11,2	3,3
Corse	8 680	256,0	29,5	0,25	12,8	5,3
Franche-Comté	16 202	1 115,6	68,9	0,18	8,7	2,1
Ile-de-France	12 012	10 925,6	909,6	0,27	10,2	2,8
Languedoc-Roussillon	27 376	2 293,4	83,8	0,90	16,1	6,0
Limousin	16 942	710,0	41,9	-0,20	8,5	2,5
Lorraine	23 547	2 308,0	98,0	0,01	10,7	2,7
Midi-Pyrénées	45 348	2 548,6	56,2	0,53	11,6	3,4
Nord-Pas-de-Calais	12 414	3 990,2	321,4	0,07	15,3	5,3
Basse-Normandie	17 589	1 420,6	80,8	0,23	10,7	2,8
Haute-Normandie	12 317	1 777,4	144,3	0,25	13,5	3,6
Pays de la Loire	32 082	3 218,5	100,3	0,57	11,3	2,4
Picardie	19 400	1 855,9	95,7	0,27	12,8	3,2
Poitou-Charente	25 810	1 637,2	63,4	0,29	12,5	7,0
Provence-Alpes-C.A.	31 400	4 494,5	143,1	0,60	14,9	5,1
Rhône-Alpes	43 698	5 634,3	128,9	0,57	10,0	2,4
Métropole	543 965	58 966,8	108,4	0,35	11,5	3,2
Guadeloupe	1 702	422,5	248,2	0,98	30,7	11,7
Guyane (1)	83 534	157,3	1,9	3,58	26,4	11,7
Martinique	1 128	381,4	338,1	0,66	29,2	11,8
La Réunion	2 503	707,2	282,5	1,92	37,7	20,0
France	632 836	60 087,0	\\	0,38	\\	3,5

(1) Pour la Guyane, le chômage concerne la zone côtière.

Tableau n° 16 : Indicateurs démographiques et sociaux à la Réunion et en France.

II-LE SYSTEME DE SANTE A LA REUNION

II-1-LES EQUIPEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX (50)

II-1-1-Les équipements sanitaires

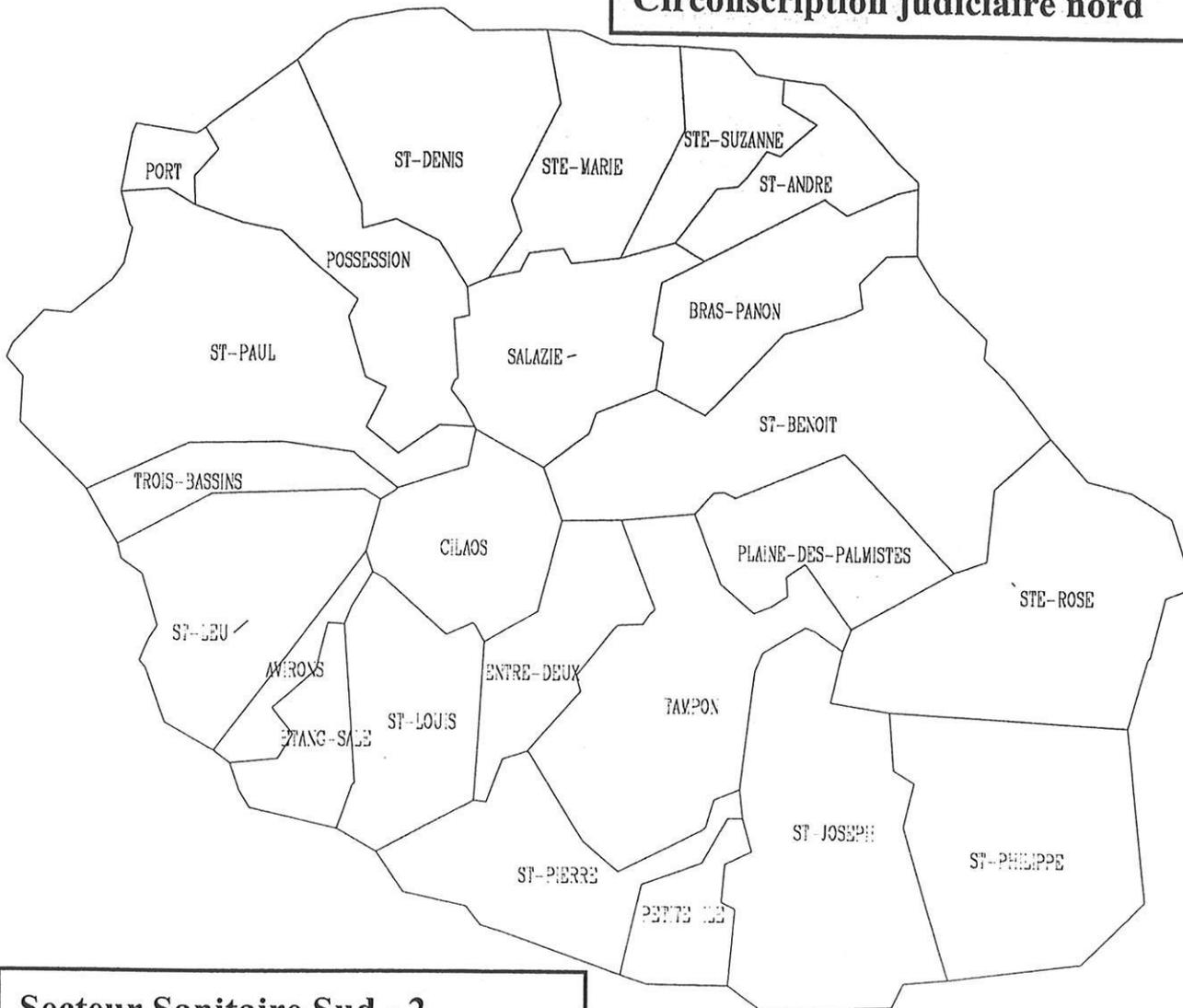
Au 1^{er} janvier 1999, l'île compte 227 officines pharmaceutiques et 17 établissements sanitaires :

- 4 centres hospitaliers généraux (le Centre Hospitalier Départemental Felix Guyon à St Denis, le Centre Hospitalier Intercommunal St André St Benoît, le Centre Hospitalier Gabriel Martin à St Paul et le Centre Hospitalier Sud Réunion à St Pierre).
- 1 Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie à St Paul.
- 2 établissements d'hospitalisation de chirurgie (les cliniques Les Orchidées et Durieux).
- 2 maisons de santé médicale (la clinique médicale de l'Est et l'hôpital d'enfants de St Denis).
- 4 maisons de santé médico-obstétrico-chirurgicale (les cliniques Jeanne d'Arc au Port, Océane à St Denis, Ste Clotilde à St Denis et St Benoît à St Benoît).
- 1 maison de réadaptation fonctionnelle (Jeanne d'Arc au Port).
- 1 établissement de soins chirurgicaux (la clinique Avicenne au Port).
- 1 maison de santé pour maladies mentales (la clinique des Flamboyants au Port).
- 1 centre de convalescence (la maison des Oliviers à St Gilles les Hauts).

alors qu'il y avait 22 établissements au 1^{er} janvier 1996, antérieurement à la restructuration hospitalière et à la création des centres hospitaliers suivants :

- Sud Réunion (il regroupe les centres hospitaliers de St Pierre et St Joseph, le centre de réadaptation fonctionnelle du Tampon, les hôpitaux de Cilaos et de St Louis).
- Intercommunal St André-St Benoît (ex-hôpitaux locaux de St André et de St Benoît).

**Secteur Sanitaire Nord - 1
Circonscription judiciaire nord**



**Secteur Sanitaire Sud - 2
Circonscription judiciaire sud**

Carte n° 4 : Les secteurs sanitaires de la région Réunion en 1999.

La capacité d'accueil dans les établissements hospitaliers au 1^{er} janvier 1998 était de 2734 lits, dont 2084 en court séjour. Le nombre de lits a été en constante augmentation jusqu'en 1980. Depuis, la tendance s'est inversée en raison de :

- l'essor des alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile, soins ambulatoires).
- l'amélioration des structures d'accueil des personnes âgées.
- la réorganisation de la carte sanitaire.

	1982	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Etablissements publics	3 044	2 286	2 159	2 082	2 012	2 019	1 953	1 917	1 849
dont :									
Hôpitaux généraux et locaux	2 694	1 943	///	///	1 743	1 750	1 684	1 648	1 580
Hôpitaux psychiatriques	350	343	///	///	269	269	269	269	269
Etablissements privés	1 089	951	879	857	846	883	908	882	885
dont :									
à but lucratif	433	551	///	///	561	619	661	664	674
à but non lucratif	656	400	///	///	285	264	247	218	211
TOTAL lits	4 133	3 237	3 038	2 939	2 858	2 902	2 861	2 799	2 734
Nbre lits pour 1000 habitants	8	5,4	4,9	4,7	4,4	4,4	4,3	4,1	3,9

**Tableau n° 17 : Capacité d'accueil des établissements hospitaliers réunionnais
(au 1^{er} Janvier).**

En 1997, 129 238 entrées (public et privé) ont été enregistrées, correspondant à 824 733 journées d'hospitalisation. La durée moyenne d'hospitalisation a donc sensiblement baissé : de 9 jours en 1985, elle passe à 6,4 jours en 1997.

De même, l'activité des blocs opératoires a diminué en 1996, année pendant laquelle les établissements ont effectué au total 61 079 interventions chirurgicales contre 69 608 en 1995.

II-1-2-Les équipements sociaux

Au 1^{er} janvier 1998, la Réunion compte 145 établissements d'accueil de petite enfance, personnes handicapées ou âgées :

- 68 crèches, garderies et jardins d'enfants (2719 places).
- 24 établissements pour enfants handicapés (1488 places).
- 23 établissements pour adultes handicapés (942 places).
- 30 hospices, maisons de retraite et services de soins à domicile (1648 places).

Au cours des dernières années, les établissements sociaux se sont développés de façon importante dans l'île.

	Nombre d'établissements				Nombre de lits ou places			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
Garde des enfants d'âge pré-scolaire								
Crèches collectives, familiales et parentales	22	23	23	27	1 308	1 321	1375	1 466
Garderies et jardins d'enfants	20	27	31	36	923	1 146	1 120	1 163
Haltes garderies	2	2	4	5	30	30	70	90
TOTAL	44	52	58	68	2 261	2 497	2 565	2 719
Accueil des enfants handicapés								
Déficients mentaux	12	12	13	15	583	588	619	695
Polyhandicapés	3	3	3	3	117	115	115	141
Handicapés moteurs	1	2	2	2	25	50	50	61
Déficients sensoriels	1	1	1	1	200	211	213	210
Service soins et éducation spécialisée à domicile	///	///	///	///	224	253	211	231
Autres (y compris expérimentaux)	2	3	3	3	50	110	114	150
TOTAL	19	21	22	24	1 199	1 327	1 322	1 488
Accueil des adultes handicapés								
Foyer d'hébergement	6	6	6	6	194	194	194	192
Maison d'accueil spécialisée	1	1	1	1	45	45	45	48
Foyer à double tarification	5	4	4	4	145	185	210	205
Centre d'aide par le travail	9	9	10	10	287	278	333	377
Autres (y compris expérimentaux)	1	1	1	2	107	64	150	120
TOTAL	22	21	22	23	778	766	932	942
Accueil des personnes âgées								
Maison de retraite	12	12	13	14	874	902	913	978
Logement foyer	2	2	2	1	71	71	77	40
Hébergement temporaire	///	///	///	///	3	3	4	3
Soins à domicile	6	6	6	6	139	139	148	224
Soins de longue durée	///	///	///	///	86	85	85	79
Autres (y compris expérimentaux)	8	10	10	9	297	324	324	324
TOTAL	28	30	31	30	1 470	1 524	1 551	1 648

Tableau n° 18 : Capacité d'accueil des établissements sociaux réunionnais (au 1^{er} janvier).

II-2-LE PERSONNEL DE SANTE (30, 45, 50)

Au 1^{er} janvier 1999, le personnel de santé s'élève à 5962 membres, en augmentation sensible par rapport à 1998 (5800).

	1982	1990	1995	1996	1997	1998	1999	dont libéral 1999 (%)
Médecins	540	933	1 119	1164	1 218	1 268	1 346	71,9
<i>dont Spécialistes</i>	163	412	409	418	442	439	537	59,4
Chirurgiens-dentistes	142	262	292	295	294	305	337	98,5
Pharmaciens d'officine	156	202	250	266	271	275	284	78,9
Sages-femmes	82	131	155	164	170	184	176	25,0
Infirmier(e)s	1 609	2 180	2 684	2 785	2 845	2 980*	2 906	18,7
Masseurs-Kinésithérapeutes	97	192	282	309	326	389	421	83,6
Orthophonistes	21	61	95	101	112	131	150	92,7

* estimation

**Tableau n° 19 : Effectifs des professions de santé à la Réunion
(secteurs public et libéral, au 1^{er} janvier).**

Pour la période 1990-1999, la croissance annuelle moyenne du nombre de médecins a été de 4,1 %.

A la Réunion, elle concerne surtout les généralistes (+ 5 % par an). Aussi la proportion des spécialistes par rapport à l'ensemble des médecins est passée de 44 % à 40 % en 1999.

La densité moyenne du secteur libéral est de 137 médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 1999 et de 146 avec les remplaçants (201 en 1997 en Métropole). Le rythme d'installation a été soutenu jusqu'en 1992. Après une courte phase de ralentissement, le taux retrouve une croissance élevée de l'ordre de 4 % depuis 1994.

La répartition par commune des médecins libéraux reste assez inégale.

3 communes ont une densité relativement importante : 218 médecins libéraux pour 100 000 habitants au Port (seule densité supérieure à la moyenne nationale), 186 à St Denis et 190 à St Pierre.

Les communes rurales restent sous médicalisées : La Plaine Des Palmistes, Cilaos et Bras-Panon ne comptent que 60 médecins pour 100 000 habitants.

Pour l'ensemble des secteurs public et libéral, on compte à la Réunion, au 1^{er} janvier 1999 avec les remplaçants, 123 généralistes et 77 médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

En Métropole, au 1^{er} janvier 1998, ces densités étaient respectivement de 147 et 151. Ainsi, le déficit apparaît plus important pour les spécialistes, la densité étant deux fois moins élevée qu'en Métropole.

Ce déficit concerne toutes les spécialités à des degrés plus ou moins importants. La jeunesse de la population dans l'île suscite davantage de besoins en gynéco-obstétriciens et en pédiatres. Or pour 100 000 enfants de moins de 16 ans, il y a 24 pédiatres à la Réunion contre 45 en Métropole (données 1996). De même on recense 1 gynécologue pour 1000 naissances contre 6,5 en Métropole.

De 1991 à 1998, le nombre et la densité des dentistes à la Réunion étaient restés stables. Cette densité a augmenté et passe à 48 dentistes pour 100 000 habitants (50 avec les remplaçants) contre 68 en Métropole au 1^{er} janvier 1997.

La densité des pharmaciens d'officine est stable (40 pharmaciens pour 100 000 habitants) mais le différentiel avec la Métropole est raisonnable (47 en 1996).

	1982	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Médecins	105	156	165	171	175	180	184	190
Chirurgiens-dentistes	28	39	48	45	44	44	44	48
Pharmaciens d'officine	30	34	38	38	40	40	40	40

**Tableau n° 20 : Densité de certaines professions médicales à la Réunion
(pour 100 000 habitants, au 1^{er} janvier).**

	Aides soignants		Agents hospitaliers		Personnel administratif		Personnel technique		Divers	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Etablissements publics	964	965	199	190	541	525	471	457	547	540
Etablissements privés	302	314	155	156	183	187	220	215	98	104
TOTAL	1 266	1 279	354	346	724	712	691	672	645	644

Tableau n° 21 : Autres effectifs hospitaliers à la Réunion (au 1^{er} janvier).

II-3-LA CONSOMMATION MEDICALE (50)

La consommation médicale totale à la Réunion a été de 6,3 milliards de francs, soit un montant par habitant de 9734 francs en 1994. La consommation par habitant est de 16 % inférieure à celle de la Métropole (11540 francs).

La progression de la consommation médicale est extrêmement rapide. Entre 1993 et 1994, son taux de croissance est 3,5 fois plus important qu'en Métropole. Il suit en cela l'explosion de l'offre, l'augmentation du nombre de professionnels, le développement des progrès techniques. Ainsi, il y a dix ans, le Réunionnais consacrait 35 % de moins que le métropolitain à sa santé. Aujourd'hui il dépense "seulement" 16 % de moins. Si l'écart reste important, cela provient du fait que les personnes âgées (plus nombreuses en Métropole) sont davantage consommatrices de soins de santé. Par contre, la différence de revenus et les habitudes de consommation ne semblent pas avoir d'incidence notable.

Une particularité réunionnaise : la part considérable de l'aide sociale dans le financement de la santé.

La structure de la consommation médicale est différente entre la Réunion et la Métropole :

- les soins hospitaliers se décomposent en soins hospitaliers publics, privés et en lits médicalisés pour personnes âgées. La dépense de ce secteur représentait à la Réunion 3947 francs par habitant en 1994, soit 71 % du montant métropolitain. Depuis dix ans, la croissance du coût des soins hospitaliers ne cesse de s'accroître, alors que dans le même temps en Métropole, elle s'est sensiblement ralentie. Le freinage des coûts par les pouvoirs publics porte ses fruits avec la mise en place d'un système de financement global dès 1984, mais à la Réunion son impact est limité par la progression sensible du secteur privé.
- les soins ambulatoires ou "soins de ville" regroupent les soins de médecins et dentistes libéraux, les auxiliaires médicaux, les analyses de laboratoires de ville et les cures thermales. En 1994, les soins ambulatoires s'élevaient à 3165 francs par habitant, soit presque autant qu'en Métropole (3180 francs par habitant) . Mais

alors qu'en Métropole la croissance sur quatre ans n'est que de 11,5 %, la croissance réunionnaise sur la même période passe à 37,7 %. Il s'agit là certainement d'un effet induit par l'augmentation rapide de la densité médicale. Celle-ci a permis de mieux répondre aux attentes et a aussi incité à une demande de soins supplémentaires.

- les biens médicaux comprenant les médicaments et les prothèses ont augmenté de 40 % en quatre ans contre 13 % en Métropole. Cette consommation, majorée il est vrai par le coût plus élevé des médicaments à la Réunion de 30 %, a atteint 2248 francs par personne en 1994, tendant à s'aligner sur le niveau métropolitain (2368 francs par habitant).

	1991	1992	1993	1994	Réunion 94/93 (%)	Métropole 94/93 (%)
Soins hospitaliers	2 016 703	2 212 291	2 353 527	2 556 641	+ 8,6	+ 4,4
- Public	1 692 161	1 852 679	1 972 747	2 088 079	+ 5,8	+ 4,3
- Privé	306 182	337 382	353 898	439 296	+ 24,1	+ 4,1
- Cure médicalisée	18 360	22 230	26 882	29 266	+ 8,9	+ 12,1
Soins ambulatoires	1 697 594	1 853 590	1 916 876	2 050 003	+ 6,9	+ 1,6
- Médecins	909 646	941 154	950 349	1 101 670	+ 6,3	+ 2,7
- Auxiliaires médicaux	336 979	430 339	464 920	533 547	+ 14,8	+ 3,5
- Dentistes	282 595	301 712	316 630	325 843	+ 2,9	+ 2,6
- Analyses	161 425	169 334	173 419	168 755	- 2,7	- 7,2
- Cures thermales	6 949	3 053	2 404	2 050	- 14,7	- 0,6
Transports de malades	82 271	89 735	106 109	124 864	+ 17,7	+ 5,6
Biens médicaux	823 278	1 046 499	1 167 472	1 456 529	+ 24,8	+ 3,2
- Médicaments	743 072	823 459	903 645	1 124 338	+ 24,4	+ 1,8
- Prothèses	80 206	223 040	263 827	332 191	+ 25,9	+ 6,6
Médecine préventive	104 419	102 925	109 788	117 819	+ 7,3	+ 4,4
Consommation médicale totale	4 724 265	5 305 040	5 643 772	6 305 856	+ 11,7	+ 3,3
Coût par habitant (en F)						
- Réunion	7 707	8 485	8 863	9 734	///	///
- Métropole	10 100	10 674	...	11 540	///	///

Tableau n° 22 : Consommation médicale totale (en milliers de francs).

II-4-LA COUVERTURE SOCIALE (35)

II-4-1-L'Aide Médicale du département

a) Historique et évolution

La France a de façon constante affirmé son souci d'offrir aux plus démunis la possibilité de pouvoir bénéficier d'une protection médicale et sociale. La première forme connue de ce qui allait devenir l'aide sociale est la vieille "Assistance Publique" qui fut la seule institution à secourir les miséreux.

C'est par la mise en application du décret du 11 juin 1954 que cette Assistance Publique est devenue l'Aide Médicale. Jusqu'à la loi du 22 juillet 1983, cette compétence avait été assurée par l'Etat. Depuis cette date, le département assume la quasi totalité de l'Aide Médicale.

La loi du 2 janvier 1978 a posé le principe du droit à la protection contre la maladie de toute personne résidant sur le territoire national.

Les décrets et arrêtés du 11 juillet 1980 apportent la dernière pierre à la généralisation de la sécurité sociale en organisant l'Assurance Personnelle qui constitue le régime d'accueil de toutes les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Par ailleurs, la loi du 1^{er} décembre 1988 relative au RMI affirme dans son article 1^{er}, l'objectif de ce nouveau droit social, qui vise un ensemble cohérent de garanties (à un revenu minimum, à l'Assurance Maladie Maternité), à lutter, dans le cadre d'une démarche d'insertion, contre toute forme d'exclusion, notamment dans le domaine de la santé.

La réforme introduite par la loi du 29 juillet 1992 accroît le rôle de l'Aide Médicale et vise à moderniser le système en l'adaptant à l'évolution de la société. Elle élargit l'accès à l'Aide Médicale, en étend le droit, simplifie la procédure d'admission et harmonise les règles applicables en la matière à celles de l'Assurance Maladie.

Principales innovations : l'admission de plein droit des bénéficiaires du RMI et de l'Allocation Veuvage à l'Aide Médicale totale, l'admission de plein droit, pour la prise en charge des cotisations d'Assurance Personnelle, des jeunes âgés de 17 à 25 ans qui se voient ainsi attribuer une protection sociale.

Enfin, un décret de mars 1993 procède à une importante réorganisation de l'Aide Médicale se traduisant notamment par l'affiliation obligatoire à l'Assurance Personnelle des personnes admises au bénéfice de l'Aide Médicale qui n'ont pas droit à un titre quelconque aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie Maternité et la prise en charge obligatoire mais subsidiaire des cotisations de l'Assurance Personnelle par la collectivité publique d'Aide Médicale.

Depuis la dernière réforme du 29 juillet 1992, l'Aide Médicale comprend la prise en charge :

- des frais de l'Assurance Personnelle, prestation qui permet aux plus démunis d'avoir une couverture sociale.
- de tout ou partie du ticket modérateur ou du forfait journalier laissé à la charge du bénéficiaire de l'Aide Médicale pour les soins ambulatoires ou hospitaliers.

En matière d'aide médicale hospitalière, l'admission prend effet au jour d'entrée dans l'établissement à condition que la demande ait été présentée dans les deux mois du jour d'entrée et au plus tard dans les quatre mois sur décision expresse du Président du Conseil Général.

b) Particularités réunionnaises

A la Réunion, deux particularités doivent être mises en exergue :

- le système du tiers payant généralisé, qui implique que tout bénéficiaire de l'Aide Médicale est dispensé de faire l'avance des frais de soins pris en charge aussi bien par le département que par la Sécurité Sociale.
- l'existence depuis 1957, d'un support particulier "le bon rose", délivré par le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale).

L'état sanitaire de la population étant très mauvais et la Réunion étant considérée comme un pays en voie de développement, il ne pouvait être demandé à l'ensemble des assurés sociaux de faire l'avance des frais.

Aussi, dès le 15 juillet 1957, une convention a été conclue entre le Préfet de la Réunion et le Président de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) afin de permettre aux assurés sociaux les plus démunis d'accéder aussi aisément que possible aux soins, notamment en leur évitant une trop importante avance de trésorerie.

Ce système mis en place avait pour caractéristique essentielle d'instituer une formule de tiers-payant généralisé à tous les soins : hospitalisation, médecine, soins dentaires, pharmacie, laboratoire, auxiliaire médical, etc...

Bien que déclaré illégal par le Conseil d'Etat en 1985, le système a continué d'exister suite à une décision ministérielle du 6 août 1986.

Pour pouvoir bénéficier de cette aide sociale, toute personne peut retirer un dossier de demande auprès du Centre Communal d'Action Sociale le plus proche de son domicile.

Le dossier complet est par la suite déposé à nouveau au CCAS, qui le transmet aux services déconcentrés de l'Aide Sociale aux Adultes du Département pour instruction.

La décision du Président du Conseil Général est notifiée à la personne.

Les pièces indispensables à la constitution d'un dossier sont :

- un imprimé dossier familial.
- un imprimé de demande d'aide.
- une fiche individuelle ou familiale d'Etat Civil.
- la liste des personnes tenues à l'obligation alimentaire avec leur adresse.
- la carte d'assuré social ou tout document pouvant justifier de l'ouverture des droits à un régime d'assurance maladie.
- tous les documents justifiant la situation financière et partenariale du demandeur et des membres de la famille.

L'admission à l'Aide Médicale à domicile prend effet à compter de la date de la demande. Pour les bénéficiaires du RMI et de l'allocation veuvage, l'admission prend effet à la date d'attribution de l'allocation concernée.

L'admission à l'Aide Médicale est valable pour une durée de deux ans, sans préjudice de la révision de la décision en cas de modification de la situation de l'intéressé.

Pour pouvoir y accéder, il est nécessaire que l'assuré social ait obtenu du CCAS son inscription sur la liste des bénéficiaires de l'Aide Médicale (à condition d'avoir les droits ouverts à l'Assurance Maladie).

La commission (et non la CGSS) qui décide si tel assuré sera bénéficiaire ou non du tiers-payant arrête le ticket modérateur laissé à la charge du bénéficiaire en fonction de la composition de la famille et des revenus de cet assuré social.

Ce ticket modérateur peut être soit total, soit partiel (5, 10, 15, 20, 25 %), soit nul.

Les professionnels de santé peuvent reconnaître les bénéficiaires du système grâce à la feuille de soins particulière dont l'assuré est porteur. Elle se différencie des imprimés habituels par sa couleur (bon rose pour les assurés du régime général, bon jaune pour les assurés relevant de l'Assurance Maladie des Exploitants Agricoles (AMEXA)).

Sur ces bons, figure notamment le pourcentage du ticket modérateur laissé éventuellement à la charge de l'assuré.

Pour retirer la ou les feuilles de soins dont il a besoin auprès d'un correspondant communal, l'assuré doit se rendre au bureau d'aide sociale où se trouve son dossier (mairie ou annexe de la mairie). Au total, il existe environ 150 points d'accueil sur l'île.

Le "bon rose ou jaune" remis à l'assuré est composé de deux volets. Le premier est destiné au médecin, le second au pharmacien.

Au moment de la consultation, l'assuré remet cette pièce au médecin qui, le cas échéant, va prescrire sur le volet 2 les produits pharmaceutiques nécessaires au traitement. Le praticien conserve le volet 1 sur lequel il cotera son acte et rend le volet 2 à destination de la pharmacie.

Si des soins par auxiliaire médical sont prescrits, alors le médecin recopiera les indications portées par le correspondant communal sur un bon pour auxiliaire médical. Ce bon est mis à la disposition du patient, qui n'a donc pas à retourner au bureau d'aide sociale.

A la fin des soins, le professionnel de santé réclame à l'assuré social le montant du ticket modérateur effectivement laissé à la charge de ce dernier.

Chaque mois, les divers professionnels de santé regroupent ces bons et les transmettent à la CGSS pour en obtenir le règlement. Il est adjoint au paquet de bons un mémoire en trois exemplaires. Ce document sert essentiellement à dénombrer les feuilles de soins transmises et à arrêter les sommes dues par la Caisse Générale de Sécurité Sociale et le Conseil Général.

La Caisse conserve un exemplaire, les deux autres étant transmis par celle-ci au Conseil Général, qui dispose ainsi du moyen de régler sa quote-part aux professionnels de santé (la CGSS l'informant des rejets qu'elle a effectués).

Les rejets de prise en charge sont notifiés au praticien avec voies de recours et le paiement est viré sur son compte bancaire pour la partie due par la CGSS.

c) L'Aide Médicale, pour qui ?

→ En France :

En France, les personnes à revenus modestes peuvent être prises en charge à 100 % par l'Aide Médicale des départements. Cette prise en charge est obligatoire pour les bénéficiaires du RMI. 1,4 million de personnes bénéficient de l'Aide Médicale à ce titre.

Les départements peuvent aller au delà et prendre en charge des personnes à 100 %. De nombreux départements n'ont pas défini de barème et s'en tiennent à leur obligation légale. Certains ont mis en place un barème qui permet une couverture pour un revenu de 3000 francs ou au delà.

Au total, 2,5 millions (4,23 %) de personnes environ bénéficient d'une prise en charge à 100 %. La diversité des barèmes entraîne de fortes inégalités selon les départements et d'importants problèmes d'accès aux soins dans les départements où l'Aide Médicale est limitée.

→ A la Réunion :

*** Pour l'Aide Médicale à domicile :**

Un barème a été adopté par le Conseil Général, selon les ressources calculées sur la base du RMI. Il en ressort cinq groupes de bénéficiaires :

- allocataires du RMI : → gratuité totale du coût des soins.
- ressources comprises entre le RMI et le RMI + 10 % → 10 % de participation.

- ressources comprises entre RMI + 10 % et RMI + 15 % → 15 % de participation.
- ressources comprises entre RMI + 15 % et RMI + 20 % → 20 % de participation.
- ressources comprises entre RMI + 20 % et RMI + 25 % → 25 % de participation.

A noter que :

- si les revenus sont supérieurs à 125 % du RMI, un examen au cas par cas est effectué.
- les administrés dont les revenus sont compris entre 125 % du RMI et le SMIC et qui auront fait l'objet d'une décision négative à l'admission à l'Aide Médicale seront maintenus "pour ordre" à l'Aide Médicale à domicile et hospitalière. La totalité du ticket modérateur sera à leur charge mais ils n'auront pas à faire l'avance de la participation de la CGSS qui réglera directement sa contribution aux professionnels de santé.

* Pour l'Aide Médicale hospitalière :

Il existe quatre modes de prise en charge :

- allocataires du RMI : → gratuité de l'hospitalisation.
- ressources comprises entre le RMI et le RMI + 15 % :
 - séjour < 10 jours : participation à la prise en charge de 2 forfaits journaliers
 - séjour < 20 jours : participation à la prise en charge de 4 forfaits journaliers.
- ressources comprises entre RMI + 15 % et RMI + 25 % :
 - séjour < 10 jours : participation à la prise en charge de 3 forfaits journaliers
 - séjour < 20 jours : participation à la prise en charge de 5 forfaits journaliers.
- ressources supérieures au RMI + 25 % → Examen au cas par cas.

d) Quelques chiffres à la Réunion

- En 1997, le système d'Aide Médicale concernait 301781 personnes (44,2 %) dont 219712 bénéficiaires et 82069 ayants-droit.
- En 1997, 5 594 280 "bons roses" ont été délivrés (soit une consommation annuelle de 18 bons) et 5 264 695 en 1998.
- Les dépenses dues à l'Aide Médicale à domicile s'élèvent pour l'année 1998 à 313 849 968 francs et 94 194 491 francs pour l'Aide Médicale hospitalière.

- Pour le bénéficiaire de l'Aide Médicale, 100 francs de dépenses de santé sont supportés :
 - . par la CGSS à hauteur de 67 francs,
 - . par le département à hauteur de 29,75 francs,
 - . par les communes à hauteur de 3,25 francs.
- L'Assurance Personnelle a concerné 17 584 bénéficiaires en 1998. Les dépenses représentent 189 963 778 francs.

e) Les inconvénients du système "bons roses"

→ Pour les organismes gestionnaires :

- Une connaissance des données économiques insuffisante : difficulté de contrôler l'utilisation faite des bons. Ces dépenses remboursées au titre de l'Aide Médicale sont comptabilisées dans les systèmes informatiques, globalement par praticien. La connaissance se limite au chiffre d'affaire des professionnels de santé. Il est impossible de connaître l'activité induite par le praticien.
- Le suivi de la clientèle ne peut être effectué, faute de saisie des coordonnées des assurés. Il n'y a pas de dossier assuré, il n'y a pas de mémoires praticiens.
- Une paperasserie envahissante : plus de 5 millions de bons reçus en 1997!

→ Pour les professionnels de santé :

- Des sources multiples de paiement (Conseil général, CGSS, mutuelle, malade).
- Une charge de secrétariat imposée aux cabinets médicaux : recopiage des indications portées sur le bon pour les soins auxiliaires médicaux et présentation d'un mémoire mensuel regroupant les feuilles de soins.

→ Pour les correspondants communaux :

- Des travaux de recopiage fastidieux avec risque d'erreur.

→ Pour l'assuré :

- Pour se faire soigner des démarches contraignantes à la mairie pour avoir un "bon rose".

II-4-2-L'Aide Médicale de l'Etat

Cette aide concerne les personnes sans résidence stable qui ont élu domicile dans un organisme agréé. Au bout d'un an, leur dossier est transféré au département (on considère qu'ils résident à la Réunion).

L'Etat garde la charge des évacuations sanitaires en provenance de l'étranger, sur accord du ministère au cas par cas. La quasi-totalité des dossiers concernent des Mahorais (Mayotte). Ils sont soignés à la Réunion ou en Métropole si leur état de santé l'impose.

En 1998, 265 personnes ont été concernées pour 11 049 journées d'hospitalisation. Cela représente 50 millions de francs par an.

II-4-3-La carte Sésam-Vitale

Pour l'avenir, cette carte permettra aux assurés de consulter leur médecin, lequel, par l'intermédiaire d'un logiciel agréé, éditera une feuille de soin électronique qu'il transmettra à la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) par télétransmission.

II-4-4-La Couverture Maladie Universelle (CMU) (3)

→ Depuis le 1^{er} janvier 2000, la CMU garantit à chacun, quelle que soit sa situation, une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes les plus défavorisées, le droit à une protection complémentaire ainsi qu'à la dispense d'avance de frais. Le droit à l'Aide Médicale d'Etat est maintenu pour certaines catégories de personnes ne pouvant être rattachées aux régimes obligatoires d'assurance maladie sous condition de ressources, en raison de leur situation particulière.

Toute personne ayant droit à la CMU pourra s'adresser, selon son choix, à sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou bien à une mutuelle, ou à une assurance privée, pour obtenir une protection complémentaire.

Pour lever les obstacles financiers à l'accès aux soins, les plus défavorisés se verront ouvrir le droit à une couverture supplémentaire. Ils bénéficieront d'une couverture à 100 % des soins, de la prise en charge du forfait hospitalier ainsi que des remboursements adaptés pour les prothèses dentaires, l'optique et certains biens médicaux dont les prix sont libres.

→ A la Réunion, ce système de couverture complémentaire remplace l'ancienne Aide Médicale ("bons roses et jaunes"). La CGSS prenant en charge la totalité du ticket modérateur. Sur le plan pratique, les assurés sociaux bénéficiant de cette couverture complémentaire n'ont plus à retirer au préalable leurs feuilles de soins dans les bureaux d'aide sociale. Ils se rendent directement chez le professionnel de santé avec leur carte d'assuré social et leur attestation CMU complémentaire. C'est ce dernier qui se charge de remplir la feuille et de la renvoyer à la CGSS, une fois signée par le patient, afin de se faire payer.

La CMU complémentaire concerne tous les anciens bénéficiaires de l'Aide Médicale mais également les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain plafond. Ce dernier varie en fonction de la composition du foyer.

Le plafond à ne pas dépasser pour avoir droit à la CMU complémentaire est établi :

- à 3500 francs pour une personne isolée,
- à 5250 francs pour deux personnes,
- à 6300 francs pour trois personnes,
- à 7350 francs pour quatre personnes.

Chaque personne supplémentaire au foyer entraîne une augmentation du plafond de 1400 francs.

Remarque : l'ensemble des ressources dont bénéficie le foyer est pris en compte à l'exception de certaines prestations.

Ce dispositif permet de couvrir les personnes les plus défavorisées (bénéficiaires du RMI, chômeurs,...) mais aussi les salariés aux revenus les plus modestes.

La CGSS estimait en mai 1999 à environ 400 000 personnes les futurs bénéficiaires de la CMU (300 000 anciens bénéficiaires de l'Aide Médicale + 100 000 se situant dans la "tranche supérieure").

III-ACTIVITE DU CABINET D'UN MEDECIN GENERALISTE

III-1-PRESENTATION DU CABINET

III-1-1-Le médecin généraliste (42)

Le Docteur Jean-Loup CARRE est né le 20 juin 1943.

Ci dessous, quelques éléments sur sa carrière :

→ **Faculté de Médecine de Paris-Ouest** : Thèse en octobre 1972.

→ **Volontaire Aide Technique (VAT) à la Réunion** (1970-1971) :

- secteur santé scolaire Saint-Louis et Saint-Pierre.
- participation à la lutte contre l'illettrisme.
- participation à la campagne d'éducation sanitaire, (fabrication de WC dans "les hauts").

→ **Installation à Saint-Jean d'Angely** en 1973 :

- créateur de la Formation Médicale Continue (FMC) de la région de Saint-Jean d'Angély en 1973.
- nommé attaché du service de médecine (trois vacations hebdomadaires en 1974).
- transformation du service en secteur médecine interne et secteur sida en 1988.
- maître de stage (51) en médecine générale pour résidents en 1981.
- généraliste enseignant en 1987 adhérent au COGEMS.
- prise en charge de l'alcoologie dans le service de médecine A de l'hôpital de Saint-Jean d'Angély depuis 1993.
- animation du groupe de relaxation à l'hôpital de 1987 à 1997.

→ **Installation au Guillaume** en octobre 1997 (rachat de clientèle).

→ **Diplômes** :

- 1980 : Diplôme Universitaire (DU) gérontologie clinique au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.
- 1980 : D U Diététique et Hygiène alimentaire au CHU de Bordeaux.

- 1982 : formation à la manipulation vertébrale au Groupe de Recherche d'Action pour la Santé (GRAS),
- 1983 : Certificat d'Etude Spécialisée (CES) Biologie et Médecine du sport dans l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) à Poitiers.
- 1994 : D U de prise en charge SIDA, UFR de médecine de Bordeaux, en octobre, vacances dans le service du Pr Beylot (Hôpital St-André de Bordeaux) pour soins et prise en charge du SIDA en Hôpital de jour.
- 1995 : formation en cours aux Thermalisme et Hydrologie à Bordeaux.

→ **Travaux :**

- 1980 : "Contrôle des admissions dans le service de Moyen-Séjour polyvalent, influence sur le mode de sortie des malades, 767 hospitalisations". J.M. Jacquot, C. Dourthe, J.L. Carre.
- 1992 : collaboration à la bande dessinée "Latex & Co" avec les jeunes du foyer des jeunes travailleurs de Saint-Jean d'Angély.
- 1992 : jury de thèse à Bordeaux "formation d'un aide-soignant malien à St-Jean d'Angély et projet d'un dispensaire au Mali".
- 1993-94 : animation-discussion avec les adolescents du lycée sur les problèmes liés à l'épidémie du SIDA.

→ **Action sur le plan éducation sanitaire et prévention :**

- création d'une aire d'accueil pour les "gens du voyage" afin de mieux appréhender les problèmes spécifiques, notamment ceux concernant la santé, rencontrés par cette population.
- création d'un collectif-solidarité aux consultations gratuites pour les plus démunis.
- création d'une entreprise d'insertion, pour essayer de retrouver du travail et rompre l'isolement de ces personnes.
- étude pour la mise en place, dès 1995 d'une antenne de "Médecins du Monde" à St-Jean d'Angély.

III-1-2-La clientèle

Le Docteur CARRE exerce au Guillaume, localité d'environ 9 500 habitants, située dans "les hauts" de St Paul.

Une grande partie des habitants, compte tenu de leurs revenus modestes, bénéficie d'une aide médicale.

III-1-3-Le cabinet et les structures médicales proches

Le cabinet médical, situé dans le centre ville, est ouvert de 7h30 à 12h00 et 13h30 à 18h00 tous les jours et le samedi matin. L'intervalle de la mi-journée étant mis à profit par le Dr CARRE pour déjeuner et faire quelques visites. Ce praticien travaille presque exclusivement au cabinet et les consultations se font sans rendez-vous. Il ne possède pas de secrétaire. Il ne participe pas au tour de garde. Il se déplace la nuit, uniquement pour sa clientèle, en cas d'urgence. Le cabinet comprend une salle d'attente et une grande pièce comprenant à la fois le bureau et la salle d'examen.

Le Docteur CARRE est informatisé et utilise le logiciel "Axi Santé". Il n'est pas équipé pour la carte vitale.

Le Guillaume compte cinq autres médecins généralistes.

L'hôpital le plus proche, le Centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM) est situé à St Paul (15 kms). Il possède :

- un service d'urgences avec une antenne SMUR.
- un service de chirurgie orthopédique et viscérale.
- un service de pédiatrie.
- un service de maternité.
- un service de médecine : cardiologie.
- un autre service de médecine : gastrologie-endocrinologie.
- un service de radiologie avec scanner, mais pas d'IRM.
- un laboratoire d'analyse.

Cette structure ne possède pas de service de réanimation.

Attendant au cabinet médical, un pharmacien, un dentiste, un kinésithérapeute et une infirmière complètent la structure médicale.

Le Guillaume compte en tout six médecins, trois dentistes, deux pharmaciens, trois kinésithérapeutes et six infirmières.

III-2-ANALYSE DE L'ACTIVITE

III-2-1-Méthode

L'analyse de l'activité du cabinet du Dr CARRE a porté sur trois mois consécutifs, depuis début novembre 1999 jusqu'à fin janvier 2000.

Cette période a l'avantage d'éviter le pic des examens de sportifs et la probable épidémie de grippe.

Nous n'avons pas recueilli les données en temps réel, c'est-à-dire durant ces trois mois, mais à posteriori, en nous aidant du logiciel "Axi Santé" et du Dr CARRE. Nous avons ainsi, à partir de la liste nominative quotidienne des patients pu renseigner :

- le nombre et le type d'acte (visite ou consultation).
- le sexe et l'âge des patients.
- le type de paiement de l'acte (aide médicale ou non).
- le titre de résultat de consultation (selon la Société Française de Médecine Générale (SFMG)).
- l'orientation décidée pour chaque acte.

Notre connaissance insuffisante du logiciel ne nous a malheureusement pas permis d'utiliser pleinement ses capacités. Nous avons dû effectuer les calculs statistiques à part.

Pour classer et comparer les différents résultats de consultations, nous avons utilisé le dictionnaire des résultats de consultations fourni par la SFMG. (42)

Chaque année, la SFMG établit un nouveau dictionnaire comprenant entre autres les définitions des différents titres des résultats de consultations et leur classement par ordre de fréquence.

La SFMG n'a malheureusement pas souhaité nous procurer le classement de 1999, "prétextant" une non disponibilité des chiffres.

Nous utiliserons donc celui de 1996.

Notons qu'il existe peu de modifications entre deux années si proches l'une de l'autre.

III-2-2-Résultats

Par convention, nos résultats sont regroupés sous la rubrique "CARRE".

a) Le médecin

* L'âge du médecin concerné est de 56 ans.

Il se situe dans la tranche des 50-59 ans, représentant 22,4 % des médecins généralistes réunionnais.

La moyenne d'âge des médecins est de 41 ans, à la Réunion.

A la Réunion, tous médecins confondus, on retrouve une nette majorité d'hommes (73,8 %). Ce sont les 40-49 ans les plus nombreux (44,6 %) puis les 30-39 ans (28,3 %).

* Le Docteur CARRE ne travaille pas en association et exerce dans une ville d'environ 9500 habitants.

* Le Guillaume comptant cinq autres médecins, cela équivaut à 1 médecin pour 1583 habitants, soit une densité (63 pour 100 000) beaucoup moindre que la densité moyenne à la Réunion qui est de 114 médecins généralistes pour 100 000 habitants (1 médecin pour 877 habitants).

Ceci confirme l'inégalité de la répartition par commune des médecins, avec notamment une sous médicalisation des communes rurales "des hauts" de la Réunion. (45)

b) La clientèle

Notre étude porte sur 544 patients différents.

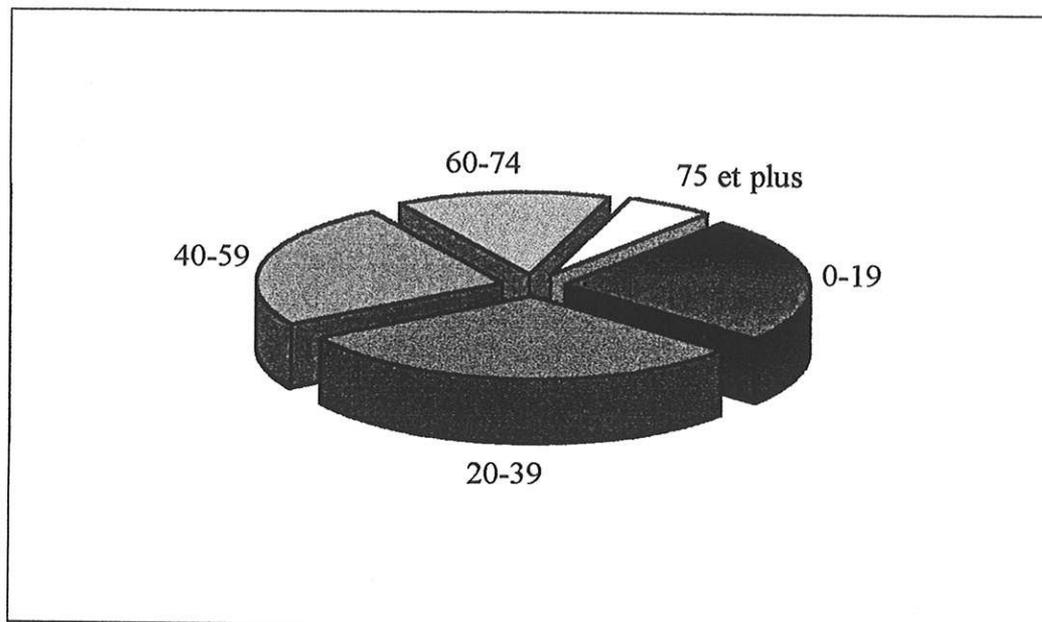
→ Sexe

La clientèle "CARRE" est majoritairement féminine : 56,43 % de femmes (307) pour 43,57 % d'hommes (237).

Ce rapport est plus élevé qu'au plan régional et national (51,1 % de femmes et 48,9 % d'hommes).

→ Age

En considérant les tranches d'âges reconnues par l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), nous retrouvons sur le graphique suivant concernant la clientèle "CARRE", la tranche 20-39 ans en tête, suivie des 40-59 ans et des 0-19 ans presque à égalité. Viennent ensuite les 60-74 ans puis les 75 ans et plus.



Graphique n° 5 : Répartition des âges selon les tranches de l'INSEE, de la clientèle "CARRE".

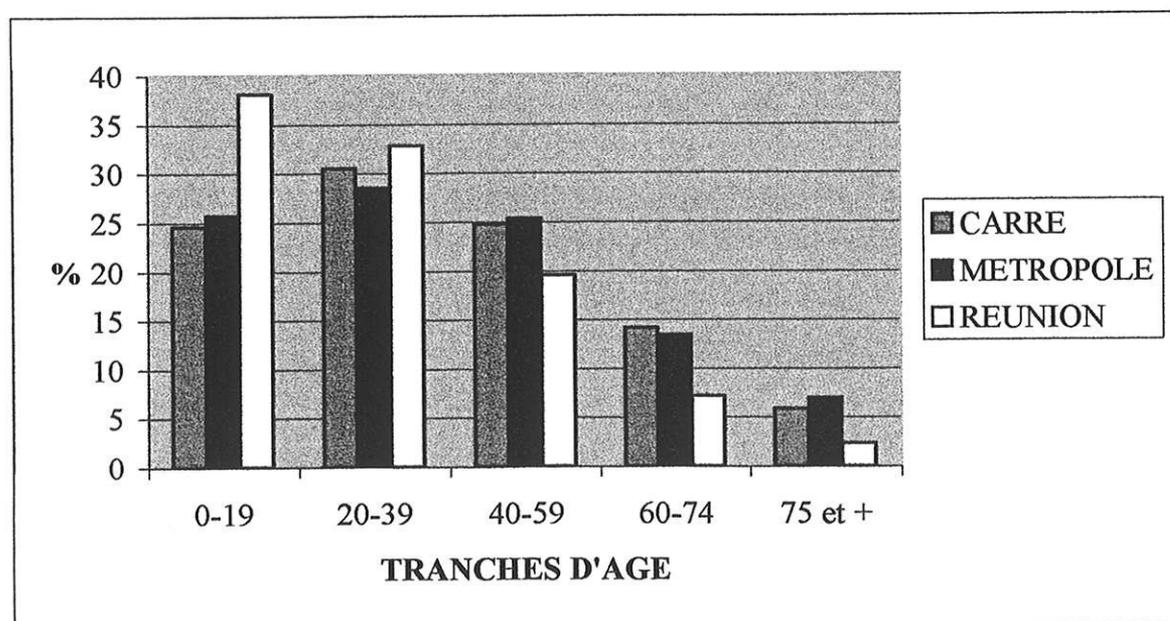
Nous pouvons comparer cette répartition avec celle de la population réunionnaise et métropolitaine.

Le tableau et le graphique suivants mettent en évidence la forte similitude entre la clientèle "CARRE" et la population métropolitaine. Ceci s'expliquant par le fait que la population "des hauts" de l'île est plus âgée que celle "des bas".

TRANCHES	CARRE	REUNION	METROPOLE
0-19	24,63%	38,08%	25,68%
20-39	30,51%	32,82%	28,49%
40-59	24,82%	19,56%	25,37%
60-74	14,16%	7,17%	13,47%
75 et plus	5,88%	2,37%	6,99%
TOTAL	100%	100%	100%

Tableau n° 23 : Répartition des âges selon les tranches de l'INSEE.

Remarquons à nouveau la jeunesse de la population réunionnaise par rapport à celle de la Métropole avec environ 38 % de moins de 20 ans contre 26 % en Métropole et 10 % de plus de 60 ans contre 20 % en Métropole. Les 20-59 ans étant à peu près également représentés (52 % contre 54 % en Métropole).



Graphique n° 6 : Répartition des âges selon les tranches de l'INSEE.

La moyenne d'âge de la clientèle "CARRE" est de 37,75 ans avec 40 ans pour les femmes et 34,83 ans pour les hommes.

La femme la plus âgée a 102 ans et l'homme 96 ans.

→ Sexe et age

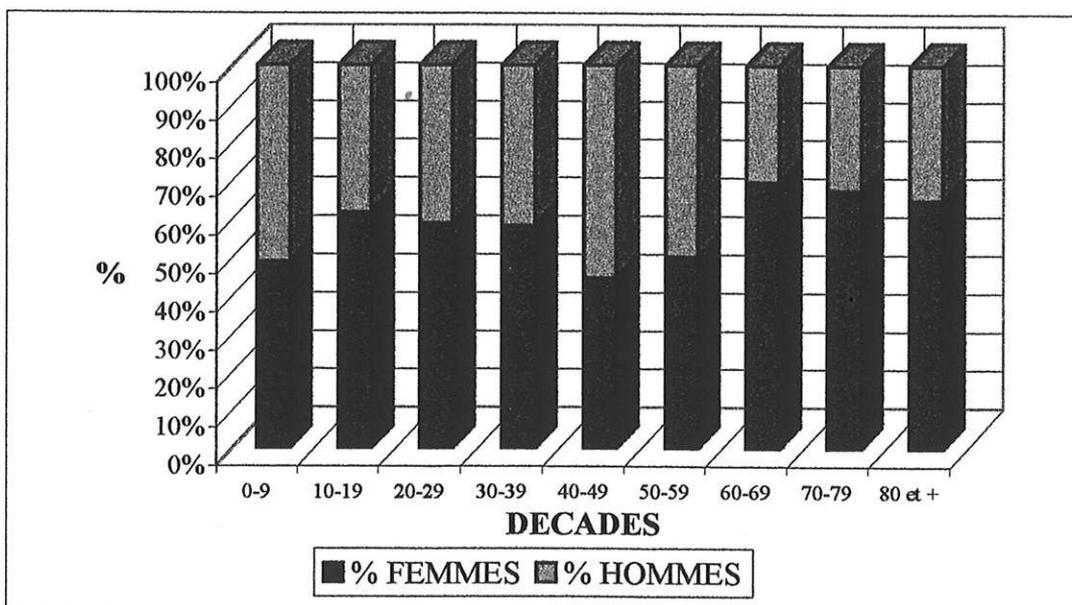
A la Réunion, la population féminine devient majoritaire à partir de l'âge de 25 ans et le reste constamment.

TRANCHES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
0-4	33 890	32 500	66 390
5-9	35 280	34 270	69 550
10-14	34 810	34 090	68 900
15-19	32 700	31 690	64 390
20-24	28 980	28 670	57 650
25-29	26 500	29 790	56 290
30-34	29 790	32 070	61 860
35-39	27 700	28 630	56 330
40-44	22 390	24 860	47 250
45-49	18 910	19 030	37 940
50-54	14 070	15 050	29 120
55-59	11 590	12 430	24 020
60-64	10 220	12 200	22 420
65-69	7 260	8 170	15 430
70-74	5 920	6 950	12 870
75-79	3 610	5 750	9 360
80 et plus	2 270	5 180	7 450
TOTAL	345 890	361 330	707220
%	48,9 %	51,1 %	100 %

Tableau n° 24 : Répartition par sexe et par tranches d'âge de la population réunionnaise en 1999.

Le graphique suivant, concernant la clientèle "CARRE", retrouve plus de garçons que de filles dans la tranche 0-9 ans comme c'est le cas dans la population réunionnaise. Mais c'est dès l'âge de 10 ans que nous retrouvons une prédominance féminine, exception faite de la tranche 40-59 ans où l'on note une légère sur représentativité masculine mais non significative (52,6 %).

Ceci peut s'expliquer par l'importance des actes gynécologiques que le Docteur CARRE effectue et par sa participation fréquente aux suivis de grossesses.



Graphique n° 7 : Répartition hommes/femmes par décades de la clientèle "CARRE".

Le tableau suivant fournit quelques renseignements complémentaires.

TRANCHES	TOTAL CARRE	HOMMES CARRE	FEMMES CARRE	%hommes CARRE	%femmes CARRE	Ratio CARRE	Ratio REUNION	Ratio METRO
0-4	48	21	27	8,86 %	8,80 %	8,82 %	9,39 %	6,08 %
5-9	34	21	13	8,86 %	4,24 %	6,25 %	9,83 %	6,32 %
10-14	28	11	17	4,64 %	5,54 %	5,15 %	9,74 %	6,55 %
15-19	24	9	15	3,80 %	4,89 %	4,41 %	9,10 %	6,73 %
20-24	45	20	25	8,44 %	8,14 %	8,27 %	8,15 %	6,40 %
25-29	35	13	22	5,49 %	7,17 %	6,43 %	7,96 %	7,33 %
30-34	47	20	27	8,44 %	8,79 %	8,64 %	8,75 %	7,37 %
35-39	39	16	23	6,75 %	7,49 %	7,17 %	7,96 %	7,39 %
40-44	31	17	14	7,17 %	4,56 %	5,70 %	6,68 %	7,21 %
45-49	34	19	15	8,02 %	4,89 %	6,25 %	5,36 %	7,22 %
50-54	34	17	17	7,17 %	5,54 %	6,25 %	4,12 %	6,33 %
55-59	36	18	18	7,60 %	5,86 %	6,62 %	3,40 %	4,61 %
60-64	20	8	12	3,37 %	3,90 %	3,68 %	3,17 %	4,67 %
65-69	26	6	20	2,53 %	6,51 %	4,78 %	2,18 %	4,66 %
70-74	31	8	23	3,38 %	7,49 %	5,70 %	1,82 %	4,14 %
75-79	12	6	6	2,53 %	1,95 %	2,20 %	1,32 %	3,35 %
80 et plus	20	7	13	2,95 %	4,24 %	3,68 %	1,05 %	3,64 %
TOTAUX	544	237	307	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ratio	100 %	43,57 %	56,43 %					

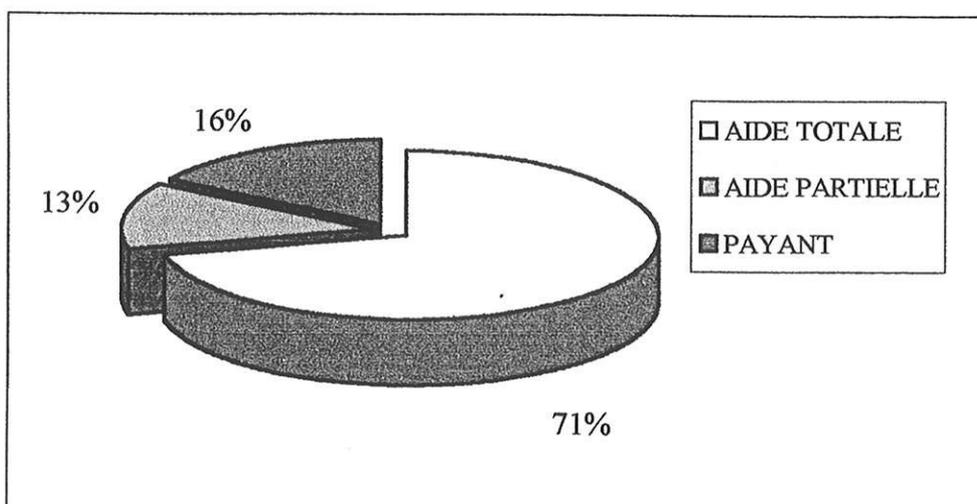
Tableau n° 25 : Répartition par sexe et par tranches d'âge.

→ Couverture sociale des patients

La couverture sociale des patients "CARRE" se compose de :

- 387 patients (soit 71,14 %) bénéficiant d'une aide médicale totale sans avance de frais.
- 88 patients (soit 16,18 %) payant la totalité de l'acte.
- 69 patients (soit 12,68 %) participant partiellement ou entièrement au paiement du ticket modérateur.

Soit 16,18 % de payants et 83,82 % de bénéficiaires d'aides.



Graphique n° 8 : Couverture sociale des patients "CARRE".

Remarque : la CMU ayant remplacé l'Aide Médicale le 1^{er} janvier 2000, nous avons distingué durant tout le mois de janvier deux groupes seulement, les payants et les non payants (voir partie II-4-4).

En Mai 1999, la CGSS estimait à environ 400 000 le nombre de futurs bénéficiaires de la CMU pour le début 2000, soit 56,5 % de la population réunionnaise. Sur ces 400 000 personnes, les anciens bénéficiaires de l'Aide Médicale étaient estimés à environ 300 000, soit 42,4 % de la population.

Le pourcentage des bénéficiaires d'une aide médicale dans la clientèle "CARRE" (83,8 %) est deux fois plus important que celui retrouvé dans la population réunionnaise (42,4 %).

Même si le mois de janvier tend à majorer le nombre de bénéficiaires d'une aide médicale, il n'en reste pas moins que ces chiffres laissent à penser que la population "des hauts" se situe dans la catégorie des "économiquement faibles". (50)

c) Les actes

→ Le type d'acte

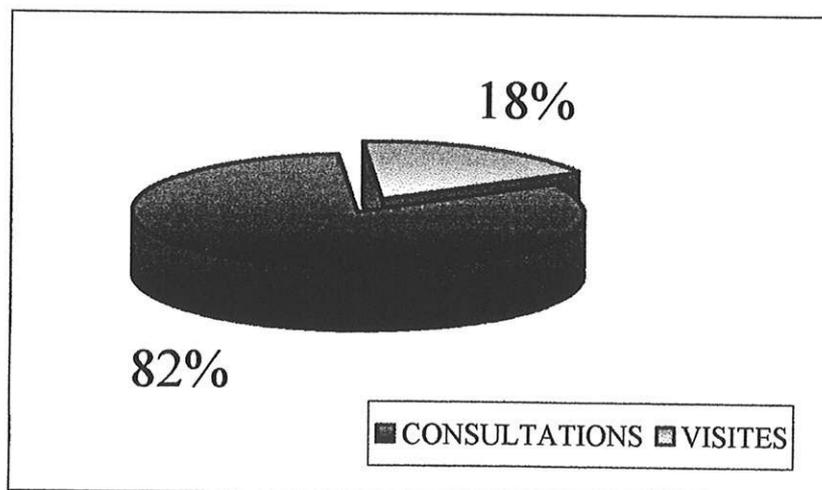
L'étude porte sur 1341 actes dont 81,88 % sont des consultations (1098) et 18,12 % des visites (243).

Il est à noter que le Docteur CARRE ne cote pas ses actes qualifiés "d'urgence" comme le précise la nomenclature mais bien souvent se contente de "C" ou "V". Il nous a donc été impossible de conclure au caractère urgent, le contexte n'étant pas noté systématiquement.

Ce médecin ne prend pas en compte les majorations pour actes de nuit, de dimanches ou jours fériés, ainsi que pour maintien à domicile (visite d'une personne de plus de 75 ans en ALD).

Le Docteur CARRE n'effectuant pas de gardes, ces actes majorés auraient été négligeables.

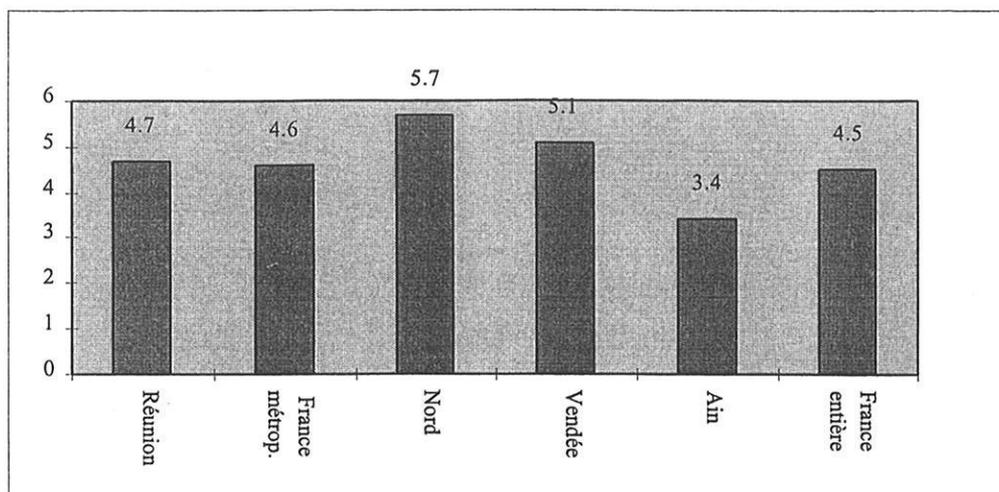
Cette imprécision ne semble donc pas être préjudiciable à notre étude.



Graphique n° 9 : Répartition des actes chez "CARRE".

Près de 82 % des actes du Docteur CARRE sont des consultations. Ce chiffre est légèrement supérieur au 76,6 % que l'on retrouve dans une étude concernant la consommation en médecine générale par habitant en 1995 à la Réunion. Le Docteur CARRE, ne participant pas à un tour de garde, effectue un peu moins de visites que la moyenne des médecins généralistes réunionnais. En effet, la plupart des actes effectués pendant les gardes sont des visites.

Cette étude montre également que la Réunion se situe au même niveau que celui de la Métropole quant à la consommation en médecine générale par habitant ; à savoir 4,7 actes par habitant sur l'île (3,6 consultations et 1,1 visite) contre 4,6 actes par habitant en Métropole (3,4 consultations et 1,2 visite).

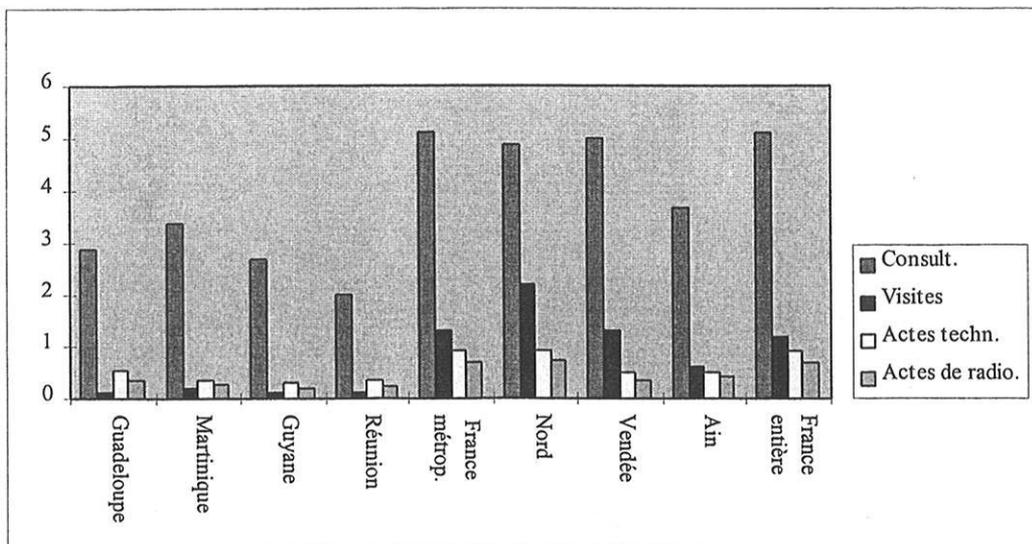


Graphique n° 10 : Nombre d'actes par habitant en 1995 (en médecine générale).

En ce qui concerne la consommation médicale totale par habitant, c'est-à-dire incluant en plus des actes de médecine générale, les actes de médecins spécialistes, les actes techniques et les actes de radiologie, nous constatons une consommation très inférieure à la Réunion (5,77 actes par habitant) par rapport à la Métropole (8,04 actes par habitant). Ceci est encore plus flagrant dans les autres DOM.

	CONSULTATIONS	VISITES	ACTES TECHNIQUES	ACTES DE RADIOLOGIE	TOTAL
GUADELOUPE	2,9	0,1	0,54	0,33	3,87
MARTINIQUE	3,4	0,2	0,35	0,26	4,21
GUYANE	2,7	0,1	0,31	0,20	3,31
REUNION	4,7	0,5	0,33	0,24	5,77
METROPOLE	5,1	1,3	0,93	0,71	8,04

Tableau n° 26 : Consommation médicale par habitant (nombre d'actes) en 1995.



Graphique n° 11 : Consommation médicale par habitant (nombre d'actes) en 1995.

Remarque : la consommation moyenne par personne est le rapport entre le nombre d'actes effectués par l'ensemble des médecins exerçant dans le département, non compris la population saisonnière.

Il est manifeste que la Réunion rattrape peu à peu la Métropole en terme de consommation médicale, surtout en ce qui concerne les soins ambulatoires. Comme nous l'avons dit précédemment (voir partie II-3), plusieurs facteurs en sont responsables : l'augmentation de l'offre, l'augmentation des revenus, le changement des habitudes de consommation, mais surtout l'augmentation des personnes âgées.

Sur ces 1341 actes, 773 ont concerné des femmes (57,64 %) et 568 des hommes (42,36 %). Ces pourcentages correspondent à la répartition hommes/femmes dans la clientèle "CARRE". On ne peut donc pas parler de surconsommation médicale par rapport au sexe.

→ Mode de paiement des actes

Sur les 1341 actes de l'étude :

- 969 soit (72,26 % des actes) concernaient des patients bénéficiant d'une dispense totale d'avance de frais.
- 168 (soit 12,53 % des actes) concernaient des patients bénéficiant d'une dispense partielle d'avance de frais.
- et 204 (soit 15,21 % des actes) concernaient des patients payant intégralement la consultation ou la visite.

Ces pourcentages, très proches de ceux concernant la couverture sociale des patients (voir graphique n° 8), ne montrent pas de surconsommation des patients "CARRE" en fonction de leur couverture sociale, contrairement aux résultats d'une enquête de morbidité en médecine libérale réalisée par la DRASS de la Réunion. (6)

En effet, celle-ci met en évidence une forte demande de soins par les chômeurs n'ayant jamais travaillé. 6,2 % de cette population consomment 13 % de soins. Deux hypothèses sont alors formulées :

- soit leur forte demande de soins est encouragée par le mécanisme d'aide médicale dont ils sont bénéficiaires,
- soit ces personnes sont plus démunies et témoignent d'un état de santé précaire nécessitant davantage de soins.

D'ailleurs, les retraités aussi sont deux fois plus nombreux dans l'échantillon que dans la population totale, mais cette demande plus forte de soins ambulatoires n'est pas surprenante sachant que les personnes âgées sont traditionnellement de gros consommateurs de soins.

→ Nombre d'actes par patient

En relevant le nombre d'actes pour chaque patient durant la période de l'étude, nous avons pu établir le tableau suivant :

ACTES PAR PATIENT	NOMBRE DE PATIENT	% DE LA CLIENTELE
1	239	43,93 %
2	102	18,75 %
3	76	13,97 %
4	55	10,11 %
5	38	6,98 %
6	11	2,02 %
7	10	1,83 %
8	5	0,93 %
9	3	0,56 %
10	4	0,73 %
17	1	0,19 %
TOTAL	544	100 %

Tableau n° 27 : Nombre d'actes par patient chez "CARRE".

Durant ces trois mois, le Docteur CARRE a examiné 544 patients différents.

Environ 44 % d'entre eux ne sont venus qu'une seule fois et plus des trois-quarts des patients n'ont pas consulté plus de trois fois.

Remarque : nous retrouvons un nombre important de consultations (17) pour un patient. Ce dernier, défavorisé socialement et vivant seul dans des conditions précaires avait régulièrement besoin de se confier au Docteur CARRE.

La moyenne par patient est de 2,46 actes mais ayant été établie sur trois mois, nous ne pouvons pas la comparer à celle concernant l'étude sur la consommation en médecine générale en 1995 à la Réunion (4,7 actes par habitant et par an).

d) Les résultats de consultation

→ Les titres des résultats de consultation

Le tableau n° 28 (voir les six pages suivantes) indique pour chaque titre, concernant l'étude "CARRE", le nombre de fois où il a été utilisé, le pourcentage par rapport à l'ensemble des actes et son classement par ordre de fréquence. La dernière colonne donne le classement du titre au sein du dictionnaire de la SFMG pour l'année 1996.

La liste des titres provient du dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG de 1996 (46), mais certains titres provenant d'autres classifications ont été utilisés pour réaliser ce tableau (représentés par // dans la dernière colonne).

Sur les 265 titres répertoriés, 214 ont été relevés au cours de l'étude.

TITRES DU DRC (et autres)	NOMBRE CARRE	% CARRE	CARRE	DRC 1996
HTA (HYPERTENSION ARTERIELLE))	96	7,16 %	1	1
ETAT FEBRILE	51	3,80 %	2	2
DIABETE SUCRE	36	2,68 %	3	10
TOUX	31	2,31 %	4	22
DORSALGIE	28	2,09 %	5	//
ASTHME	26	1,94 %	6	30
CONTRACEPTION	25	1,86 %	7	//
PROCEDURE ADMINISTRATIVE	24	1,79 %	8	//
ANGINE	21	1,57 %	9	17
LOMBALGIE	20	1,49 %	10	9
BRONCHITE CHRONIQUE	19	1,42 %	11	20
GROSSESSE	19	1,42 %	12	61
HUMEUR DEPRESSIVE	18	1,34 %	13	14
ALCOOLISME	16	1,20 %	14	56
CANCER	16	1,20 %	15	32
ANXIETE - ANGOISSE	15	1,12 %	16	12
ENTORSE	15	1,12 %	17	54
MENOPAUSE	15	1,12 %	18	40
EXAMEN SYSTEMATIQUE	14	1,05 %	19	//
NEURALGIE - NEVRITE	14	1,05 %	20	62
VACCINATION	13	0,97 %	21	//
ARTERITE MEMBRES INFERIEURS	13	0,97 %	22	42
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	13	0,97 %	23	64
DERMATOSE	13	0,97 %	24	26
OTITE MOYENNE	13	0,97 %	25	31
PARASITOSE DIGESTIVE	13	0,97 %	26	175
PLAINTE ABDOMINALE	13	0,97 %	27	19
ANOMALIE BIOLOGIQUE	13	0,97 %	28	//
CERVICALGIE	12	0,89 %	29	36
CONSEIL - EDUCATION - HYGIENNE	12	0,89 %	30	//
DEPRESSION	12	0,89 %	31	23
RHINOPHARYNGITE	12	0,89 %	32	6
SCIATIQUE	12	0,89 %	33	52
ASTHENIE - FATIGUE	11	0,82 %	34	16
DIARRHEE	11	0,82 %	35	55
PLAIE	11	0,82 %	36	50
RHUME	11	0,82 %	37	24
ARTHROPATHIE - PERIARTHROPATHIE	10	0,75 %	38	8
EPIGASTRALGIE	10	0,75 %	39	35
EPILEPSIE	10	0,75 %	40	83
INSOMNIE	10	0,75 %	41	4
INSUFFISANCE CORONARIENNE	10	0,75 %	42	7
ETAT AFEBRILE	9	0,67 %	43	5
OBESITE	9	0,67 %	44	53
PROBLEME DE COUPLE	9	0,67 %	45	//
PSYCHIQUE (AUTRE TROUBLE)	9	0,67 %	46	63
SUITE OPERATOIRE	9	0,67 %	47	//
TABAGISME	9	0,67 %	48	78
ACOUPHENE	8	0,60 %	49	90
ALGIE	8	0,60 %	50	13

CONSTIPATION	8	0,60 %	51	18
DIARRHEE - VOMISSEMENT	8	0,60 %	52	34
MAL DE GORGE	8	0,60 %	53	69
PROBLEME FAMILIAL	8	0,60 %	54	//
REACTION A UNE SITUATION EPROUVANTE	8	0,60 %	55	28
ABDOMEN DOULOUREUX AIGU	7	0,52 %	56	121
ACCES ET CRISE	7	0,52 %	57	105
BLESSURES COMBINEES LEGERES	7	0,52 %	58	103
DIFFICULTE SCOLAIRE	7	0,52 %	59	//
HORS LISTE	7	0,52 %	60	//
HYPERLIPIDEMIE	7	0,52 %	61	3
HYPERTHYROIDIE	7	0,52 %	62	//
HYPOTHYROIDIE	7	0,52 %	63	59
INSUFFISANCE CARDIAQUE	7	0,52 %	64	29
PROSTATE (HYPERTROPHIE)	7	0,52 %	65	51
SURVEILLANCE PATIENT A RISQUE	7	0,52 %	66	//
SYNDROME COLIQUE	7	0,52 %	67	41
TROUBLE DU RYTHME CARDIAQUE (AUTRE)	7	0,52 %	68	48
VERTIGE - ETAT VERTIGINEUX	7	0,52 %	69	27
FRACTURE	6	0,45 %	70	66
GOUTTE	6	0,45 %	71	100
PLAINTES POLYMORPHES	6	0,45 %	72	73
PNEUMOPATHIE AIGUE	6	0,45 %	73	126
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE	6	0,45 %	74	165
THROMBOPHLEBITE	6	0,45 %	75	79
TOXICOMANIE	6	0,45 %	76	123
VULVITE - CERVICITE - VAGINITE	6	0,45 %	77	72
ACNEE VULGAIRE	5	0,37 %	78	85
ANEMIE FERRIPRIVE / CARENCE EN FER	5	0,37 %	79	//
BRONCHITE CHRONIQUE	5	0,37 %	80	30
CEPHALEE	5	0,37 %	81	44
CYSTITE - CYSTALGIE	5	0,37 %	82	38
DEMENSE	5	0,37 %	83	199
DYSMENORRHEE	5	0,37 %	84	154
AMENORRHEE	4	0,30 %	85	196
ARTHROSE	4	0,30 %	86	11
DYSPNEE	4	0,30 %	87	87
EPAULE DOULOUREUSE	4	0,30 %	88	58
HEMATOME SUPERFICIEL - ECCHYMOSE	4	0,30 %	89	136
HEMORROIDE	4	0,30 %	90	71
HERNIE - EVENTRATION	4	0,30 %	91	119
HERNIE HIATALE	4	0,30 %	92	81
HYPERURICEMIE	4	0,30 %	93	57
INSUFFISANCE REPIRATOIRE	4	0,30 %	94	76
JAMBES LOURDES	4	0,30 %	95	21
MALAISE - LIPOTHYMIE	4	0,30 %	96	80
MEMOIRE (PERTE DE)	4	0,30 %	97	84
PARKINSONIEN (SYNDROME)	4	0,30 %	98	88
PRECORDIALGIE	4	0,30 %	99	101
SEXUELLE (DYSFONCTION)	4	0,30 %	100	//

SINUSITE	4	0,30 %	101	47
SYNDROME MANIACO DEPRESSIF	4	0,30 %	102	//
TENOSYNOVITE	4	0,30 %	103	74
ZONA	4	0,30 %	104	143
ADENOPATHIE	3	0,23 %	105	125
ALGODYSTROPHIE	3	0,23 %	106	176
ANEMIE (AUTRE)	3	0,23 %	107	158
ANOREXIE - BOULIMIE	3	0,23 %	108	178
ARYTHMIE COMPLETE (ACFA)	3	0,23 %	109	45
BACTERIURIE - PYURIE	3	0,23 %	110	140
BOUFFEE DE CHALEUR	3	0,23 %	111	107
CHEVEUX (CHUTE)	3	0,23 %	112	138
COLIQUE NEPHRETIQUE	3	0,23 %	113	163
CONJONCTIVITE	3	0,23 %	114	67
DENT	3	0,23 %	115	133
EPICONDYLITE	3	0,23 %	116	151
GALE	3	0,23 %	117	//
HEMATURIE	3	0,23 %	118	152
HEPATITE	3	0,23 %	119	115
HEPATITE VIRALE	3	0,23 %	120	//
INFARCTUS DU MYOCARDE	3	0,23 %	121	142
KYSTE SEBACE	3	0,23 %	122	180
LEUCORRHEE	3	0,23 %	123	156
LUXATION	3	0,23 %	124	//
MIGRAINE	3	0,23 %	125	70
MOLLUSCUM PENDULUM	3	0,23 %	126	//
OEIL (ACUTE VISUELLE)	3	0,23 %	127	//
ONGLE (PATHOLOGIE DE L'ONGLE)	3	0,23 %	128	106
PHOBIE	3	0,23 %	129	//
PRURIT GENERALISE	3	0,23 %	130	127
PSORIASIS	3	0,23 %	131	108
PYROSIS - REFLUX (GASTRO OESOPHAGIEN)	3	0,23 %	132	33
SEIN (TUMEFACTION)	3	0,23 %	133	135
SENILITE	3	0,23 %	134	68
SOUFFLE CARDIAQUE	3	0,23 %	135	149
STOMATITE - GLOSSITE	3	0,23 %	136	124
TREMBLEMENT	3	0,23 %	137	139
VIH	3	0,23 %	138	//
VOMISSEMENT	3	0,23 %	139	82
ABCES	2	0,15 %	140	131
CERUMEN	2	0,15 %	141	89
CRAMPE MUSCULAIRE	2	0,15 %	142	93
DYSURIE	2	0,15 %	143	153
ENURESIE	2	0,15 %	144	182
FECALOME	2	0,15 %	145	//
FURONCLE - ANTHRAX	2	0,15 %	146	162
GOITRE	2	0,15 %	147	102
OEIL (TRAUMATISME)	2	0,15 %	148	//
PARESTHESIE DES MEMBRES	2	0,15 %	149	132
TARSALGIE - METATARSALGIE	2	0,15 %	150	192

ULCERE GASTRO DUODENAL	2	0,15 %	151	96
VARICELLE	2	0,15 %	152	120
ALGIE PELVIENNE	1	0,07 %	153	137
AMAIGRISSEMENT	1	0,07 %	154	130
ANEMIE FERRIPRIVE	1	0,07 %	155	99
ANOMALIE POSTURALE	1	0,07 %	156	145
APHTE	1	0,07 %	157	148
APPETIT (PERTE D')	1	0,07 %	158	195
BLESSURES COMBINEES SEVERES	1	0,07 %	159	172
BRULURE	1	0,07 %	160	141
CANAL CARPIEN	1	0,07 %	161	159
CATARACTE	1	0,07 %	162	116
CICATRICE	1	0,07 %	163	193
COMPORTEMENT (TROUBLES)	1	0,07 %	164	161
CONVULSION FEBRILE	1	0,07 %	165	167
DYSPHAGIE	1	0,07 %	166	//
ECZEMA	1	0,07 %	167	65
ECZEMA PALMOPLANTAIRE FISSURE	1	0,07 %	168	//
ENROUEMENT	1	0,07 %	169	134
EPISTAXIS	1	0,07 %	170	155
ERYSIPELE	1	0,07 %	171	170
ERYTHEME FESSIER DU NOURRISSON	1	0,07 %	172	190
ESCARRE	1	0,07 %	173	171
EXAMEN POST-NATAL	1	0,07 %	174	//
EXAMEN PRE-NUPTIAL	1	0,07 %	175	//
FOLLICULITE SUPERFICIELLE	1	0,07 %	176	185
GASTRITE CHRONIQUE	1	0,07 %	177	//
HALLUX VALGUS OU ABDUCTUS	1	0,07 %	178	//
HERPES	1	0,07 %	179	98
HYPERGLYCEMIE	1	0,07 %	180	113
IMPETIGO	1	0,07 %	181	160
INSUFFISANCE RENALE	1	0,07 %	182	118
INTERTRIGO	1	0,07 %	183	122
LIPOME	1	0,07 %	184	//
LITHIASE BILIAIRE	1	0,07 %	185	168
LITHIASE URINAIRE	1	0,07 %	186	194
LYMPHANGITE	1	0,07 %	187	//
MORSURE	1	0,07 %	188	189
MUSCLE (ELONGATION, DECHIRURE)	1	0,07 %	189	146
MYCOSE UNGEALE	1	0,07 %	190	179
NAEVUS	1	0,07 %	191	188
NAUSEE	1	0,07 %	192	111
NERVOSISME	1	0,07 %	193	37
OEDEME AIGU DU POUMON (OAP)	1	0,07 %	194	//
OEDEME MEMBRES INFERIEURS	1	0,07 %	195	60
OEIL (LARMOIEMENT)	1	0,07 %	196	//
ORCHIEPIDIDYMITE	1	0,07 %	197	//
OSTEOPOROSE	1	0,07 %	198	46
OTITE EXTERNE	1	0,07 %	199	97
PANARIS	1	0,07 %	200	174

PITYRIASIS VERSICOLOR	1	0,07 %	201	166
POLLAKIURIE	1	0,07 %	202	129
PROBLEME PROFESSIONNEL	1	0,07 %	203	//
PYELONEPHRITE AIGUE	1	0,07 %	204	164
REACTION TUBERCULINIQUE	1	0,07 %	205	//
REGLES (AUTRES TROUBLES) - METRORRAGIES	1	0,07 %	206	75
RHINITE	1	0,07 %	207	25
SEIN (AUTRE)	1	0,07 %	208	//
TENDON (RUPTURE)	1	0,07 %	209	//
TIC	1	0,07 %	210	//
TYMPAN (PERFORATION)	1	0,07 %	211	//
URTICAIRE - OEDEME DE QUINCKE	1	0,07 %	212	104
VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	1	0,07 %	213	15
VERRUE	1	0,07 %	214	112
ANEVRYSME ARTERIEL	0	0,00 %	215	//
BALANITE	0	0,00 %	216	187
CHALAZION	0	0,00 %	217	//
CHOLECYSTITTE	0	0,00 %	218	//
COCCYDYNIE	0	0,00 %	219	//
CONTUSION	0	0,00 %	220	49
COR - DURILLON	0	0,00 %	221	93
CORPS ETRANGER SOUS CUTANE	0	0,00 %	222	//
DERMITE SEBORRHEIQUE	0	0,00 %	223	183
ECZEMA FACE NOURRISSON	0	0,00 %	224	//
ECZEMA PALMOPLANTAIRE DYSHIDRO	0	0,00 %	225	177
ENGELURE	0	0,00 %	226	//
FIBROME UTERIN	0	0,00 %	227	184
FISSURE ANALE	0	0,00 %	228	198
FISTULE	0	0,00 %	239	//
GINGIVITE	0	0,00 %	230	181
HEMORRAGIE SOUS CONJONCTIVALE	0	0,00 %	231	//
HYGROMA	0	0,00 %	232	200
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	0	0,00 %	233	117
INCONTINENCE URINAIRE	0	0,00 %	234	92
KYSTE SYNOVIAL	0	0,00 %	235	243
LUCITE - ALLERGIE SOLAIRE	0	0,00 %	236	//
METEORISME	0	0,00 %	237	86
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	0	0,00 %	238	//
MYALGIE	0	0,00 %	239	77
ORGELET	0	0,00 %	240	191
OTALGIE	0	0,00 %	241	128
PALPITATION - ERETHISME CARDIAQUE	0	0,00 %	242	110
PARAGUEUSIE	0	0,00 %	243	//
PHARYNGITE	0	0,00 %	244	43
PHLEGMON DE L' AMYGDAL	0	0,00 %	245	//
PIED (ANOMALIE STATIQUE)	0	0,00 %	246	157
PIED D' ATHLETE	0	0,00 %	247	//
PIQUIRE D' ANIMAL	0	0,00 %	248	95
PITYRIASIS ROSE DE GIBERT	0	0,00 %	249	//
PREPUCE ADHERENCE - PHIMOSIS	0	0,00 %	250	//

PROLAPSUS GENITAL	0	0,00 %	251	//
PRURIT LOCALISE	0	0,00 %	252	109
RECTORRAGIE – MELENA	0	0,00 %	253	147
STENOSE ARTERIELLE	0	0,00 %	254	114
SUICIDE (TENTATIVE)	0	0,00 %	255	//
SURCHARGE PONDERALE	0	0,00 %	256	//
SURDITE	0	0,00 %	257	169
SYNDROME DE RAYNAUD	0	0,00 %	258	150
SYNDROME PREMENSTRUEL	0	0,00 %	259	173
TACHYCARDIE	0	0,00 %	260	144
TRAC	0	0,00 %	261	//
TRAUMATISME CRANIOCEREBRAL	0	0,00 %	262	186
TUMEFACTION	0	0,00 %	263	94
ULCERE DE JAMBE	0	0,00 %	264	91
URETRITE	0	0,00 %	265	197
TOTAL	1341	100 %		

Tableau n° 28 : Classement par ordre de fréquence des titres des résultats de consultation.

En s'intéressant uniquement au vingt titres les plus utilisés lors de l'enquête, nous obtenons le tableau suivant et pouvons comparer ce classement avec celui établi par la SFMG en 1996.

Remarque : Ne disposant pas dans le DRC de 1996 des pourcentages de chaque titre par rapport à l'ensemble des actes, cette comparaison donne lieu à une certaine imprécision.

Si le classement des premiers titres semble fiable par contre dans le bas du tableau la rareté du nombre de consultations présente un caractère aléatoire trop prononcé pour attacher une réelle importance au classement.

Ainsi pour "algie pelvienne" (classée 153^{ème}) et "verru" (classée 214^{ème}) qui ont fait l'objet d'une seule consultation, seul le classement alphabétique les départage.

TITRES DU DRC (et autres)	NOMBRE CARRE	% CARRE	CARRE	DRC 1996
HTA (HYPERTENSION ARTERIELLE))	96	7,16 %	1	1
ETAT FEBRILE	51	3,80 %	2	2
DIABETE SUCRE	36	2,68 %	3	10
TOUX	31	2,31 %	4	22
DORSALGIE	28	2,09 %	5	//
ASTHME	26	1,94 %	6	30
CONTRACEPTION	25	1,86 %	7	//
PROCEDURE ADMINISTRATIVE	24	1,79 %	8	//
ANGINE	21	1,57 %	9	17
LOMBALGIE	20	1,49 %	10	9
BRONCHITE CHRONIQUE	19	1,42 %	11	20
GROSSESSE	19	1,42 %	12	61
HUMEUR DEPRESSIVE	18	1,34 %	13	14
ALCOOLISME	16	1,20 %	14	56
CANCER	16	1,20 %	15	32
ANXIETE - ANGOISSE	15	1,12 %	16	12
ENTORSE	15	1,12 %	17	54
MENOPAUSE	15	1,12 %	18	40
EXAMEN SYSTEMATIQUE	14	1,05 %	19	//
NEURALGIE - NEVRITE	14	1,05 %	20	62

Tableau n° 29 : Liste des 20 premiers titres des résultats de consultation chez "CARRE".

Nous observons que "l'hypertension artérielle" est loin devant : la prévention de ses complications est devenue l'un des objectifs principaux des généralistes, en Métropole comme à la Réunion. La population de l'île est surexposée à l'HTA (voir partie IV-2-3).

Puis vient "état fébrile" : les syndromes grippaux et autres pathologies fébriles non caractéristiques sont aussi leur apanage.

Notons que ces deux titres sont, comme chez "CARRE", respectivement premier et deuxième dans le DRC de 1996.

Le "diabète sucré" arrive en 3^{ème} position (10^{ème} dans le DRC de 1996), rien d'étonnant à la Réunion, tout comme "l'asthme", 6^{ème} (30^{ème} dans le DRC de 1996). Ces deux pathologies étant en effet très présentes à la Réunion (voir parties IV-8 et IV-5).

Les "dorsalgies" et les "lombalgies" sont assez fréquentes, ce qui ne nous surprend pas, puisque le Docteur CARRE, par sa formation, procède à des manipulations. Toutefois, il y a peu de différence avec le DRC de 1996. "Le mal de dos" n'épargne personne !

Le Docteur CARRE n'envoyant pas systématiquement les problèmes gynécologiques chez les spécialistes, nous retrouvons dans ce tableau les titres suivants : "contraception", "grossesse" et "ménopause", mieux classés que dans le DRC de 1996. L'important taux de natalité à la Réunion n'y est pas étranger !

Les "procédures administratives", en grande partie des certificats médicaux pour licences sportives et les "entorses" font partie de l'activité quotidienne du Docteur CARRE, titulaire d'un CES de médecine du sport. De plus, la Réunion est une île "sportive" par excellence.

L'association "humeur dépressive" et "anxiété-angoisse" confirme la présence, comme en Métropole, d'un certain mal être de la population (voir partie IV-4).

L'"alcoolisme" et l'une de ses conséquences, "névralgie-névrite", se retrouvent de façon plus fréquente sur l'île qu'en Métropole. Faut-il rappeler le fléau qu'est l'alcool à la Réunion (voir partie IV-11) ?

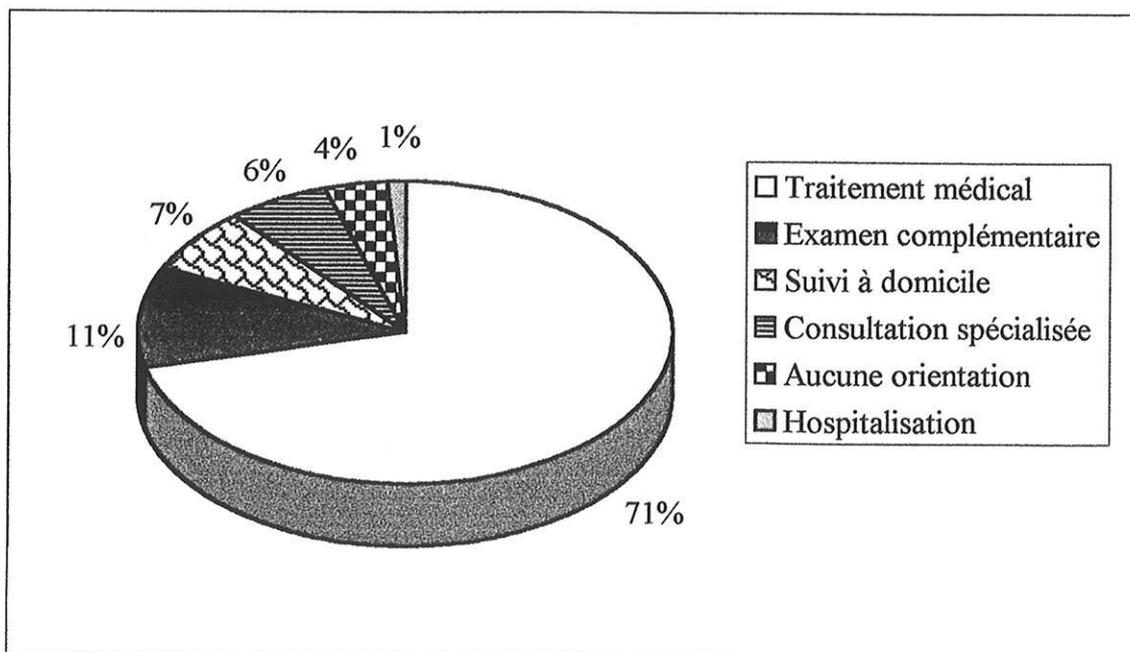
Signalons aussi la présence des "cancers", qui quoique responsables d'un taux de mortalité moins important qu'en Métropole, demeurent la 2^{ème} cause de mortalité sur l'île (voir partie IV-3).

Parmi les quatre titres suivants : "toux", "angine", "bronchite chronique" et "examen systématique", les trois premiers se retrouvent également en bonne position dans le DRC de 1996. Le 4^{ème} ne fait pas partie des titres de la SFMG.

Parmi ces vingt titres de résultat de consultation, huit font également partie des vingt premiers titres du DRC de 1996, huit sont moins bien classés dans ce dictionnaire et quatre ne sont pas pris en compte par la SFMG (pas de comparaison possible).

→ L'orientation décidée

Dans 71 % des cas, le Docteur CARRE administre à son patient un traitement médical. Un examen complémentaire est prescrit pour 11 % des patients. 7% des consultants devront suivre un traitement à domicile. 6 % seront dirigés vers un confrère spécialiste. 1 % fera l'objet d'une hospitalisation. Enfin, il faut noter que dans 4 % des cas, aucune orientation n'aura été apportée.



Graphique n° 12 : Répartition des orientations décidées chez "CARRE".

→ Les avis spécialisés et les hospitalisations

Le tableau suivant donne le classement des avis spécialisés et des hospitalisations par nombre lors de l'étude "CARRE".

CARDIOLOGUE	26
HOPITAL GENERAL	14
CHIRURGIEN VISCERAL	10
GASTRO-ENTEROLOGUE	9
OPHTALMOLOGISTE	8
NEPHROLOGUE	6
PSYCHIATRE	5
DERMATOLOGUE	5
ORTHOPEDISTE	5
NEUROLOGUE	4
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE	3
HOPITAL PSYCHIATRIQUE	2
GYNECOLOGUE	2
UROLOGUE	1
DENTISTE	1
HEMATOLOGUE	1
PHLEBOLOGUE	1
RHUMATOLOGUE	1
PROTHESISTE	1
TOTAL	94

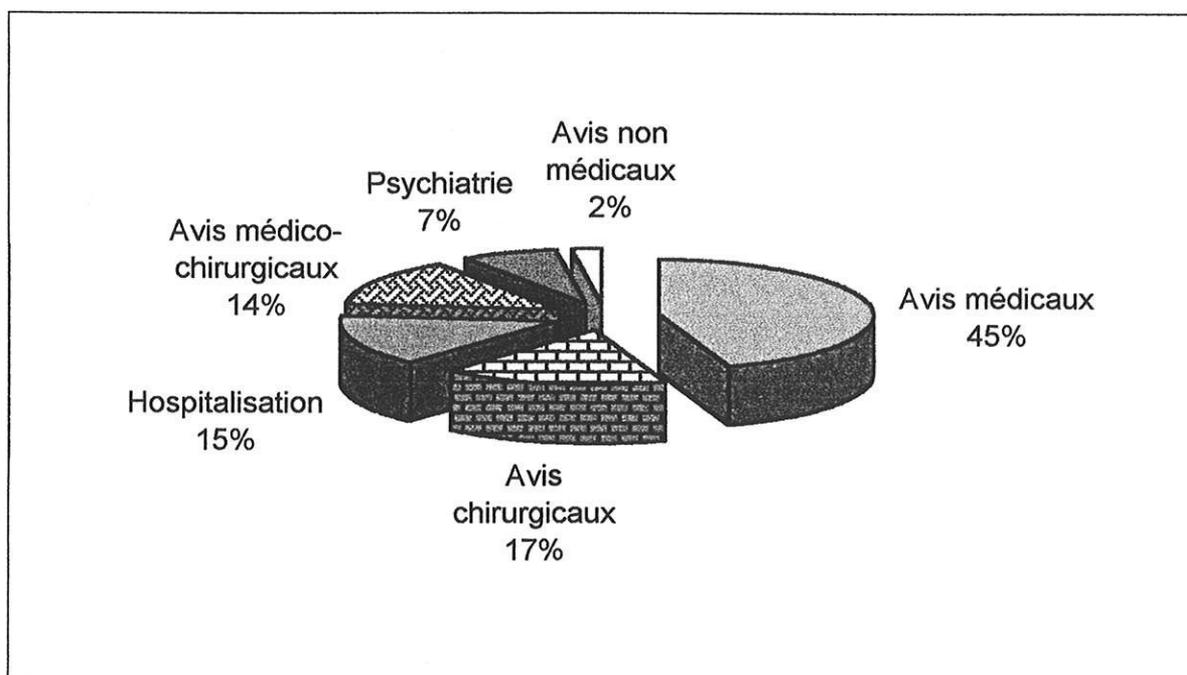
Tableau n° 30 : Classement des avis spécialisés et des hospitalisations chez "CARRE".

94 actes ont donné lieu à un avis spécialisé ou à une hospitalisation, soit 7 % de la totalité des actes.

Nous retrouvons un nombre d'avis ophtalmologiques relativement importants, principalement dûs aux demandes de fond d'œil dans le cadre de la surveillance des diabétiques. Il en est de même pour les avis néphrologiques.

En procédant par regroupement suivant l'orientation, nous remarquons que :

- les avis médicaux dominent avec 42 cas, soit 44,68 % des avis. Parmi eux, il y a une proportion pour la cardiologie (15 cas, soit 35,71 % des avis médicaux), laissant sous-entendre un besoin médico-technique (échographie cardiaque, endoscopie,...),
- les avis chirurgicaux (viscéral, ortho, uro) représentent 17,02 % des avis (16 cas),
- l'hospitalisation de première intention, 14,89 % des avis (14 cas),
- les avis médicaux chirurgicaux (ophtalmo, ORL, gynéco) représentent 13,83 % des avis (13 cas),
- puis vient la psychiatrie (consultation et hospitalisation) avec 7,45 % des avis (7 cas) et les avis non médicaux (dentiste, prothésiste) avec 2,13 % des avis (2 cas).



Graphique n° 13 : Répartition des recours spécialisés par regroupement chez "CARRE".

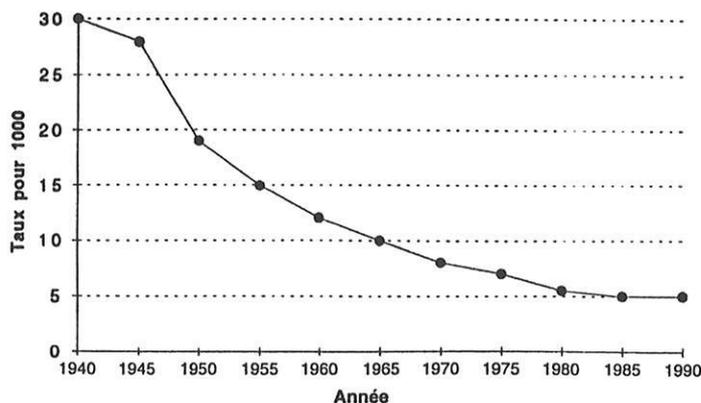
IV-MORTALITE A LA REUNION

IV-1-GENERALITES (5, 37)

IV-1-1-Evolution

La mortalité a connu une forte diminution au cours des 30 années qui ont suivi la départementalisation (1946). Conséquence essentielle de l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène, le taux brut de mortalité s'effondre. De l'ordre de 30 pour mille au lendemain de la seconde guerre mondiale, il est passé à 18 pour mille dans les années 50 et à moins de 6 pour mille depuis 1982 (5,5 pour mille en 1998). Il devient inférieur au taux métropolitain dès le milieu des années 60. L'essentiel de la baisse se déroule en fait sur une période inférieure à 20 ans. Cette spectaculaire diminution est à la fois la conséquence de l'amélioration des conditions de santé et du rajeunissement de la population réunionnaise. Cet effort sans précédent du secteur sanitaire est d'autant plus important que les taux restent élevés dans les pays de la zone Sud-Ouest de l'océan Indien : 7 ‰ à Maurice, 11 ‰ à Madagascar, 7 ‰ aux Seychelles, 11 ‰ aux Comores et 5,6 ‰ à Mayotte.

Cependant, depuis 1994, le taux amorce une légère hausse au dessus de 5 ‰, liée à l'augmentation du nombre des décès (début du vieillissement de la population) et à une bascule totale des causes de décès, disparition des décès de nature infectieuse, mais émergence des maladies de civilisation, maladies cardiovasculaires, tumeurs, accidents.



Graphique n° 14 : Evolution du taux brut de mortalité à la Réunion.

La baisse de la mortalité provient en grande partie de la baisse de la mortalité infantile, qui a été extrêmement spectaculaire (164,4 ‰ en 1951 à 5,7 ‰ en 1997). Le taux de mortalité infantile à la Réunion est maintenant très proche de celui de la Métropole. Cependant, on peut distinguer la mortalité périnatale qui regroupe la mortinatalité (mort-nés) et la mortalité néonatale précoce (moins d'une semaine de vie), de la mortalité néonatale regroupant la mortalité néonatale tardive (décès de une semaine à un mois) et la mortalité post néonatale (décès de un mois à un an). Cette dernière est pratiquement au même niveau qu'en Métropole.

La mortalité périnatale, quoiqu'ayant bien baissé, est encore supérieure à celle observée en Métropole. Ces décès dits endogènes, liés à une moins bonne prise en charge de la grossesse, semblent plus difficiles à prévenir et particulièrement la mortinatalité reste à un niveau élevé. Ce ralentissement de la baisse de la mortalité infantile est un des facteurs qui joue sur "l'essoufflement" que connaît l'augmentation de l'espérance de vie à la Réunion.

L'espérance de vie, indicateur tout à fait indépendant des effets de structure d'âge, situe l'importance des progrès accomplis : en 1954, on espérait vivre 50 ans seulement pour les hommes à la Réunion, 53 ans pour les femmes, soit presque quinze ans de moins qu'en Métropole (le Réunionnais avait alors la même espérance de vie que le Métropolitain en 1900 !).

En 1998, l'espérance de vie est de 74,4 ans à la Réunion, soit seulement quatre ans de moins qu'en Métropole (78,4 ans). Cependant, ces dernières années, sa progression s'est ralentie. Ce sont les hommes qui dans un premier temps ont été davantage touchés que les femmes par ce ralentissement. Aujourd'hui, ce phénomène touche les femmes également. Ainsi, l'écart observé entre la Réunion et la Métropole qui avait chuté spectaculairement après les années 50 ne se réduit plus aujourd'hui, et sur les six dernières années, l'espérance de vie n'a progressé que de 0,16 an chaque année, ce qui est légèrement inférieur à l'accroissement annuel métropolitain (0,2).

On estimait en 1990, qu'il faudrait environ quinze ans pour rattraper la Métropole ; si les tendances actuelles subsistent, cette durée risque de beaucoup s'allonger.

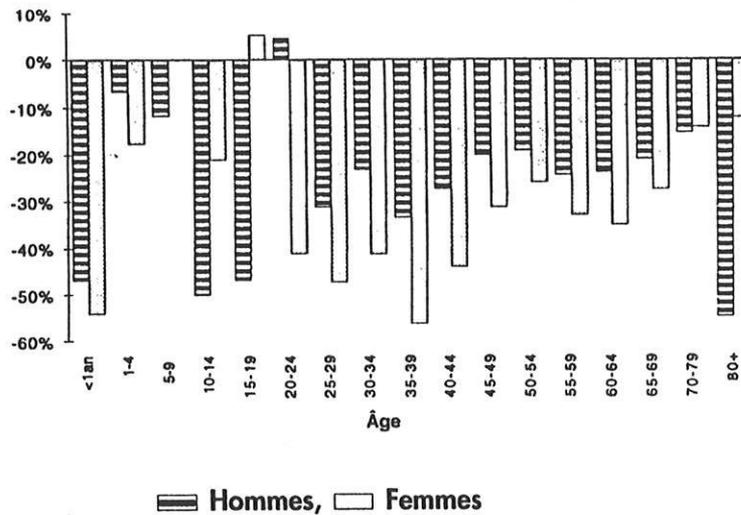
La mortalité infantile ayant atteint son point minimum, les gains en espérance de vie ne peuvent plus porter que sur l'augmentation de l'espérance de vie des plus âgés.

A contrario, les progrès accumulés dans la petite enfance ne suffisent pas à compenser la surmortalité masculine exagérée, de 8,3 ans en 1998 (7,6 ans en Métropole où elle est

considérée comme particulièrement élevée, liée essentiellement à des décès nombreux d'hommes aux âges adultes, occasionnés en particulier par l'abus d'alcool.

Parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, on observe bien une diminution sensible des taux de mortalité à chaque âge et pour les deux sexes entre 1982 et 1990.

A noter néanmoins que les jeunes femmes de 15 à 19 ans et les jeunes hommes de 20 à 24 ans font exception, et que, ces dernières années, les risques de décès des jeunes adultes se sont en fait accrus ; l'explication se trouve dans l'émergence de nouvelles formes de mort, décès par accidents et suicides en particulier.

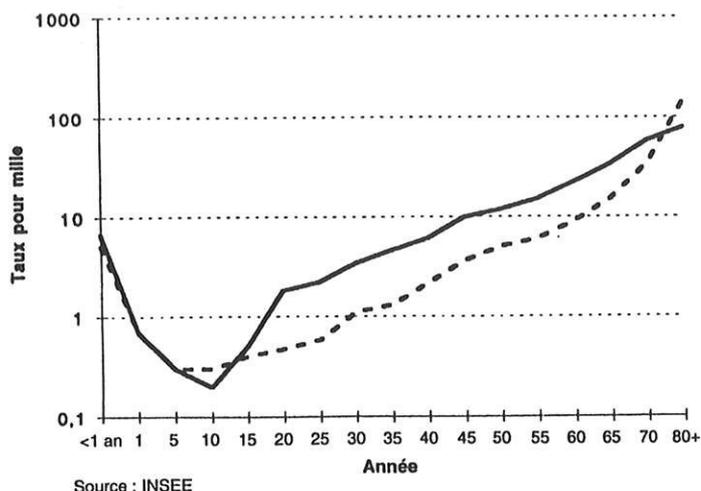


Graphique n° 15 : Evolution des taux de mortalité selon l'âge et le sexe entre 1982 et 1990 (base = 1982).

IV-1-2-Situation actuelle

La Réunion conserve un niveau de mortalité parmi les plus élevés de l'ensemble des départements français, bien que les progrès accomplis y aient été impressionnants et que la mortalité infantile rejoigne les taux les plus faibles. L'espérance de vie à la naissance est encore inférieure à la moyenne nationale, la surmortalité masculine particulièrement élevée.

Les taux de mortalité par âge croissent régulièrement à partir de 30 ans, les taux masculins étant systématiquement supérieurs aux taux féminins dès l'âge de 15 ans et jusqu'à 80 ans. A la naissance, les taux sont encore élevés, puis ils diminuent pour être réduits au minimum à 10-14 ans.



— Hommes, - - - Femmes

Graphique n° 16 : Taux de mortalité par sexe et âge à la Réunion en 1990.

Cette surmortalité masculine s'accroissait autrefois avec l'âge et touchait surtout les hommes d'une soixantaine d'années, mais elle s'est étendue maintenant aux plus jeunes et se traduit par des risques de mortalité deux fois plus élevés pour les hommes que pour les femmes à peu près uniformément entre 15 et 60 ans. Notons tout de même deux pics de surmortalité masculine, l'un vers 15-25 ans et l'autre vers 50-59 ans, correspondant à l'accentuation de certaines causes de décès (accidents de la circulation, cancers dûs à l'abus de tabac et d'alcool, maladies cardiovasculaires).

Les décès masculins sont nettement plus précoces : 60 % des hommes meurent avant leur 65^{ème} année, contre seulement 34 % des femmes ; entre 65 et 74 ans, les décès restent essentiellement masculins ; ce n'est qu'à partir de 75 ans que la fréquence des décès est plus élevée chez les femmes.

La Réunion semble suivre avec retard le mouvement, constaté en Métropole, de ralentissement de la surmortalité masculine. Ceci va de pair avec une baisse de la consommation d'alcool, une meilleure prévention mais une accentuation des risques pris par les femmes liés à une égalisation des comportements (consommation de tabac et d'alcool en particulier).

La baisse de la surmortalité masculine est surtout marquée avant l'âge de 15 ans où les risques féminins équivalent les risques masculins.

Une analyse de la mortalité par région effectuée en 1997 montre une mortalité plus importante dans la région Est de l'île, en relation avec un moindre degré de développement de cette région mais par ailleurs une structure par âge plus jeune. Le Nord et l'Ouest sont les deux régions les plus favorisées. Les taux bruts de mortalité sont les suivants : 4,7 ‰ pour le Nord, 6,6 ‰ pour le Sud, 7,1 ‰ pour l'Est et 4,5 ‰ pour l'Ouest.

IV-1-3-Comparaison avec la Métropole

Le taux brut de mortalité n'est que de 5,5 ‰ à la Réunion, le plaçant sensiblement en dessous du taux métropolitain (9,2 ‰).

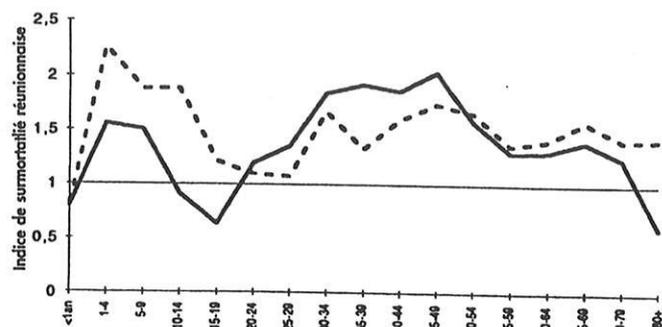
Mais ce taux, fortement influencé par la structure d'âge des deux populations, est impropre à toute comparaison. Pour pallier cet effet de structure d'âge, le taux comparatif de mortalité fournit une estimation globale de la surmortalité.

Ce taux comparatif est, à la Réunion, supérieur à ce qu'il est en Métropole. Cette surmortalité réunionnaise est également importante par sexe.

Ce département d'outre-mer conserve une espérance de vie plus faible que la Métropole. En 1990, la Réunion se situe toujours en deçà de la moyenne nationale : à la naissance, on trouve 3 ans de moins d'espérance de vie ; à 35 ans, la différence est encore de 2,8 ans ; à 60 ans, l'écart tombe à 1,6 an.

A la naissance et à 35 ans, la différence d'espérance de vie entre hommes et femmes est plus importante à la Réunion qu'en Métropole. La différence entre les sexes s'égalise à 60 ans.

Hommes et femmes ont en 1990 des probabilités de décéder plus élevées à la Réunion qu'en Métropole, à tous les âges de la vie excepté pour les jeunes hommes de 10-19 ans qui meurent moins à la Réunion (incidence moins forte des accidents de la circulation).



Source INSEE, Economie de la Réunion n° 55, Annuaire statistique 1991

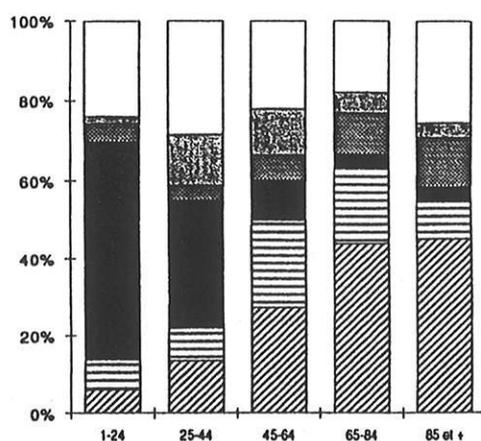
— Hommes, - - - Femmes, — base : métropole

Graphique n° 17 : Mortalité à la Réunion par rapport à la Métropole selon le sexe et l'âge en 1990.

IV-1-4-Les principales causes de décès

Si le bas niveau du taux brut de mortalité s'explique par la structure d'âge encore très jeune à la Réunion, l'espérance de vie plus faible que celle de la Métropole ainsi que l'importante surmortalité masculine s'explique par des pathologies particulières.

L'analyse des causes de décès a montré le rôle joué traditionnellement par l'alcool et le tabac : ainsi, on peut citer les accidents et autres morts violentes vers 20 ans, les cancers, cirrhoses et maladies du cœur vers 50 ans, qui pourraient être responsables d'évolution récente en deux pôles de surmortalité.



□ Autres causes, ■ Maladies de l'appareil digestif, ■ Maladies de l'appareil respiratoire, ■ Traumatismes, ■ Tumeurs, ■ Maladies de l'appareil circulatoire

Graphique n° 18 : Répartition des causes de décès selon l'âge à la Réunion (de 1988 à 1992).

Rappel d'une définition :

Années Potentielles de Vie perdues (APVP) : nombre d'années non vécues par les sujets morts prématurément. L'âge de référence choisi pour définir un décès comme prématuré est l'espérance de vie à la naissance, différencié selon le sexe et la zone concernée.

Pour illustrer ces constatations, nous examinons le poids des années potentielles de vie perdues (APVP) dans l'espérance de vie.

Chaque sexe est étudié séparément :

- chez les hommes, les pourcentages d'APVP pour les tumeurs sont presque deux fois moins importants à la Réunion qu'au niveau national. Par contre, le poids des maladies de l'appareil circulatoire et celui des causes extérieures y est plus important.

	Tumeurs		Maladies de l'appareil circulatoire		Causes extérieures traumatismes, empoisonnements	
	APVP	% *	APVP	% *	APVP	% *
Réunion	7631	12.3	7649	12.3	23390	37.6
France entière	-	23.0	-	10.8	-	36.6

* Pourcentage d'APVP dues à une cause par rapport au total des APVP toutes causes

Tableau n° 31 : Années potentielles de vie perdues chez les hommes selon la cause.

- chez les femmes, les pourcentages d'APVP pour les tumeurs sont presque deux fois moins élevés que pour la France entière. On retrouve moins d'APVP par causes extérieures mais par contre un poids près de deux fois supérieur à ce qui est enregistré au niveau national en ce qui concerne les maladies de l'appareil circulatoire.

	Tumeurs		Maladies de l'appareil circulatoire		Causes extérieures traumatismes, empoisonnements	
	APVP	% *	APVP	% *	APVP	% *
Réunion	4494	18.9	4129	17.4	5516	23.2
France entière	-	33.1	-	9.4	-	28.2

* Pourcentage d'APVP dues à une cause par rapport au total des APVP toutes causes

Tableau n° 32 : Années potentielles de vie perdues chez les femmes selon la cause.

Le classement en fonction de la fréquence relative des causes de décès place en tête à la Réunion comme en Métropole les maladies de l'appareil circulatoire (32,7 %). De la même façon, les tumeurs malignes arrivent aujourd'hui en seconde position (18,8 %) avec un accroissement net ces dernières années. Mais on est encore loin de la part des décès qu'elles représentent en Métropole (27,6 %).

L'alcoolisme reste une cause de décès préoccupante à la Réunion où il représente 4 % des décès, soit six fois plus qu'en Métropole. Les suicides et les accidents de la circulation restent également trop répandus. Les suicides concernent surtout les hommes jeunes

(4 hommes pour 1 femme) et à l'inverse de la Métropole, les taux diminuent à partir de 45 ans. Les communes rurales et du Sud semblent plus touchées que l'ensemble des communes urbaines qui sont davantage protégées. On observe cependant, une baisse relative du nombre de suicides depuis 1993.

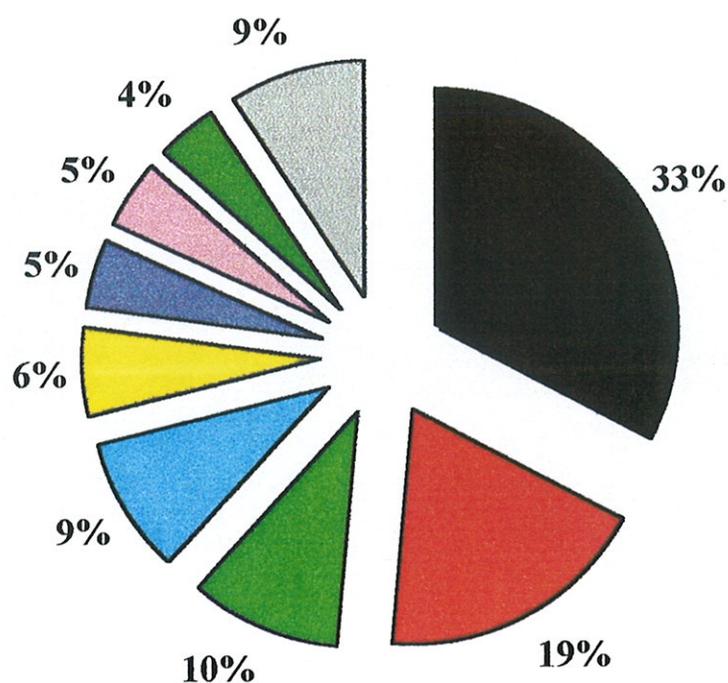
La seule pathologie (avec le SIDA) qui tue moins ici qu'en Métropole concerne le cancer, tous âges confondus.

Les maladies de l'appareil circulatoire apparaissent ici beaucoup plus tôt. Dès 25-34 ans pour les hommes, elles tuent trois fois plus qu'en Métropole.

Causes principales de décès	La Réunion				Mé- tro- -pole	Taux (*) standardisés	
	1990	1995	1996	% 1996	% 1996	Réu- -nion	Mé- tro- -pole
Maladies infectieuses et parasitaires dont SIDA	73 11	83 22	86 16	2,4 % 0,4 %	2,0 % 0,7 %	21,9 1,6	17,0 4,9
Tumeurs	519	659	673	18,8 %	27,6 %	193,5	251,7
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme, troubles immunitaires	134	141	170	4,7 %	3,1 %	56,5	23,0
Troubles mentaux (sans alcoolisme)	27	33	33	0,9 %	2,0 %	10,8	17,3
Alcoolisme	126	138	122	3,4 %	0,5 %	30,4	4,9
Maladies du système nerveux et des organes des sens	127	84	104	2,9 %	2,4 %	30,4	19,5
Maladies de l'appareil circulatoire	1 032	1 107	1 173	32,7 %	32,3 %	455,4	311,5
Maladies de l'appareil respiratoire	268	308	333	9,3 %	7,9 %	112,3	63,9
Maladies de l'appareil digestif	255	208	219	6,1 %	4,9 %	73,7	48,0
Maladies des organes génito-urinaires	43	58	58	1,6 %	1,4 %	19,6	12,7
Affections d'origine périnatale	29	39	40	1,2 %	0,3 %	3,0	2,4
Autres maladies	52	65	37	1,0 %	1,3 %	16,0	15,9
Accidents de la circulation	98	97	83	2,3 %	1,5 %	19,6	17,3
Suicides	101	106	92	2,6 %	2,1 %	21,2	20,4
Autres accidents et morts violentes	166	206	189	5,3 %	4,6 %	47,9	46,1
Symptômes, signes et états morbides mal définis (cause inconnue ou non déclarée, sénilité sans psychose, mort subite de cause inconnue)	124	156	173	4,8 %	6,1 %	69,4	56,0
ENSEMBLE	3174	3488	3585	100 %	100 %	1 181,6	927,6

(*) taux comparatifs pour 100 000 habitants, années 1988 à 1996

Tableau n° 33 : Répartition des principales causes de décès.



- Maladies de l'appareil circulatoire
- Tumeurs
- Causes extérieures de traumatismes (suicides, accidents et morts violentes, accidents de la route)
- Maladies de l'appareil respiratoire
- Maladies de l'appareil digestif
- Symptômes, signes et états morbides mal définis
- Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme et troubles immunitaires
- Troubles mentaux (dont alcoolisme)
- Ensemble des autres causes

Graphique n° 19 : Répartition des principales causes de décès à la Réunion en 1996.

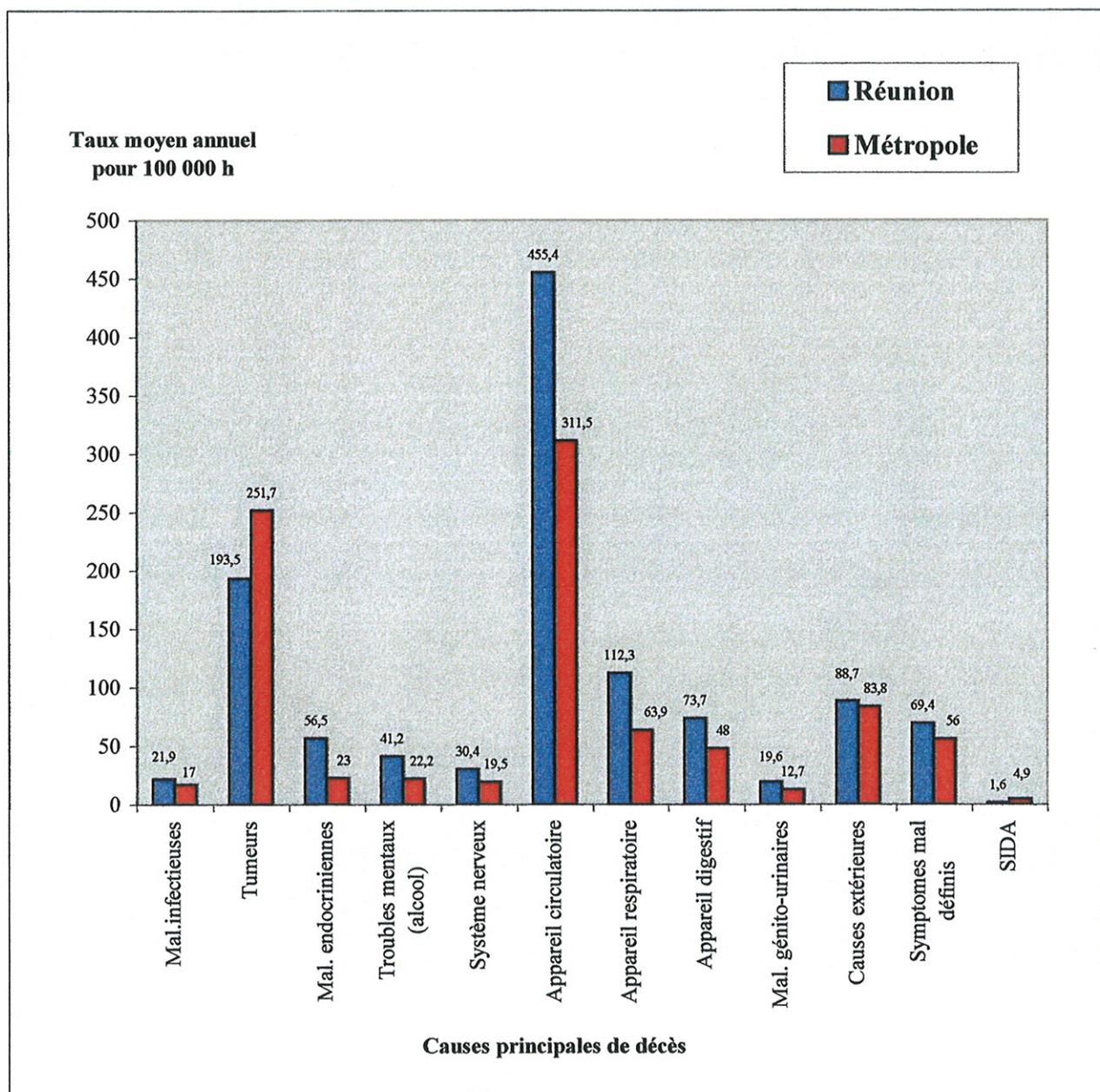
Une étude des taux comparatifs (standardisés par âge) qui élimine l'effet de la structure d'âge différente entre les populations, permet d'affiner cette analyse.

C'est ainsi qu'on constate une mortalité supérieure à la Réunion en ce qui concerne :

- les maladies endocriniennes (on meurt plus de 2 fois plus),

- les maladies cardiovasculaires (+ 50 %),
- les maladies de l'appareil respiratoire (2 fois plus),
- les maladies infectieuses (+ 30 %),
- les maladies de l'appareil digestif (+ 50 %) dont la cirrhose alcoolique,
- les maladies mentales (2 fois plus) dont la psychose alcoolique.

Seuls les cancers et le SIDA font moins de victimes à la Réunion.

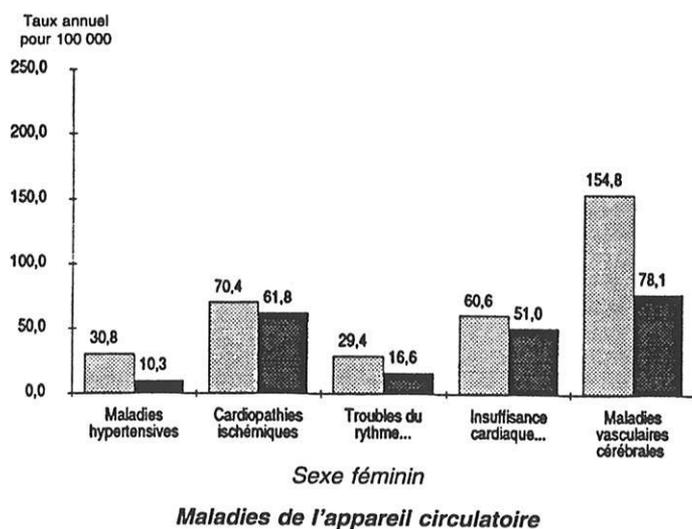
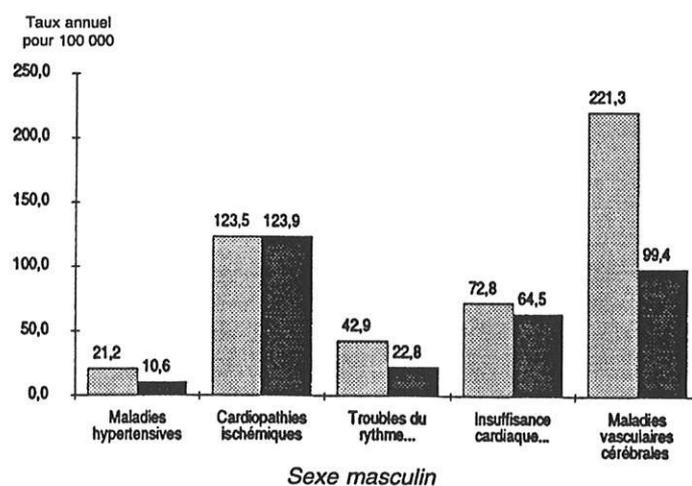


Graphique n° 20 : Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1996).

IV-2-LES PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES

(11, 16, 22, 25, 48, 49)

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de mortalité en France métropolitaine et à la Réunion. Elles représentent à la Réunion une cause d'APVP plus importante qu'en France métropolitaine pour les hommes et les femmes de 1 à 64 ans (voir graphique n° 20). La mortalité cardiovasculaire a augmenté par rapport aux années 1988-92. L'indice global de surmortalité masculine est de 1,5. Ces décès sont plus nombreux chez les femmes.



■ Réunion, ■ métropole

Graphique n° 21 : Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1992) des maladies de l'appareil circulatoire.

IV-2-1-Les cardiopathies ischémiques

Elles résultent de l'atteinte athéromateuse des artères coronaires et sont fortement liées à l'hérédité, aux troubles du métabolisme des lipides, au diabète, au tabagisme, au sexe masculin, au vieillissement et à l'hypertension artérielle (HTA).

Pour la période 1988-1992, la mortalité par cardiopathie ischémique à la Réunion est identique à celle de la Métropole pour les deux sexes, nettement supérieure à celle des Antilles et de la Guyane.

Pour les hommes, cette mortalité est supérieure jusqu'à la tranche d'âge 65-74 ans inclus ; pour les femmes, jusqu'à la tranche d'âge 75-84 ans inclus.

Au delà de ces tranches d'âge, la mortalité par cardiopathie ischémique est inférieure à la Réunion probablement parce que les coronariens ont disparu ; en effet, l'âge moyen de l'infarctus est nettement inférieur à la Réunion (57 ans pour les hommes réunionnais contre 64 ans en Métropole, 66 ans pour les femmes réunionnaises contre 76 ans pour les métropolitaines).

La mortalité hospitalière au stade aigu de l'infarctus est la même à la Réunion et en Métropole (environ 14 %) mais concerne à la Réunion, des patients beaucoup plus jeunes ; ainsi comparée par tranches d'âge, la mortalité au stade aigu de l'infarctus est probablement supérieure à la Réunion.

La mortalité par cardiopathie ischémique chez les hommes augmente en 1992-1994 par rapport à 1988-1992.

Il existe une surmortalité masculine (indice global de surmortalité masculine : 1,8).

IV-2-2-Les accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont fortement liés à l'HTA non traitée. La mortalité par AVC à la Réunion est deux fois supérieure à celle de la Métropole et se situe entre celle de la Guyane (supérieure) et celle de la Guadeloupe (inférieure). La mortalité par AVC est un indicateur (retardé) du développement socio-économique et a baissé de façon très importante dans tous les pays développés depuis la deuxième guerre mondiale. (11)

L'évolution à la Réunion de la mortalité par AVC est celle d'une baisse statistiquement significative entre 1981 et 1987 et d'une baisse non significative entre 1988 et 1995.

Il existe une surmortalité masculine (indice global de surmortalité masculine : 1,4).

IV-2-3-Les facteurs de risques (FDR) cardiovasculaires

a) HTA (11)

Selon l'étude réalisée par le Conseil Général de la Réunion en 1991 chez des adultes, la prévalence standardisée de l'HTA est de 22 % (24,6 % chez les femmes ; 18,9 % chez les hommes).

A Paris, la prévalence de l'HTA est de 14 % et à Lyon elle est de 9 %.

L'étude réalisée par le Rectorat de la Réunion en 1989 concerne une population plus privilégiée que celle du Conseil Général. On retrouvait une fréquence de 13 % chez les sujets métropolitains et de 14 % chez les sujets nés à la Réunion avec chez ces derniers, un accroissement significatif des chiffres de pression artérielle pour les personnes au niveau de formation le plus faible.

Dans l'étude portant sur le cirque de Mafate, la prévalence standardisée de l'HTA était de 16 % soit 10,3 % pour les hommes et 18,7 % pour les femmes.

L'étude ESTEV faite en médecine du travail trouve une HTA 1,5 fois plus fréquente à la Réunion qu'en Métropole et de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes, avec un gradient socioprofessionnel net.

Au total, la population réunionnaise paraît sur-exposée à l'HTA par rapport à la population métropolitaine, et surtout les franges défavorisées.

b) Obésité

D'après l'étude du Conseil Général, 55 à 62 % des femmes et 16 à 30 % des hommes présentent un surpoids selon le seuil choisi pour définir le surpoids.

c) Diabète

Dans la population de plus de 18 ans, la prévalence est de 7,4 % soit 5,7 % pour les hommes et 9,1 % pour les femmes. Dans la tranche 30-64 ans, le chiffre est de 9,7 %. Cette prévalence est identique à celle de l'île Maurice, très supérieure à celle de la Métropole (2 à 3 %).

L'évolution provoquerait une augmentation de la fréquence du diabète.

Ce dernier semble lié à l'existence d'un surpoids, d'une hypercholestérolémie, d'une HTA et d'une inactivité physique.

L'existence du diabète est fortement liée au mode de vie comme c'est le cas en Tanzanie chez les Bantous urbanisés (11,7 % de diabète chez les hommes et 15,8 % chez les femmes) comparés aux Bantous ruraux (0,8 %).

L'existence d'un facteur ethnique et/ou culturel est marquée à l'île Maurice où la prévalence est supérieure chez les indiens (15 %) par rapport aux Chinois et aux Créoles (10 %).

Nous reparlerons du diabète dans la partie IV-8.

d) Tabagisme

La consommation régulière de tabac (au moins une cigarette par jour) est moins importante dans les DOM qu'en Métropole malgré des prix attractifs (2/3 inférieurs à ceux pratiqués en Métropole).

A la Réunion, la prévalence du tabagisme est à peu près équivalente à celle observée en Métropole. La différence se situe plus dans le mode de consommation : on trouve à la Réunion beaucoup plus de fumeurs occasionnels et beaucoup moins de fumeurs quotidiens (17). L'âge moyen de début de consommation régulière est de 14,8 ans, chiffre comparable à celui de Métropole (15 ans). La découverte du tabac se situe en moyenne autour de 13,6 ans (13,5 ans en Métropole).

e) Place des facteurs de risque chez les patients présentant un infarctus du myocarde (IDM) à la Réunion

Le rôle de l'HTA et du diabète dans la survenue des cardiopathies ischémiques s'exprime clairement dans le tableau suivant comparant les facteurs de risque (FDR) chez les patients atteints d'infarctus à la Réunion et en Métropole.

Facteurs de risque	Réunion			Métropole	
	CHGM St Paul 1993-1997	Réunion 1993	Réunion 1997-1998	Brest 1992-1993	Marseille 1985-1990
Tabac	48 %	48 %	50 %	38 %	63 %
HTA	55 %	58 %	43 %	44 %	34 %
Diabète	33 %	38,5 %	33 %	11 %	16 %
Dyslipidémie	46 %	32,5 %	/	/	24 %
Hommes	/	/	49 %	/	/
Femmes	/	/	45 %	/	/

Tableau n° 34 : Les facteurs de risque dans les infarctus du myocarde à la Réunion et en Métropole.

Cette fréquence de l'HTA et du diabète est particulièrement avérée chez les femmes réunionnaises de moins de 70 ans, comme le montre le tableau suivant concernant les patients de l'hôpital de St Paul ayant présenté un infarctus du myocarde entre 1993 et 1997.

Facteurs de risque	2 sexes	Femmes			Hommes		
		Toutes	≤ 70 ans	> 70 ans	Tous	≤ 60 ans	> 60 ans
Tabac	48 %	6,4 %	7,3 %	4,7 %	76,2 %	80 %	69,4 %
HTA	55 %	75,8 %	73,8 %	80 %	44,5 %	38,6 %	50,9 %
Diabète	33 %	59,6 %	65,8 %	50 %	19 %	22,8 %	15,1 %
Dyslipidémie	46 %	51,8 %	63 %	33,3 %	43 %	47 %	40,8 %
Obésité	33 %	54,2 %	/	/	23 %	/	/

Tableau n° 35 : Les facteurs de risque dans les infarctus du myocarde au Centre Hospitalier de St-Paul.

Il ressort également de l'étude, la prédominance du tabagisme chez les hommes. La forte incidence de l'HTA et du diabète est également tenue responsable du nombre important d'entrées en dialyse rénale, qui proportionnellement, est à la Réunion deux fois supérieur à celui de la Métropole.

IV-2-4-Transition épidémiologique (36)

L'île de la Réunion a connu en moins de 50 ans une "transition épidémiologique" et une "transition démographique" que les Etats Européens ont vécues en 150 à 200 ans.

Il n'y a encore qu'une quinzaine d'années, le département de la Réunion était encore très sous-médicalisé par rapport à la France métropolitaine.

Cette évolution rapide s'est déroulée en moins d'une génération, ce qui explique qu'aujourd'hui dans la population réunionnaise s'imbriquent des profils historico-économiques de maladie correspondants aux différents stades de l'évolution des pathologies, avec une modification permanente de leur proportion.

En pathologie cardiovasculaire, le schéma suivant peut être proposé :

→ Pathologies des pays en développement :

* le bériberi cardiaque, qui semble avoir quasiment disparu entre 1990 et 1995, probablement en relation avec la mise en place du RMI et la diversification de l'alimentation.

* le rhumatisme articulaire aigu, également quasiment inexistant depuis une dizaine d'années, mais ayant laissé de nombreux patients avec une valvulopathie, pour lesquels la chirurgie cardiaque (au CHD de St Denis depuis 1992) peut permettre une espérance de vie proche de la normale.

* les HTA très sévères non ou sous traitées, à l'origine d'insuffisance cardiaque, d'AVC et d'insuffisance rénale. Les thérapeutiques actuelles dont la dialyse rénale, permettent d'allonger très nettement la vie de ces patients, à la pathologie très lourde, cumulant toutes les complications de l'HTA.

→ Pathologies des pays développés :

* les HTA modérées traitées, l'obésité, les dyslipidémies, le tabagisme, le diabète, la sédentarité responsables du développement des cardiopathies ischémiques.

→ Pathologies dites "émergentes", propres aux régions ou aux groupes qui sont passés rapidement (en une génération) de la privation à l'abondance alimentaire :

* l'association obésité-diabète gras-HTA-dyslipidémie (syndrome multimétabolique), cause de cardiopathies ischémiques, d'insuffisance rénale et d'artérite.

* le tabagisme favorisé par une politique commerciale agressive des fabricants (chute du prix des cigarettes à 10 F le paquet en 1998 à la Réunion).

En pratique cardiologique, cette catégorie semble caractérisée par une atteinte diffuse et distale des artères coronaires lorsque la maladie coronarienne survient.

→ Ainsi à la Réunion, on constate :

- une incidence des AVC voisine de celle des pays en voie de développement,
- une incidence des cardiopathies ischémiques au moins égale à celle de la Métropole, relevant d'une part de la coronaropathie des pays développés et d'autre part des troubles métaboliques de la catégorie émergente.

On suppose également qu'existe une prédisposition ethnique en particulier à l'HTA chez les sujets noirs d'origine africaine (comme aux USA) et à la coronaropathie chez les sujets d'origine indienne. Enfin, dans certains groupes, la consanguinité peut augmenter le risque héréditaire.

IV-2-5-Conclusion

La prise en compte du phénomène de transition épidémiologique, du vieillissement débutant de la population et de l'incidence croissante des maladies cardiovasculaires indique que l'augmentation de la pathologie cardiovasculaire (particulièrement ischémique) ne fait que débiter. Ces différents profils de pathologies peuvent se cumuler au sein de la population et également au sein des individus, d'autant que leur durée de vie s'allonge.

La mortalité par maladies cardiovasculaires, 1^{ère} cause de mortalité à la Réunion, est globalement plus importante qu'en Métropole, aussi bien en ce qui concerne les cardiopathies ischémiques que les accidents vasculaires cérébraux. La population réunionnaise est également plus touchée par l'hypertension artérielle et le diabète.

Il existe une surmortalité masculine.

La pathologie cardiovasculaire est plus grave à la Réunion car la mortalité au stade aigu de l'infarctus est plus élevée à la Réunion à âge égal : les docteurs François AMIEL et Bertrand PETIT, cardiologues au CHGM de St-Paul estiment que l'importante croissance d'activité de tous les services de cardiologie de l'île (nombre d'actes, durée de séjour) ne permet pas une prise en charge optimale des patients en particulier en terme d'éducation pour la prévention secondaire.

Ils soulignent l'importance des moyens de prévention malheureusement encore insuffisants à la Réunion, comme en Métropole. L'île est encore sous-équipée (en moyens curatifs) pour faire face à la population actuelle et surtout future.

Le rapprochement des services de diabétologie et maladies du métabolisme et des services de cardiologie leur paraît essentiel, tout comme l'information diététique de la population, la lutte contre le tabagisme, l'éducation des patients diabétiques et des infirmières et l'action des diététiciennes.

Il leur semble bon de ne pas s'intéresser uniquement à la mortalité, mais de remonter en amont en surveillant d'une part la morbidité cardiovasculaire et d'autre part, les facteurs de risques cardiovasculaires.

Tout comme pour le cancer à la Réunion, ils estiment que des registres sur l'infarctus ou sur les AVC seraient intéressants.

Enfin, ils remarquent que la dernière enquête d'épidémiologie descriptive des facteurs de risques cardiovasculaires, effectuée par le Conseil Général, date déjà de 1990 et qu'une enquête proposée de façon périodique serait sûrement utile.

IV-3-LES CANCERS (12)

IV-3-1-Le registre des cancers à la Réunion

Les registres des cancers existent dans certains pays depuis fort longtemps : le plus ancien registre dans le monde est celui du Connecticut mis en place en 1936. Il aura fallu attendre 1975 pour qu'apparaisse le premier registre français, dans le département du Bas-Rhin. Jusque là, la connaissance du poids du cancer sur la santé de la population reposait en France sur les statistiques de mortalité. Pourtant les certificats de décès sont imprécis et entraînent une sous-estimation de la maladie dans la population.

Depuis, d'autres départements français se sont dotés d'un registre général des cancers. Ces registres font désormais tous partie du réseau européen (EUROCIM).

Depuis 1988, on y trouve celui de la Réunion.

Le registre des cancers à la Réunion est un registre général de population. Il recense tous les cas de cancers découverts parmi les habitants de l'île, que le diagnostic ait été fait à la Réunion ou ailleurs. Sont incluses toutes les tumeurs malignes et invasives, qu'il s'agisse du néoplasme primitif ou d'une métastase. Les tumeurs malignes "in situ" non invasives et les cancers baso-cellulaires sont enregistrés, mais exclus lors de l'exploitation des données. En plus des tumeurs bénignes, sont exclues les récurrences des tumeurs malignes et les métastases des cancers dont le site primitif est déjà connu. Pour chaque tumeur, le codage est fait selon la classification internationale des maladies pour l'oncologie 1^{ère} édition (C.I.M.O.) établie par l'OMS. (20)

IV-3-2-Les résultats

→ Que représentent les différents types de cancer dans la morbidité cancéreuse totale et comment se situe la Réunion par rapport à d'autres départements français ou d'autres régions européennes ?

Entre 1988 et 1992, 4214 nouveaux cancers ont été enregistrés, soit 1876 pour le sexe féminin et 2338 pour le sexe masculin.

L'incidence des cancers est, bien sûr, très liée à l'âge. Parmi ces nouveaux cas, plus de la moitié ont été diagnostiqués chez des personnes de plus de 60 ans qui ne représentent pourtant que 8,5 % de la population. Pour pouvoir comparer les incidences des cancers dans deux régions ayant des populations aux structures d'âges différentes, comme par exemple la France métropolitaine et la Réunion, on utilise la technique de standardisation directe.

Le procédé consiste à calculer le nombre de cancers que l'on pourrait attendre dans une population de référence, si l'incidence par tranche d'âge y était semblable à celle de la population qui nous intéresse. Ce sont les taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants qui permettent les comparaisons avec les autres registres (41).

Les différences observées ne proviennent alors pas de l'âge. Nous avons utilisé, pour connaître la position du registre de la Réunion, les taux d'incidence standardisés sur la population européenne fournis par la base de données du réseau européen EUROCIM (29).

Les taux d'incidence standardisés des cancers chez l'homme concernant la France (314,95), l'Europe (312,5) et la Réunion (310,3) sont très proches et tous supérieurs au taux mondial (216,8).

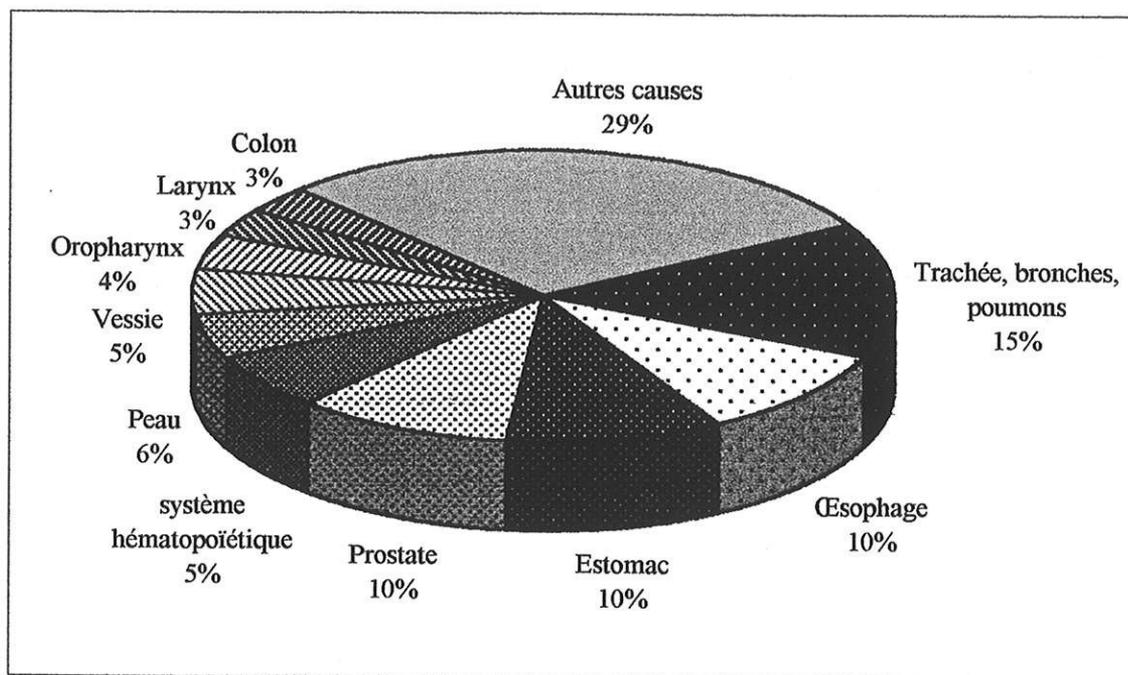
L'incidence à la Réunion est voisine de celle de la Martinique (28).

Pour le sexe féminin, le taux d'incidence tous sites confondus après standardisation est de 183 soit très proche de ceux de la Martinique et de l'Europe (182,91), supérieur au taux mondial (134,78) mais bien en deçà du taux français (220,32).

→ En s'intéressant plus précisément aux types de cancers, on constate que les cancers les plus fréquents chez l'homme à la Réunion sont ceux des voies aéro-digestives supérieures (pharynx, œsophage, larynx) (17 %) et celui du poumon (15 %). Ils représentent près d'un tiers des cancers ; c'est dire l'importance du tabagisme et de l'alcoolisme, facteurs de risque bien connus de ces atteintes.

Viennent ensuite les cancers de l'estomac (10 %) et de la prostate (10 %). Puis ceux touchant la peau (6 %), le système hématopoïétique (5 %) et la vessie (5 %). Le cancer du colon ne représente que 3 % des cancers chez l'homme réunionnais.

D'après une estimation nationale de 1990, le cancer du poumon représentait en France 17 % des cas, suivi des cancers colorectaux (13 %), du pharyngolarynx (11 %) et de la prostate (10 %). Le cancer de l'estomac (6 %) était en 6^{ème} position et celui de l'œsophage (5,3 %) n'arrivait qu'à la 8^{ème} place.



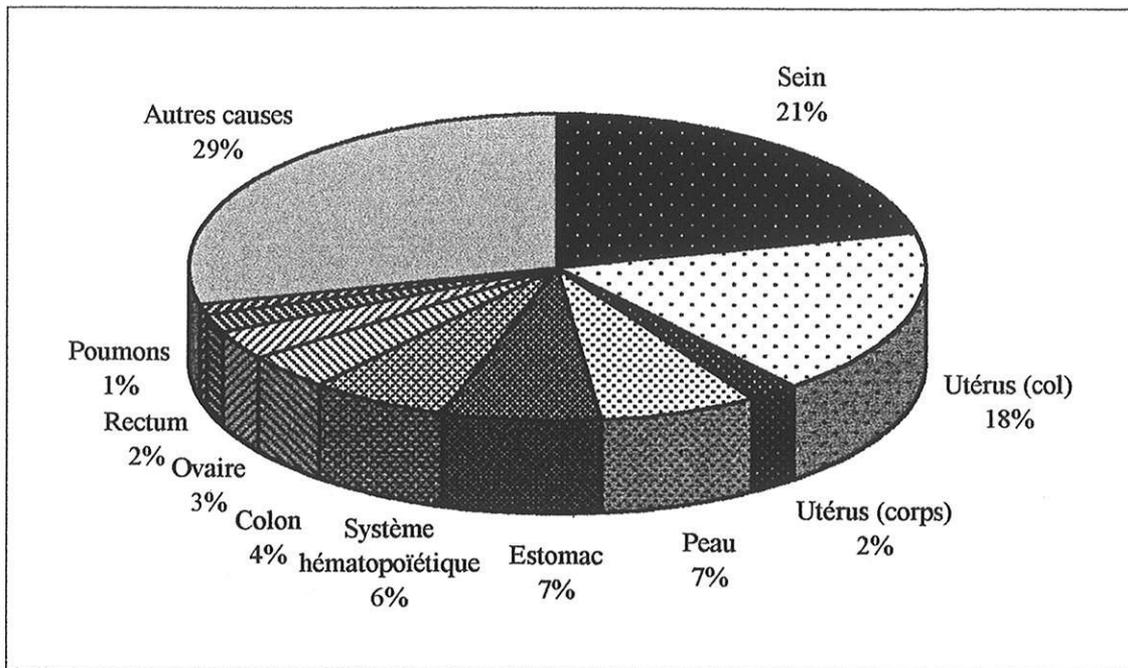
Graphique n° 22 : Fréquence relative des cancers chez l'homme à la Réunion.

Pour les femmes, sein et utérus sont les deux principales localisations avec des fréquences très proches.

Puis nous retrouvons les cancers touchant la peau (7 %), l'estomac (7 %), le système hématopoïétique (6 %), le colon (4 %), les ovaires (3 %) et le rectum (2 %).

Le cancer du poumon (1 %) est quinze fois moins fréquent que chez l'homme.

L'estimation nationale de 1990 donnait 29 % de cancer du sein, puis les cancers colorectaux (6 %) et loin derrière le cancer du col de l'utérus (6 %).



Graphique n° 23 : Fréquence relative des cancers chez la femme à la Réunion.

→ Intéressons-nous, non plus à la fréquence, mais à la mortalité engendrée par ces différents cancers : nous obtenons alors des classements légèrement différents (37).

- Chez l'homme, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (V.A.D.S.) et du poumon totalisent 45 % des décès tumoraux. Les hommes en meurent respectivement onze et neuf fois plus que les femmes. De 35 à 74 ans, le risque de décéder d'un cancer des V.A.D.S. est pour un homme plus de vingt fois supérieur à celui d'une femme !

Le cancer de l'estomac les affecte aussi mais dans une moindre mesure ; le taux masculin est trois fois supérieur au taux féminin. Puis on trouve le cancer de la prostate avant celui de l'intestin dont la mortalité reste relativement faible et pour lequel il n'est pas observé de différence notable entre les sexes.

Insignifiante avant 40 ans, la mortalité par cancer des V.A.D.S. augmente considérablement jusqu'aux environs de la soixantaine. Au-delà, la progression ralentit puis reste au même niveau jusqu'aux âges les plus élevés. La courbe de mortalité par cancer du poumon est très proche de la précédente mais la dépasse très nettement après 65 ans. En d'autres termes, les hommes meurent plus de cancers des V.A.D.S. que du cancer pulmonaire à 30-64 ans ; au delà, c'est l'inverse qui se produit.

La représentation graphique du cancer de l'estomac recouvre celle du cancer du poumon jusqu'à 45 ans ; puis elle se laisse distancer jusqu'aux âges avancés où elle finit par rejoindre la première.

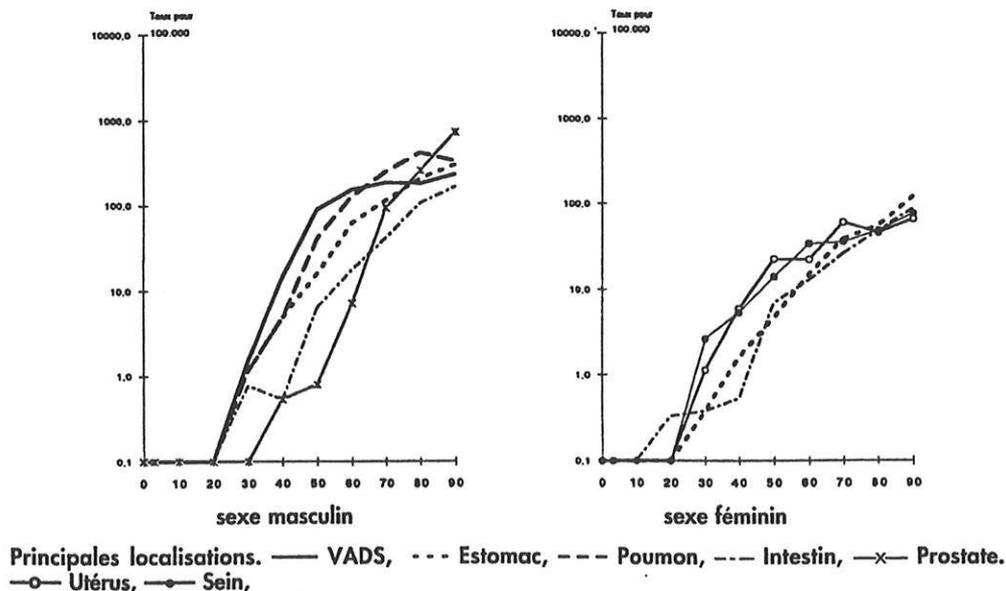
La mortalité par cancer de la prostate, presque nulle avant 55 ans, augmente de façon considérable avec l'âge pour dépasser les précédentes et constituer la 1^{ère} cause de mortalité masculine à la fin de la vie.

Enfin, la courbe de mortalité par cancer de l'intestin croît à partir de 50 ans parallèlement à celle de l'estomac, avec toutefois des valeurs nettement inférieures.

● Chez la femme, les cancers de l'utérus et du sein sont les plus meurtriers, suivis des cancers de l'estomac, de l'intestin, du poumon et des V.A.D.S.

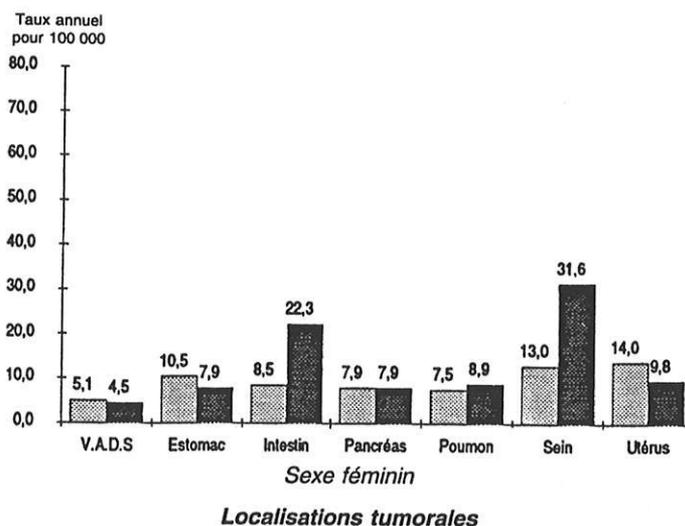
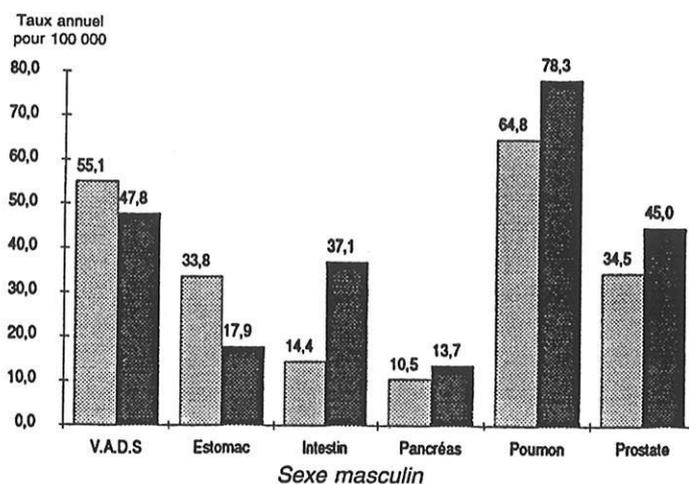
Les courbes de mortalité par cancer de l'utérus et cancer du sein suivent à peu près la même évolution selon l'âge, la progression étant maximale chez les adultes.

Augmentent également avec l'âge, les mortalités par cancer de l'intestin et de l'estomac. Aux âges avancés, les cancers digestifs constituent la 1^{ère} cause de décès par tumeurs chez la femme.



Graphique n° 24 : Taux de mortalité des différentes tumeurs selon l'âge et le sexe à la Réunion (1988-1992).

→ Comparons maintenant les taux de mortalité de ces cancers à la Réunion et en Métropole :



■ Réunion, ■ métropole

Graphique n° 25 : Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1992) des tumeurs.

Les cancers de l'intestin, du poumon et de la prostate représentent un risque de décès beaucoup plus faible à la Réunion qu'en Métropole. Il existe également mais à un niveau plus faible, une sous-mortalité par leucémies, cancer de la vessie, du rein et de l'encéphale.

En revanche le cancer de l'estomac y est plus meurtrier surtout chez les hommes. Les tumeurs des V.A.D.S., occasionnées le plus souvent par l'abus d'alcool, sont également sur-représentées dans l'île. En ce qui concerne les cancers génitaux de la femme, les

Métropolitaines sont deux fois plus touchées par le cancer du sein. En revanche, les Réunionnaises ont plus de risques de mourir d'un cancer de l'utérus, sans doute lié à une fécondité élevée et précoce.

IV-3-3-Conclusion

Même après standardisation, l'incidence et le taux de mortalité des cancers à la Réunion tous sites confondus, restent plus faibles qu'en France métropolitaine (voir graphique n° 20).

Sur l'île, ils représentent malgré tout la 2^{ème} cause de mortalité, tout en faisant mourir deux fois moins que les maladies du cœur.

La mortalité masculine est plus de deux fois supérieure à celle des femmes. Avant 35 ans, on peut observer une légère surmortalité féminine en rapport avec les cancers du sein et de l'utérus qui font mourir des femmes jeunes. En revanche dès 45 ans, le risque de décéder d'un cancer est deux fois plus élevé pour un homme que pour une femme et ce, jusqu'aux âges les plus avancés.

La mortalité tumorale, comme celle des maladies cardiovasculaires, croît avec l'âge. Les taux de mortalité par tumeurs restent assez faibles jusqu'à 33 ans, puis la progression est brutale pour ralentir ensuite aux âges élevés, contrairement aux maladies cardiaques. Les taux maxima sont observés chez les plus de 85 ans.

L'incidence plus faible que celle de la Métropole ne doit pas faire oublier que certains cancers se révèlent particulièrement fréquents à la Réunion :

- le cancer de l'œsophage chez l'homme pour lequel la consommation d'alcools forts (rhum), bien qu'en diminution en est le principal facteur de risque,
- le cancer de l'estomac chez l'homme dont l'incidence élevée est probablement à rapprocher d'une consommation importante d'aliments salés ou fumés.
- le cancer du col utérin chez la femme (fécondité élevée et précoce).

L'étude des rapports mortalité/incidence des cancers est un des contrôles de qualité utilisé par les registres (40).

A la Réunion, entre 1988 et 1992, il n'y a pas de grosses discordances entre la mortalité et l'incidence.

Ce rapport est de 0,72 chez l'homme et de 0,52 chez la femme. Ces chiffres sont assez conformes à ceux qui sont relevés dans les registres métropolitains.

IV-4-LES DECES PAR MORT VIOLENTE (37)

IV-4-1-Généralités

3^{ème} cause de mortalité, ces traumatismes tuent trois fois plus les hommes que les femmes. Cette mortalité est plus élevée chez les hommes à tous les âges de la vie sauf chez les moins d'un an. Mais c'est entre 15 et 25 ans que la différence entre les deux sexes est maximale : taux masculin plus de cinq fois supérieur au taux féminin.

Suicides et accidents de la circulation sont responsables avec des taux pratiquement identiques, de plus de la moitié des décès par mort violente à la Réunion. Mais l'ordre diffère selon le sexe. Chez les hommes, les décès par suicide sont légèrement plus nombreux que ceux par accidents de la circulation ; l'inverse étant observé chez les femmes.

Notons qu'entre 45 et 55 ans, les hommes se suicident six fois plus que les femmes. Mais c'est entre 15 et 34 ans, que la surmortalité masculine par accidents de la route est maximale.

Chez les jeunes, les accidents de la circulation constituent la 1^{ère} cause de mortalité par mort violente.

A l'âge adulte, ce sont les suicides qui occupent le premier rang et c'est après 65 ans que les accidents routiers devancent à nouveau les suicides.

Sont nettement moins fréquents, les décès par chute accidentelle concernant principalement les personnes âgées (fracture du col du fémur). Très faible jusqu'à 50 ans, les taux augmentent régulièrement pour dépasser vers 70 ans les deux premières causes de morts violentes. Ces chutes accidentelles sont deux fois plus fréquentes chez les femmes. Notons une proportion non négligeable d'homicides, trois fois plus fréquents chez les hommes. Il en est de même pour les noyades dont les décès sont essentiellement masculins.

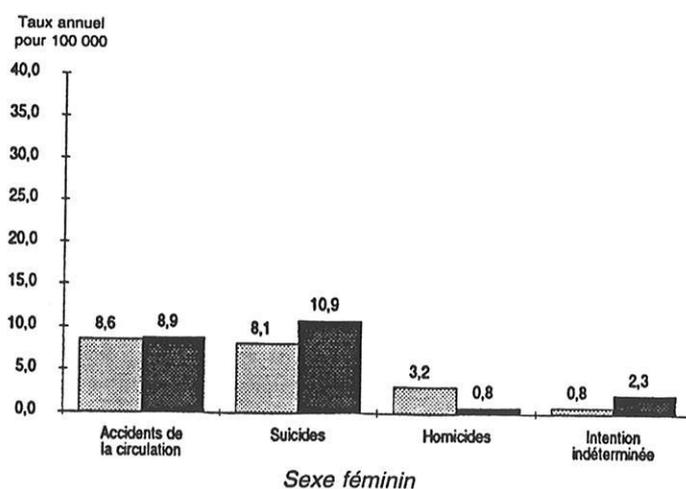
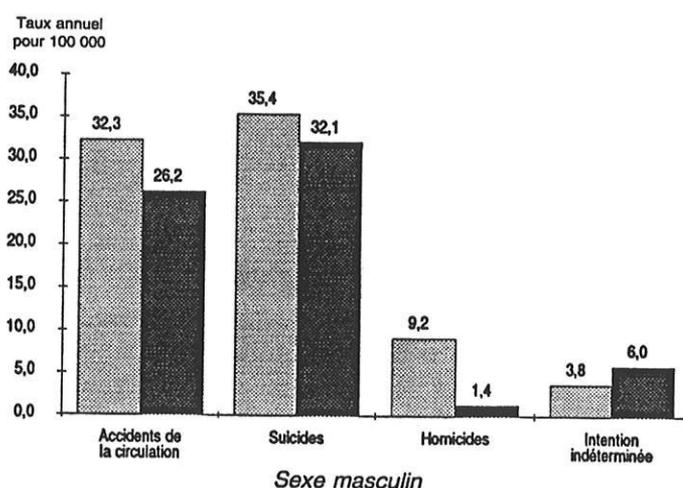
Il existe en Métropole une sous-estimation non négligeable des morts violentes. En effet, les certificats de décès ne sont rédigés par les médecins qu'en l'absence d'un obstacle médico-légal à l'inhumation. Or, certaines morts violentes (accidents, suicides, homicides) considérées comme des "morts suspectes" entraînent une investigation complémentaire dans le cadre d'un institut médico-légal. Dans ce cas, en raison du secret de l'instruction, la partie médicale du certificat de décès n'est généralement pas remplie et ne parvient pas à l'INSERM

selon le circuit habituel, la cause restant inconnue, entraînant de ce fait une sous-estimation de ces décès.

De plus, il arrive parfois que le médecin certificateur ne puisse pas déterminer si la mort résulte d'un accident, d'un suicide ou d'un meurtre. Ces décès sont alors codés à la rubrique "mort violente de cause inconnue". Il s'avère que, pour le continent, cette imprécision est deux fois plus importante que dans le département ce qui sous-estime encore le nombre de décès par accidents, suicides ou homicides en Métropole, donc augmente la surmortalité à la Réunion (voir graphique n° 20).

Finalement, les homicides sont, respectivement pour les femmes et pour les hommes, 4 à 7 fois plus fréquents à la Réunion.

On trouve également, mais chez les hommes seulement, une légère surmortalité par suicides et accidents de la circulation.



Principales morts violentes

■ Réunion, ■ métropole

Graphique n° 26 : Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole par mort violente (1988-1992).

IV-4-2-Les accidents de la circulation (18)

Les accidents corporels sont les accidents qui provoquent au moins une victime, surviennent sur une voie ouverte à la circulation publique et impliquent au moins un véhicule.

Parmi les blessés, on distingue les blessés graves, dont l'état nécessite plus de six jours d'hospitalisation et les blessés légers, dont l'état nécessite entre zéro et six jours d'hospitalisation.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Accidents corporels	1 379	1 175	1 209	1 166	1 098	1 086	1 063	1 016	943
Tués (1)	117	91	103	79	88	94	93	87	102
Blessés graves (2)	710	594	561	540	467	395	390	379	364
Blessés légers	1 263	1 033	1 166	1 093	1 092	1 041	1 025	1 021	912
Tués et blessés graves pour 100 accidents	60,0	58,3	54,9	53,1	50,5	45,0	45,4	47,5	49,4

(1) Morts subitement ou dans les 6 jours des suites de l'accident

(2) Hospitalisation supérieure à 6 jours.

Tableau n° 36 : Evolution des accidents de la route et des victimes à la Réunion.

Avec 943 accidents corporels, l'année 1997 a connu le meilleur résultat jamais enregistré depuis 10 ans.

L'insécurité routière demeure cependant encore supérieure à la Métropole.

Plusieurs facteurs semblent en cause :

- le réseau routier est déséquilibré et les voies principales supportent tous les types de déplacements,
- le parc automobile, en pleine expansion, a doublé en dix ans,
- le réseau de transport en commun est peu développé,
- le trafic croît de 3 % en moyenne par an.

	0 à 14 ans	15 à 19 ans	20 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 49 ans	50 à 64 ans	65 à 99 ans	Age indéterminé	Ensemble
Tués %	29 6,3	60 12,9	75 16,2	125 26,9	98 21,1	56 12,1	18 3,9	3 0,6	464
Blessés graves %	203 10,2	365 18,3	405 20,3	413 20,7	329 16,5	163 8,2	80 4	35 1,8	1 993
Blessés légers %	553 10,9	934 18,4	884 17,4	1 118 22	806 15,8	350 6,9	147 2,9	295 5,8	5 087
Total victimes %	785 10,4	1 359 18	1 364 18,1	1 656 22,0	1 233 16,3	569 7,5	245 3,2	333 4,4	7 544

Tableau n° 37 : Répartition des victimes d'accidents de la route par tranches d'âge (1993 à 1997) à la Réunion.

Les accidents mortels sont plus fréquents à la Réunion qu'en Métropole. Pour 100 accidentés, on compte 13 tués contre 2,4 seulement en Métropole.

	Réunion 1997			Métropole 1997		
	Tués	Blessés graves	Blessés légers	Tués	Blessés graves	Blessés légers
Piétons	31,5	20,0	15,8	11,63	12,78	10,90
Deux-roues	25,5	43,0	35,0	20,41	30,94	25,95
Véhicules légers	42,0	36,5	46,7	63,45	52,99	59,26
Poids lourds	-	0,5	2,5	1,38	1,02	1,01
Autres usagers (*)	-	-	-	3,13	2,27	2,88

(*) Usagers de transports en commun, tracteurs agricoles, engins spéciaux, ...

Tableau n° 38 : Répartition des victimes d'accidents de la route par mode de déplacement à la Réunion et en Métropole (en %).

Les piétons et les usagers des deux roues sont les principales victimes. Elles appartiennent en majorité aux tranches d'âge de 25-65 ans. En Métropole ce sont plutôt les plus de 65 ans.

Les accidents se produisent surtout en agglomération et plutôt de jour. Bien moins fréquents, les accidents de nuit font pourtant autant de victimes.

En 1997, l'alcool est impliqué dans 176 accidents sur 943.

A l'origine d'un accident sur cinq, l'alcool provoque la mort de plus du tiers des victimes.

La surmortalité masculine y est encore présente avec quatre fois plus d'hommes que de femmes tués, surtout importante entre 15 et 35 ans (indice = 6).

IV-4-3-Les suicides (4, 15)

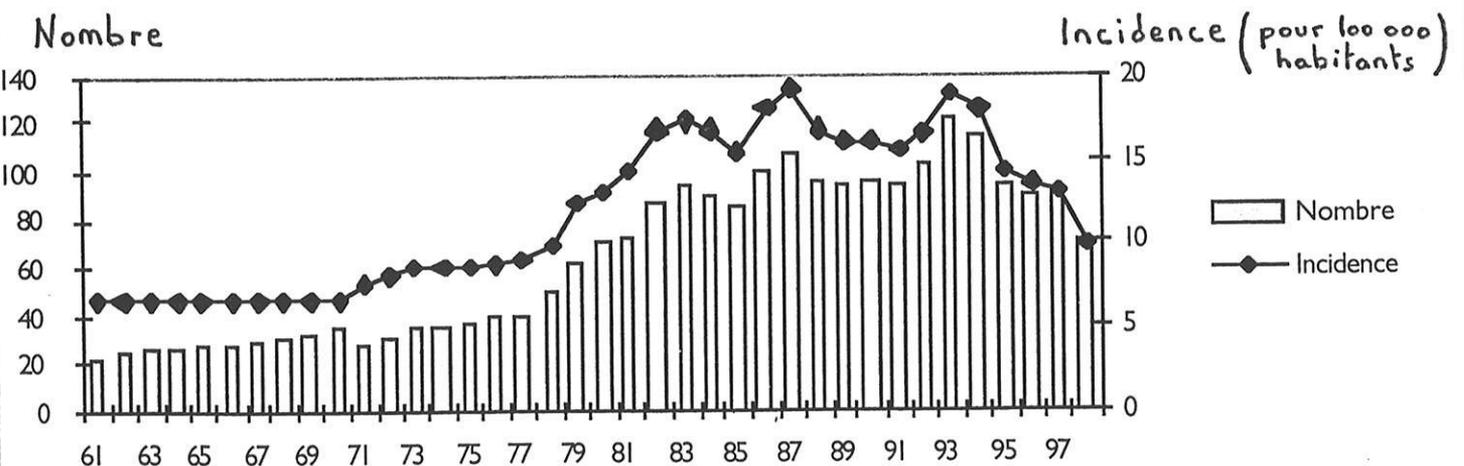
La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) a mis au point un suivi systématique des données épidémiologiques fournies par les bulletins des causes médicales de décès remplis par les médecins. Ces statistiques de mortalité ne sont toutefois pas exemptes de biais et conduisent probablement à une sous-estimation du nombre de décès par suicide par exemple du fait d'un défaut de déclaration par les instituts médico-légaux ou de l'existence de "suicides cachés" inscrits dans d'autres rubriques de décès comme les accidents ou les intoxications.

a) Evolution des suicides à la Réunion

Avec 70 décès par suicide enregistrés en 1998, la baisse du nombre de suicides se poursuit depuis le pic constaté en 1994 (115).

Du fait de l'augmentation régulière de la population et de la baisse du nombre de suicides, on observe une diminution de l'incidence des suicides à la Réunion en 1998 qui est de 9,9 pour 100 000 habitants et décroît de façon régulière depuis 1993.

Evolution du suicide



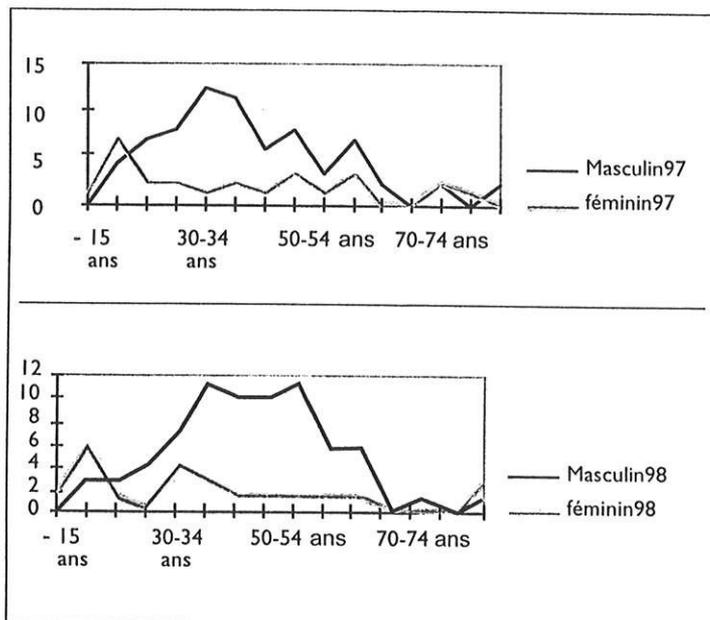
Graphique n° 27 : Nombre et incidence des suicides à la Réunion.

b) Répartition par sexe et par âge des suicidés

A la Réunion en 1998, comme les années antérieures, le suicide reste essentiellement masculin, comme en Métropole.

Ce rapport étant en 1998 de 2,88.

Entre 1997 et 1998, nous notons une modification de la structure de l'âge des suicidés ; en 1997, plus de 60 % des suicidés avaient entre 20 et 49 ans, alors qu'en 1998, ils avaient entre 30 et 54 ans.



Graphique n° 28 : Répartition par sexe et par âge des suicidés à la Réunion en 1997 et 1998.

c) Situation des suicidés

→ C'est chez les célibataires que l'on rencontre le plus grand nombre de suicidés (un suicidé sur deux est célibataire).

→ Le suicide touche dans plus de 60 % des cas, des chômeurs et autres inactifs à la Réunion mais ce taux élevé reflète la situation générale de l'emploi dans l'île où plus de 40 % de la population est au chômage.

Il peut se produire des variations importantes au sein de certaines professions à effectif faible. Ainsi, la part des suicidés dans les professions intellectuelles supérieures est élevée pour l'année 1998 alors que pour les années précédentes, cette part était pratiquement nulle. Elle représente en 1998, 10 % des suicidés.

Parallèlement, alors que la part des suicidés exploitants agricoles semblait disparaître en 1996, elle est réapparue à partir de 1997 et augmente progressivement.

Par contre, chez les artisans et commerçants, cette part a progressivement diminué pour disparaître complètement en 1998.

Profession	1994	1995	1996	1997	1998
Exploitants agricoles	6.1	3.2	0.0	2.2	2.9
Artisan, commerçant	4.4	2.2	3.4	1.1	0
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0.9	5.4	3.4	3.3	5.7
Professions intermédiaires	3.5	4.3	1.1	3.4	2.9
Employés	18.3	11.8	13.5	11.1	7.1
Ouvriers	5.2	6.5	5.6	11.1	7.1
Retraités des professions intellectuelles supérieures	0.9	1.0	1.1	0	10.0
Autres retraités	7.8	11.8	2.2	6.7	0
Chômeurs	36.5	39.8	42.7	38.9	34.3
Autres inactifs	14.8	14.0	27.0	22.2	30.0
Indéterminé	1.7	0.0	0.0	0	0
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

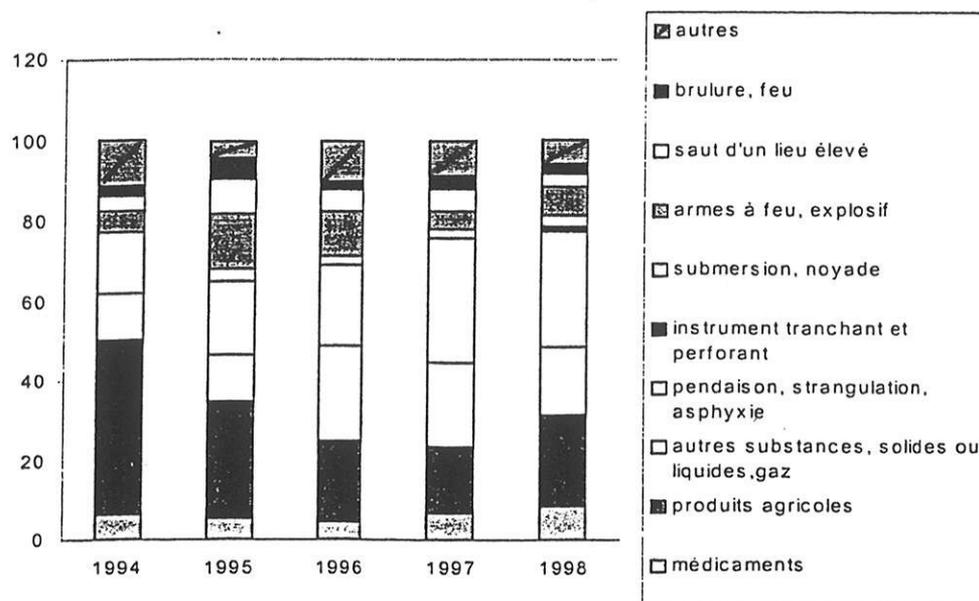
Tableau n° 39 : Profession des suicidés à la Réunion.

d) Les modes de suicide

Le nombre des suicidés par ingestion de produits agricoles a considérablement diminué depuis 1994 et ne représente plus que 22,9 % des suicidés en 1998.

Les suicides par pendaison, principal moyen de suicide, augmentent chaque année depuis 1994 et concernent environ une personne sur quatre en 1998.

Répartition des moyens



Moyens utilisés	1994	1995	1996	1997	1998
Médicaments	6.1	5.4	4.5	6.7	8.6
Produits agricoles	44.4	29.0	20.2	16.7	22.9
Autres substances (solides, liquides ou gaz)	11.3	11.8	23.6	21.1	17.1
Pendaison, Strangulation, Asphyxies	15.7	18.3	20.2	31.1	28.6
Instrument tranchant et perforant	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4
Submersions, noyades	0.0	3.2	2.2	2.2	2.9
Armes à feu, explosifs	5.2	14.0	11.2	4.4	7.1
Saut lieu élevé	3.5	8.6	5.6	5.6	2.9
Brûlures, feu	2.6	5.4	2.2	3.3	2.9
Autres	11.3	4.3	10.1	8.9	5.7
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

Graphique n° 29 : Les différents modes de suicide à la Réunion.

Remarquons qu'il n'y a pas de préférence de modes de suicides pour les femmes. Par contre, chez les hommes, il y a une nette préférence pour l'absorption de substances quelconques et la pendaison.

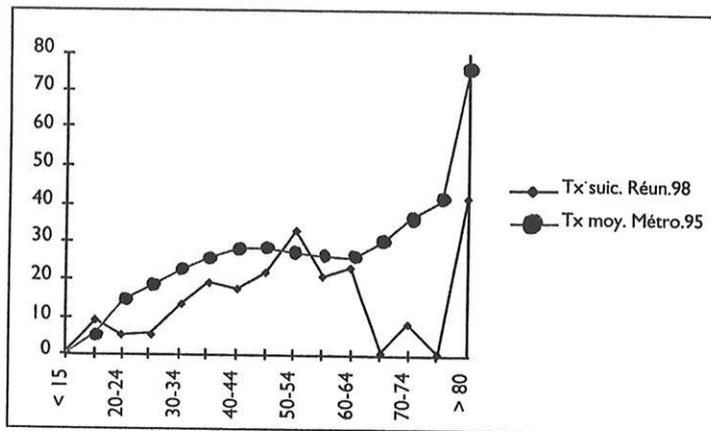
e) Comparaison avec la Métropole

La comparaison Réunion/Métropole peut se faire à partir des taux pour 100 000 habitants de chaque tranche d'âge et sexe qui permettent d'éliminer l'influence de l'âge.

Du fait des petits effectifs, l'incidence du suicide selon l'âge évolue de façon irrégulière à la Réunion.

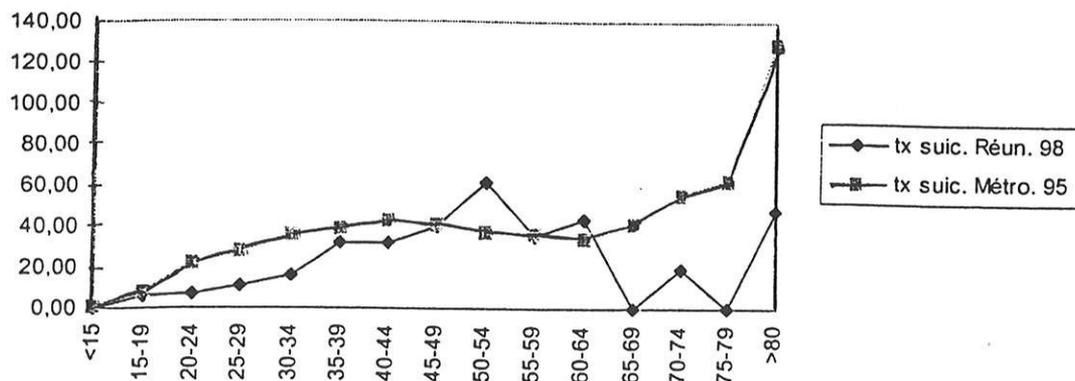
Malgré cet effectif restreint, il apparaît que les taux de suicide sont en 1998 dans l'ensemble inférieurs à la Réunion, mis à part le pic constaté autour des 50-54 ans.

D'autre part, alors qu'en Métropole, l'incidence du suicide augmente considérablement après 65 ans, les taux de suicide à la Réunion diminuent de façon importante dès 55 ans.



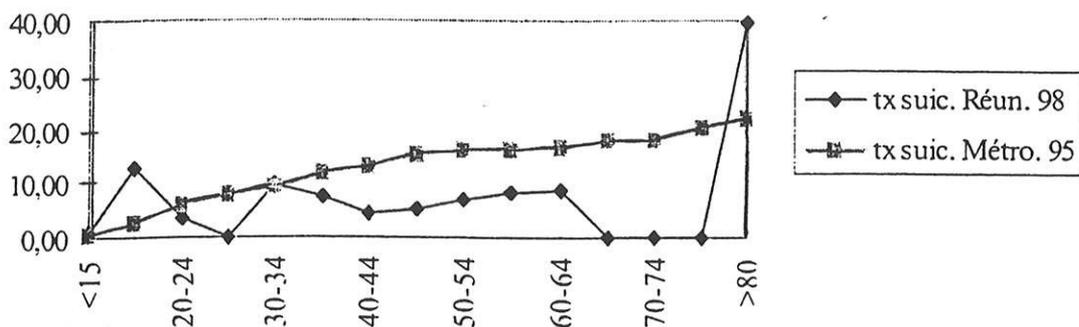
Graphique 30 : Comparaison des taux de suicide par tranches d'âge entre la Réunion et la Métropole.

Les taux de suicide masculin par âge évoluent presque identiquement entre la Réunion et la Métropole jusqu'à 60 ans. Mais on constate en 1998, un taux de mortalité supérieur à la Réunion pour les 50 ans. Puis à partir de 60 ans, les taux de suicide masculin à la Réunion sont largement inférieurs à ceux de la Métropole.



Graphique 31 : Comparaison des taux de suicide masculin par tranches d'âge entre la Réunion et la Métropole.

Il existe une corrélation positive avec l'âge pour le suicide féminin en Métropole que l'on ne retrouve pas à la Réunion. Il apparaît que les incidences du suicide féminin sont inférieures à celles de la Métropole (sauf pour les moins de 20 ans et les plus de 80 ans où ils sont nettement supérieurs, mais les effectifs ne sont peut-être pas significatifs).



Graphique 32 : Comparaison des taux de suicide féminin par tranches d'âge entre la Réunion et la Métropole.

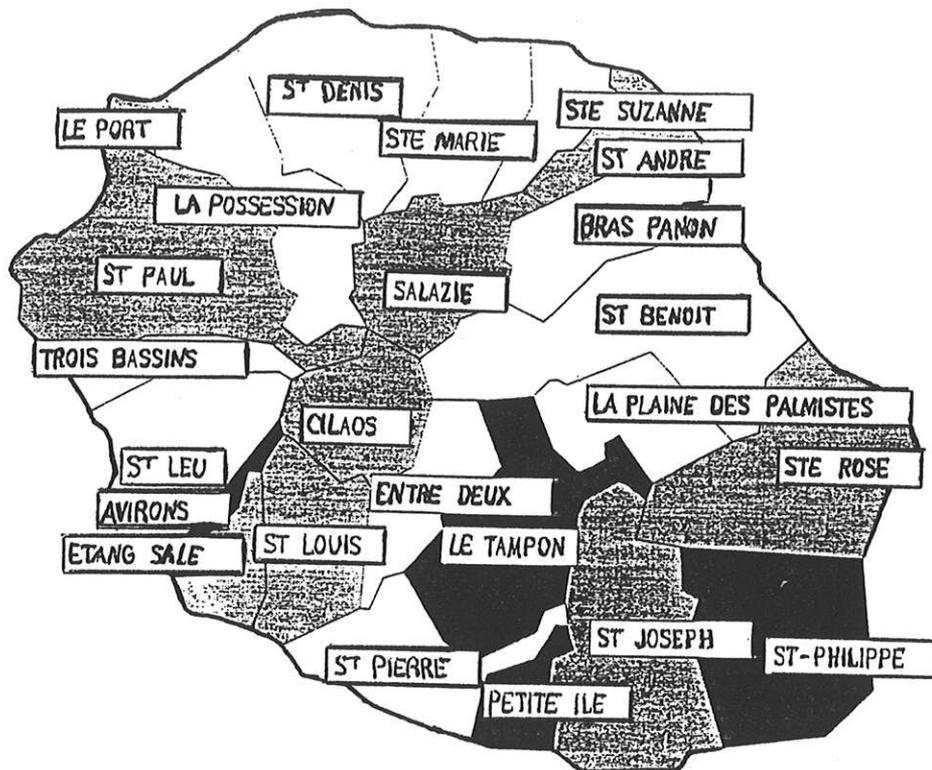
f) Quelques disparités communales

Une analyse par commune fait apparaître une tendance globale : les communes rurales et du Sud semblent plus touchées par ce fléau que l'ensemble des communes urbaines.

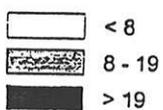
Remarquons que progressivement, le nombre de communes ayant un taux de suicide élevé diminue. Ainsi, on est passé de huit communes ayant un taux de suicide supérieur à 20 pour 100 000 habitants à quatre communes.

Communes	Taux suicide moyen pour 100 000 habitants	Taux de suicide pour 100 000 habitants				
		1994-1998	1994	1995	1996	1997
Avirons	11.7	0	15,2	0	14.6	28.7
Bras-Panon	4.12	0	0	20,6	0	0
Entre-Deux	7.11	43,1	0	20,9	0	0
Etang-Salé	17.6	10.4	41	10,1	9.1	17.6
Petite-Ile	33.0	93,9	20,5	0	20.4	30.1
P. des Palmistes	32.6	131,9	0	0	30.9	0
Le Port	11.5	7,9	10,4	15,3	13.4	10.6
La Possession	10.7	27.8	5,5	5,4	9.8	4.8
Saint-André	12.5	13	12,8	12,6	12.2	11.9
Saint-Benoit	14.8	21,2	31,3	6,8	9.9	3.2
Saint-Denis	11	15.9	11,9	10,3	10.8	6.1
Saint-Joseph	20.5	29	35.6	24.5	0	13.5
Saint-Leu	8.4	8,8	4,3	8.5	16.5	4
Saint-Louis	16.2	7,3	23.9	18.8	16.7	14.1
Saint-Paul	10.5	10,1	8,7	10.9	13.2	9.4
Saint-Pierre	14	26.4	7.6	10.5	18.1	7.4
Saint-Philippe	8.7	0	22.4	0	0	21.1
Sainte-Marie	12.6	13.6	4.5	13.1	28	3.9
Sainte-Rose	18.9	16.1	0	31,2	31.5	15.5
Sainte-Suzanne	8.5	18.9	0	12.2	5.8	5.7
Salazie	20.9	13,3	26.1	51.3	0	13.8
Le Tampon	18.5	17,3	18.9	13	19.3	23.9
Trois-Bassins	9.5	16	31.5	0	0	0
Cilaos	38.2	32.4	31.8	93.9	16.5	16.4
Réunion						

Tableau n° 40 : Taux de suicide par commune à la Réunion.



Taux de suicide pour 100 000 habitants



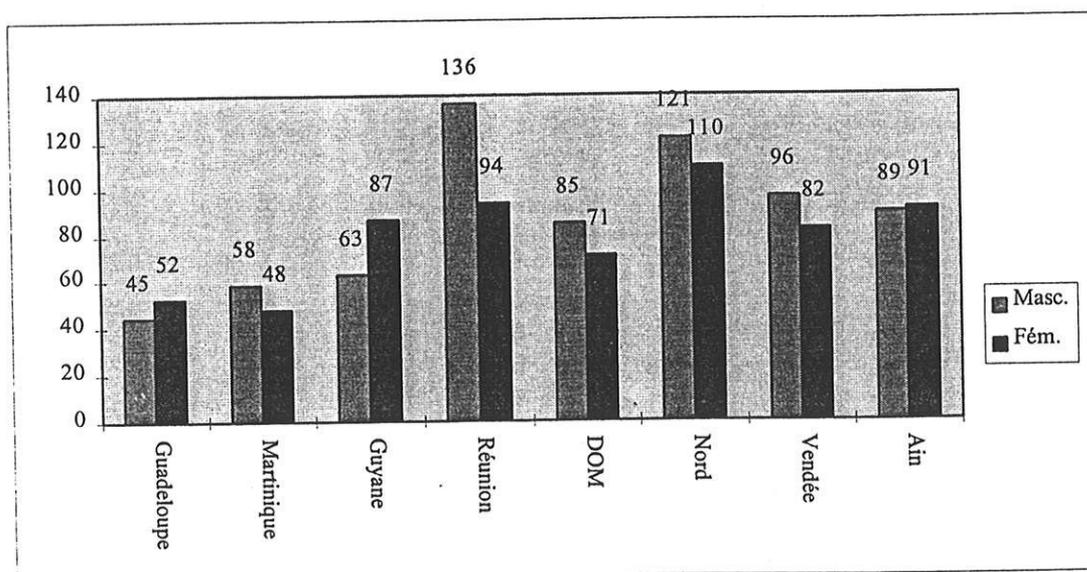
Carte n°5 : taux de suicide par commune à la Réunion en 1998.

g) Conclusion

Il est à constater en 1998 :

- une diminution du nombre de suicides.
- un suicide à caractère masculin.
- davantage de suicides autour de 50 ans.
- de plus en plus de pendaisons.
- une répartition par commune qui s'homogénéise.

La Réunion est le DOM qui détient le plus fort pourcentage de suicides.



Graphique n° 33 : Indices comparatifs de mortalité par suicide à la Réunion, en Métropole et dans les autres DOM.

Remarque : l'indice comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre de décès observés dans le département et le nombre de décès attendus. Le nombre de décès attendus est calculé en appliquant à la population les taux de mortalité nationaux par sexe et par âge.

Lorsque l'indice est supérieur à 100, la mortalité du département est supérieure à la moyenne française, indépendamment de la structure par âge de la zone en question.

En aucun cas, les indices masculin et féminin ne sont comparables entre eux, car l'indice masculin est calculé à partir des taux de mortalité de la population masculine et l'indice féminin à partir des taux de mortalité de la population féminine.

IV-5-LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (37)

IV-5-1-Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion

Ces affections touchent plus les hommes que les femmes, quel que soit l'âge considéré. A 45-74 ans, la mortalité des hommes est quatre fois supérieure à celle des femmes. Relativement élevée chez les enfants de moins de un an, la mortalité due à ces affections enregistre un creux jusqu'à l'âge de 35 ans pour croître ensuite d'une manière exponentielle jusqu'aux âges les plus élevés. La courbe féminine est moins régulière que celle des hommes et les taux féminins sont en général inférieurs à ceux des hommes.

On peut distinguer deux types d'affections : les bronchites chroniques et les pneumonies, ou plus exactement les pneumopathies. Avec un risque de décès deux fois plus faible que celui de la pneumonie, l'asthme constitue la 3^{ème} cause de mortalité respiratoire.

Entre 55 et 65 ans, la pneumonie fait mourir neuf fois plus d'hommes que de femmes, la bronchite et l'asthme quatre fois plus.

Pratiquement inexistante avant 35 ans, la mortalité par bronchite chronique augmente très fortement avec l'âge pour atteindre des valeurs assez élevées aux âges avancés. Pour les pneumonies, c'est différent. Non négligeable chez les enfants de moins de un an, la mortalité décroît jusqu'à 20 ans pour remonter ensuite et atteindre des taux de décès proches de ceux de la bronchite chronique. Nous remarquons donc une plus forte mortalité par pneumonie pendant l'enfance et chez l'adulte jeune et une surmortalité par bronchite chronique au delà de 60 ans.

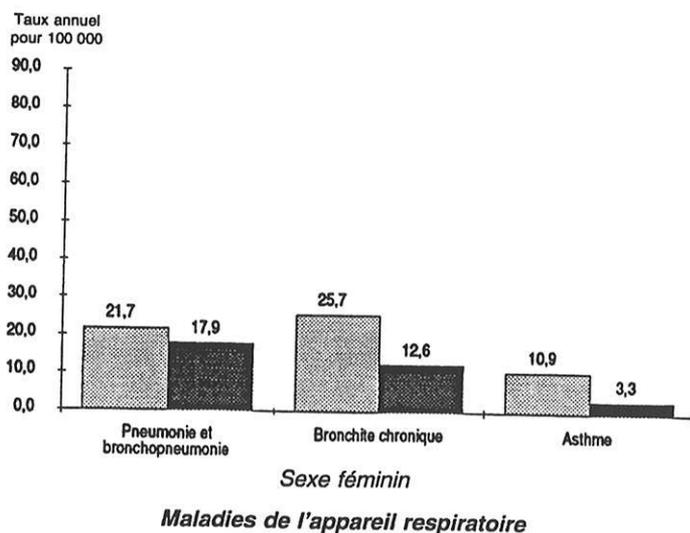
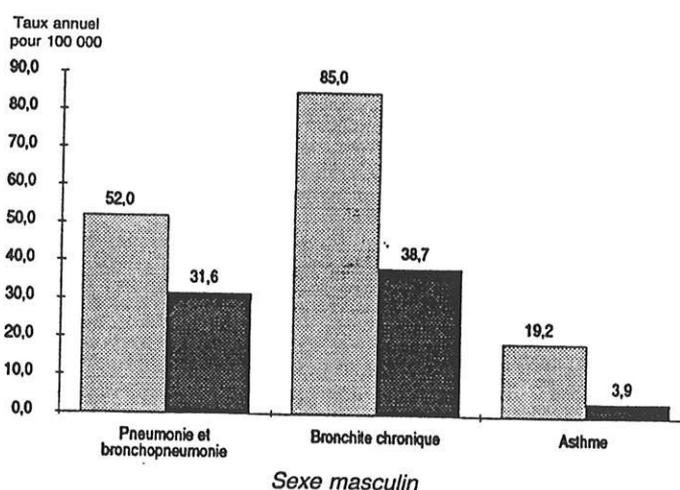
C'est à partir de 65 ans, pour les 2 sexes, que la mortalité par asthme devient non négligeable. Elle augmente ensuite avec l'âge.

La tuberculose avec plus de 100 cas déclarés en 1998 n'est pas une maladie anecdotique.

La localisation pulmonaire est de très loin la plus fréquente. Le sex-ratio homme/femme est de 1,5 en 1998 (voir partie IV-10-4).

IV-5-2-Comparaison avec la Métropole

- Le risque de décès par affections respiratoires est presque deux fois plus élevé à la Réunion qu'en Métropole (voir Graphique n° 20).
- On y meurt plus de pneumonies, de bronchites chroniques et surtout d'asthme. La mortalité due à l'asthme est, selon le sexe, trois à quatre fois plus élevée dans l'île. Cette surmortalité est également retrouvée aux Antilles Françaises.



■ Réunion, ■ métropole

Graphique n° 34 : Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1992) des maladies de l'appareil respiratoire.

IV-6-LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF (37)

IV-6-1-Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion

La fréquence des décès dus aux maladies digestives n'est pas très éloignée de celle des décès dus aux affections respiratoires. Il existe une surmortalité masculine (1,6) mais elle est nettement moins marquée que pour les tumeurs, les traumatismes et les maladies respiratoires.

Près de six décès sur dix sont dus à des cirrhoses, la plupart d'origine alcoolique. Cette proportion est pratiquement la même pour les deux sexes.

Entre 45 et 55 ans, les hommes ont plus de risque de mourir d'une cirrhose que d'un infarctus ou d'un cancer du poumon. C'est la première cause de mortalité chez la femme de 50 ans, loin devant les cancers génitaux et les maladies cérébro-vasculaires.

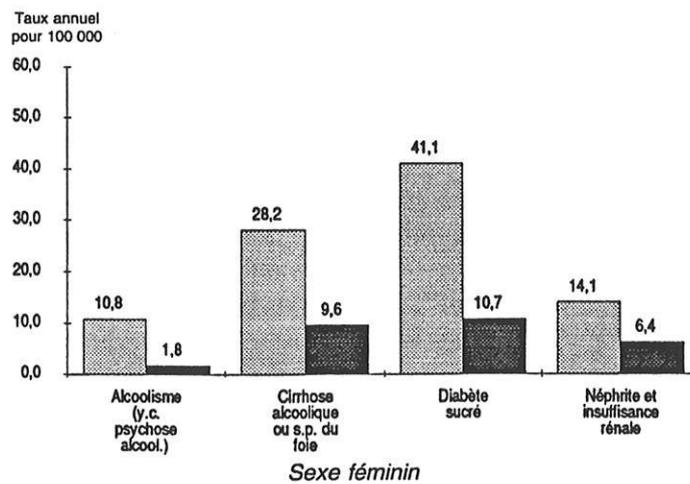
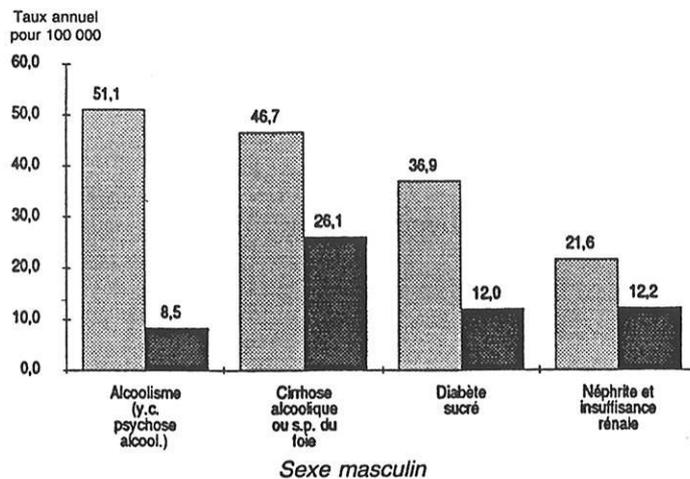
Après une forte progression jusqu'aux environs de la cinquantaine, la mortalité par cirrhose a tendance à s'infléchir pour se stabiliser à partir de 70 ans chez les hommes et même à diminuer chez les femmes.

Les ulcères digestifs et les occlusions intestinales sont peu représentés dans la mortalité digestive. Le taux de mortalité de ces atteintes augmente toutefois avec l'âge.

IV-6-2-Comparaison avec la Métropole

Le taux comparatif de mortalité des maladies de l'appareil digestif est globalement plus élevé qu'en Métropole (+ 50 %) (voir graphique n° 20).

Quel que soit le sexe, les Réunionnais meurent deux fois plus de cirrhose, cette surmortalité par rapport au continent est encore plus élevée que celle observée dans la région Antilles-Guyane.



Autres pathologies

Réunion,
 métropole

Graphique n° 35 : Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1992) d'autres pathologies (alcoolisme, cirrhose, diabète sucré, néphrite et insuffisance rénale).

Remarque : ces statistiques de mortalité prennent en compte l'ensemble des cirrhoses (alcoolique et non alcoolique). Sans doute l'hépatite B est-elle plus fréquente à la Réunion qu'en Métropole. On connaît en effet, la prévalence relativement élevée de l'hépatite B à la Réunion (virus de type africain).

IV-7-LES TROUBLES MENTAUX (37)

IV-7-1-Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion

Chez les hommes, l'alcoolisme est responsable de près de 90 % des décès par troubles mentaux (65 % chez les femmes).

Contrairement aux femmes, les hommes sont plus touchés par l'alcoolisme que par la cirrhose. Il en meurt cinq fois plus que de femmes. Notons une très forte surmortalité masculine dépassant 7 chez les 45-54 ans, valeur bien supérieure à celle observée par la cirrhose pour cette même tranche d'âge (1,2).

Après une forte croissance entre 20 et 30 ans du taux de mortalité due aux psychoses alcooliques, on note un ralentissement de la progression entre 30 et 65 ans, suivi d'une diminution puis d'une nette remontée aux âges les plus élevés. C'est toutefois entre 45 et 65 ans que les taux sont les plus élevés chez les hommes et au delà de 85 ans pour les femmes.

IV-7-2-Comparaison avec la Métropole

Les maladies mentales sont environ deux fois plus fréquentes à la Réunion qu'en Métropole (voir graphique n° 20). Quel que soit le sexe, on y meurt six fois plus de psychoses alcooliques (voir graphique n° 35).

Une enquête entrant dans le cadre du Programme Stratégique des Actions de Santé (PSAS) relatif à l'alcool a permis de recenser les cas de psychoses alcooliques aiguës admises au CHS de St Paul durant l'année 1997. La part des patients hospitalisés était en moyenne quatre fois plus importante à la Réunion qu'en Métropole pour les hommes et trois à quatre fois plus importante pour les femmes (7).

Dans cette enquête, les diagnostics entrant dans les psychoses alcooliques étaient les suivants :

- ivresse aiguë,
- syndrome de sevrage avec ou sans delirium tremens,
- syndrome de dépendance
- trouble psychotique,
- trouble mental lié à l'alcool,
- syndrome amnésique et démence alcoolique.

Les dépressions avec un alcoolisme secondaire et les psychoses avec un alcoolisme secondaire étaient exclues du recueil.

IV-8-LES MALADIES ENDOCRINIENNES (1, 37)

IV-8-1-Généralités

Elles sont responsables d'environ 4 % des décès à la Réunion. Ces décès sont proportionnellement plus nombreux chez les femmes, mais il existe tout de même une très légère surmortalité masculine.

La plus grande surmortalité par rapport à la Métropole concerne les maladies endocriniennes avec un taux comparatif de mortalité plus de deux fois supérieur (voir graphique n° 20).

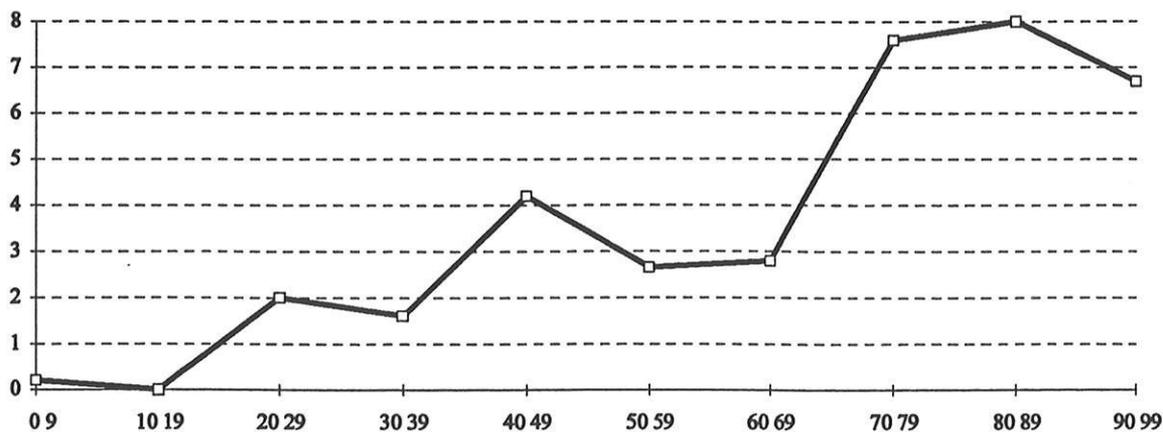
Le diabète représente de loin la cause de décès la plus fréquente de ce chapitre (70 %).

IV-8-2-Le diabète (52)

a) Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion

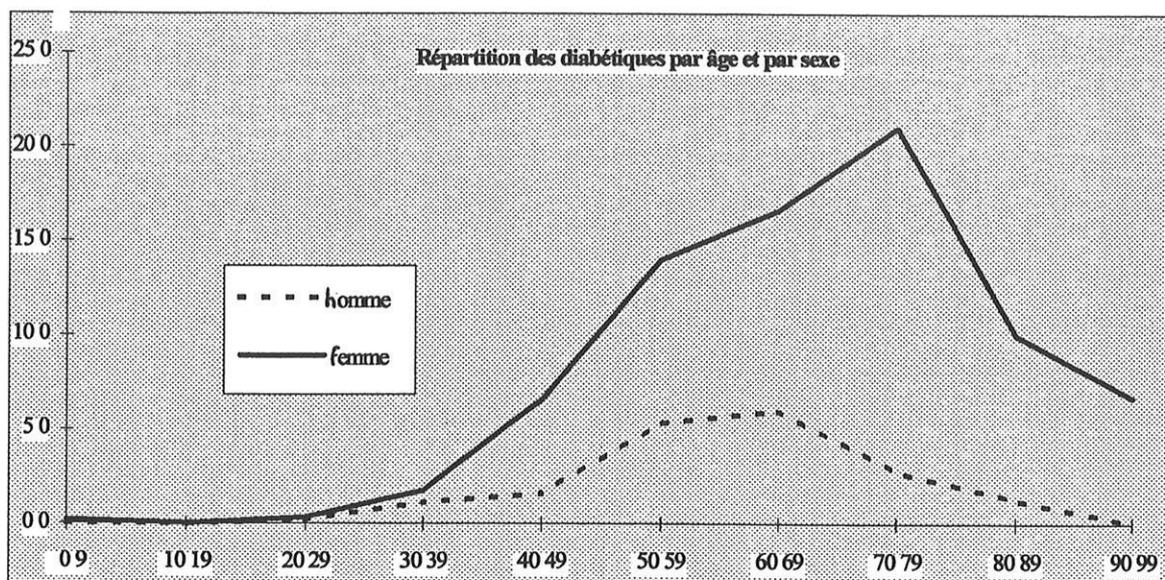
Tous âges confondus, c'est la seule des pathologies étudiées qui touche plus les femmes que les hommes (taux de surmortalité masculine inférieur à 1).

Mais en considérant les âges, on peut voir que si, aux âges élevés, les femmes sont un peu plus atteintes que les hommes, chez les jeunes, ce sont ces derniers les plus touchés.



Graphique n° 36 : Rapport de surmorbidity féminine des diabétiques à la Réunion.

La fréquence du diabète croît très nettement avec l'âge.



lecture du graphique : sur 100 femmes âgées de 70 à 79 ans, 21% sont diabétiques contre seulement 2,8% d'hommes.

Graphique n° 37 : Répartition des diabétiques par âge et par sexe à la Réunion.

b) Comparaison avec la Métropole

La surmortalité par rapport à la Métropole retrouvée pour les maladies endocriniennes est encore plus importante concernant le diabète : les hommes réunionnais en meurent trois fois plus qu'en Métropole et les femmes quatre fois plus (voir graphique n° 36).

Les différentes enquêtes réalisées à la Réunion montrent que la prévalence du diabète sucré est plus élevée dans la population générale à la Réunion qu'en Europe. Ces études semblent situer la prévalence du diabète à 8 % pour le diabète non insulino-dépendant de type II (DNID) dans la population d'une tranche d'âge de 30 à 65 ans. Cette tranche d'âge représentant 36 % de la population locale.

c) Enquête d'évaluation de la prise en charge des diabétiques par les médecins libéraux

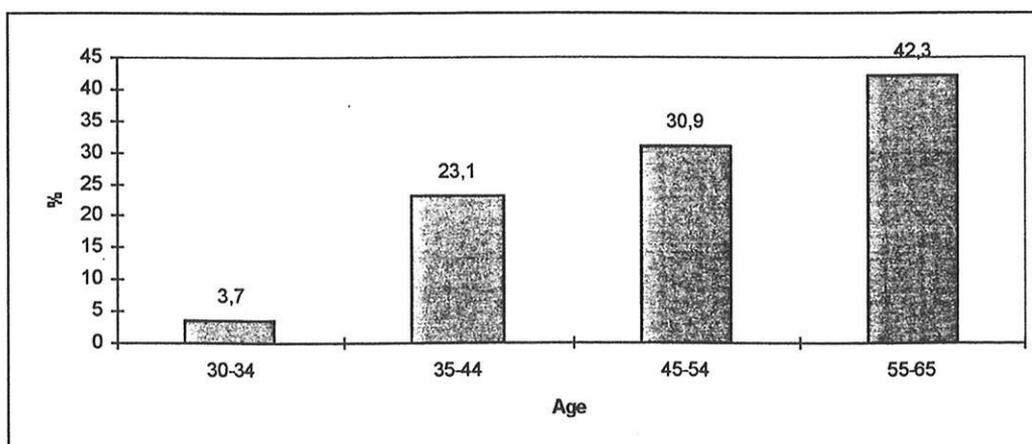
La morbidité de cette pathologie à la Réunion a justifié le caractère prioritaire de lutte contre le diabète lors de la première conférence régionale de santé.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux de la Réunion (URMLR) a mis en place en 1997 une enquête sur l'évaluation de la prise en charge de la maladie diabétique (surveillance, dépistage et traitement du diabète et de ses complications) par les médecins libéraux (52). Cette enquête a porté sur 351 malades diabétiques de type II, dépistés et traités, résidant à la Réunion, ayant entre 35 et 65 ans. Les patients atteints d'un diabète secondaire (maladies pancréatiques, endocrinopathies, hémochromatose, syndromes génétiques ou iatrogènes) ou d'un diabète gestationnel ne pouvaient faire partie de l'enquête.

Le choix d'exclure tous les diabètes secondaires était motivé par la présence de nombreuses pancréatites aiguës d'origine alcoolique, souvent insulino-résistantes et qui risquaient de déséquilibrer l'échantillon.

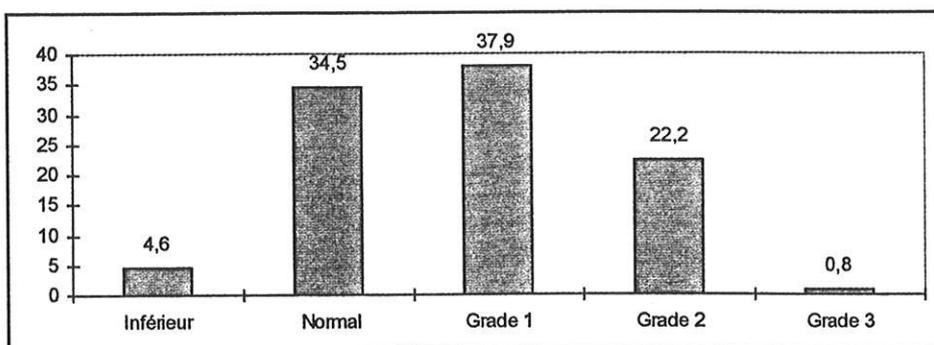
→ Caractéristiques des diabétiques :

- La répartition par sexe retrouve un échantillon plus féminin (63 %) que masculin (37 %).
- La répartition par âge des deux sexes montre une augmentation des diabétiques avec l'âge.



Graphique n° 38 : Répartition des patients diabétiques par âge des deux sexes (enquête de l'URMLR de 1997).

- 38 % d'entre eux ne savent ni lire ni écrire (contre 16 % dans la population générale de même tranche d'âge). 42,6 % n'ont pas été scolarisés ; 31,1 % ont été jusqu'en primaire ; 22,1 % jusqu'en secondaire et 4,2 % ont connu l'enseignement supérieur.
- 65 % sont des fumeurs.
- 51 % consomment de l'alcool.
- environ la moitié exercent une activité physique modérée, un quart font très peu d'exercice et un quart une activité physique importante.
- 84 % des patients ont une certaine connaissance de la maladie diabétique (savoir citer une des quatre complications du diabète). Les pourcentages des pathologies citées (ophtalmologiques, neurologiques, cardiaques, néphrologiques) sont respectivement de 81 %, 52 %, 32 % et 20 %.
- Le graphique suivant renseigne sur la répartition des patients selon l'indice de Quetelet ou indice de masse corporelle (IMC)



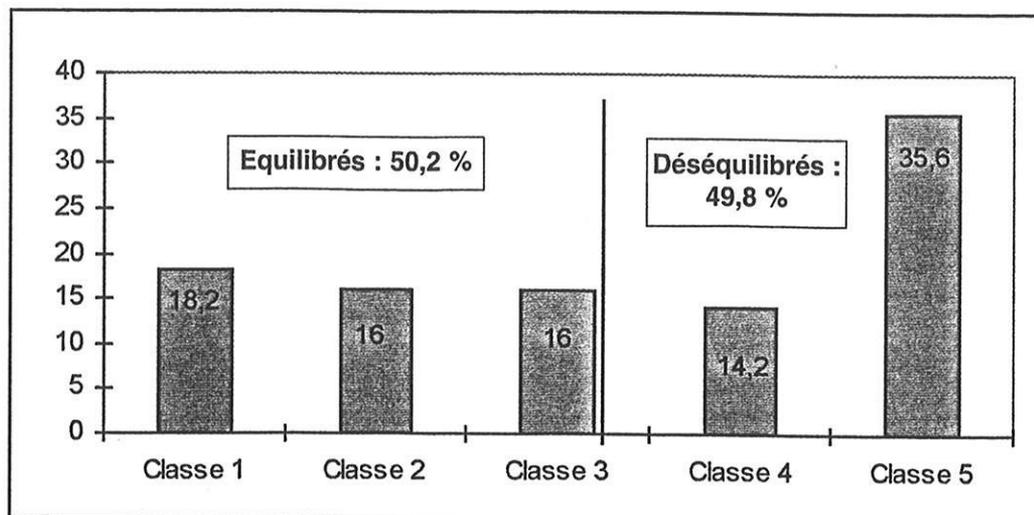
Graphique n° 39 : Répartition des patients diabétiques selon l'indice de Quetelet (Enquête de l'URMLR de 1997).

L'IMC des femmes est plus important que celui des hommes.

L'enquête retrouve une relation entre l'IMC et l'exercice physique ; ce sont les plus actifs qui ont le plus faible IMC.

→ **Prise en charge et suivi des diabétiques :**

- L'hémoglobine glyquée (HbA1c) renseigne sur l'équilibre du diabète au cours des trois derniers mois.



La médiane se situe à 7%.

Graphique n° 40 : Répartition des patients diabétiques selon leur hémoglobine glyquée (Enquête de l'URMLR de 1997).

- Classe 1 → valeurs comprises entre 3,6 % et 5,8 % (contrôle excellent).
- Classe 2 → valeurs comprises entre 5,9 % et 6,3 % (contrôle très satisfaisant).
- Classe 3 → valeurs comprises entre 6,4 % et 7 % (contrôle satisfaisant).
- Classe 4 → valeurs comprises entre 7,1 % et 8 % (contrôle moyen).
- Classe 5 → valeurs supérieures à 8 % (mauvais contrôle).

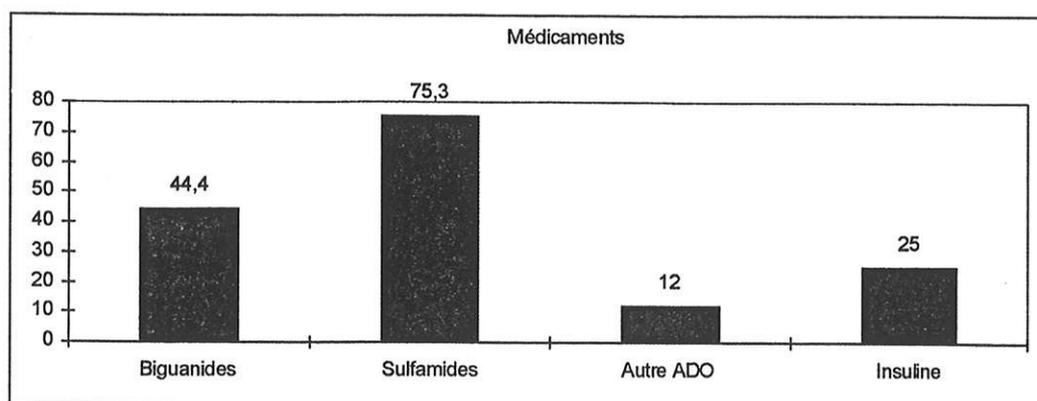
1/3 des diabétiques sont très mal équilibrés (classe 5).

Remarque : il ressort une nette différence selon que le dosage a été effectué sur le même site avec une certaine technique (chromatographie de haute performance en phase liquide) ou par des laboratoires à la Réunion possédant des techniques différentes donc non standardisées. La diversification des techniques et des laboratoires a tendance à dénombrer plus de diabète déséquilibré qu'il n'y a réellement.

- 99 % des diabétiques ont consulté dans l'année un généraliste et 68 % un spécialiste (ophtalmologiste une fois sur deux puis cardiologue dans 35 % des cas).
On remarque qu'en fait, un seul diabétique sur trois a consulté un ophtalmologiste

dans l'année et un patient sur quatre a eu recours à une consultation cardiologique dans l'année.

- 75 % des diabétiques étudiés ne sont pas insulino-traités.
- La moitié des diabètes sont connus depuis moins de 5 ans, environ 40 % entre 5 et 15 ans et 4 % depuis plus de 15 ans.
- 50 % des diabétiques insulino-traités l'ont été moins d'un an après la date de découverte du diabète.
- Près de 3/4 des diabètes ont été traités par anti-diabétiques oraux (ADO) au cours de la première année.
- Le diabète est dans 70 % des cas découvert fortuitement lors d'une surveillance.
- 3/4 de ces diabétiques font part de problèmes de diabète dans la famille.
- seulement 24 % s'auto-surveillent (glycosurie, glycémie capillaire).
- 97 % disent avoir reçu une "éducation" par leur médecin ou par un infirmier au sujet du diabète, mais seulement 1 % sont membre d'une association de diabétiques.
- Parmi les diabétiques, 12 % présentaient une des complications suivantes (cécité, infarctus du myocarde, AVC, insuffisance rénale, amputation).
- 12,5 % des patients ont effectué un régime seul, avant ou après le diagnostic du diabète.
- Le graphique suivant donne les différents traitements institués.



Graphique n° 41 : Les différents traitements des diabétiques (Enquête de l'URMLR de 1997).

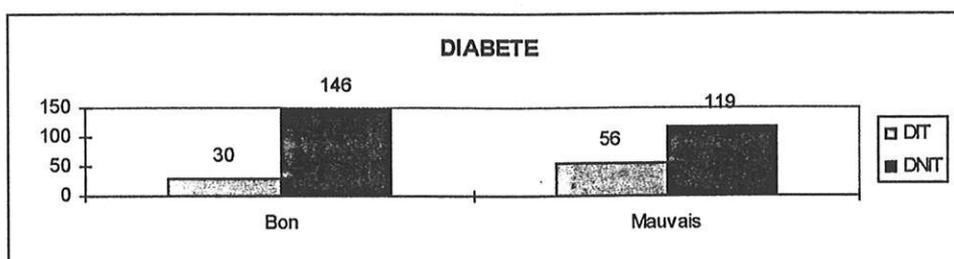
On procède à des traitements associés dans 77 % des cas.

→ **Conclusion :**

- Dans l'échantillon, les hommes sont fumeurs (32,3 %) et consommateurs d'alcool (65,3 %), les femmes font davantage d'exercice physique.

Néanmoins, il n'y a pas de différence significative entre l'équilibre du diabète (basé sur l'HbA1c) et la consommation de tabac, d'alcool ou la pratique d'une activité physique. Il en va de même avec le sexe du patient, l'IMC et l'âge du diabète.

- Par contre, une différence existe selon le type de diabète, traité ou non.



Graphique n° 42 : Hémoglobine glyquée et type de diabète (Enquête de l'URMLR de 1997).

Les diabètes non insulino-traités (DNIT) sont mieux "contrôlés" que les diabètes insulino-traités (DIT). Deux explications sont envisagées :

- . soit les DIT sont des diabètes difficiles à équilibrer et le taux d'HbA1c ne fait que refléter cette difficulté,
- . soit l'injection d'insuline donne une fausse impression de "sécurité" au patient et celui-ci devient moins observant.

- Concernant les complications du diabète, elles touchent plus les diabétiques qui fument ou qui boivent.
- Cette enquête n'a pas la prétention de représenter parfaitement le diabète à la Réunion mais donne une idée de l'importance de ce problème de Santé Publique.

IV-9-LES SYMPTOMES, SIGNES ET ETATS MORBIDES MAL

DEFINIS (37)

La fréquence de ces causes de décès est loin d'être négligeable.

En effet, pour 4,5 % de l'ensemble des décès, la cause est imprécise, inconnue ou non déclarée, proportion un peu plus élevée chez les femmes.

L'indice global de surmortalité masculine est de 1,2.

Trois groupes de causes imprécises du chapitre se distinguent par leur importance (représentant 44 % de l'ensemble de ces décès). Ce sont par ordre d'importance, les décès de cause inconnue ou non déclarée, la sénilité et la mort subite de cause inconnue.

Quelques différences apparaissent selon le sexe. Chez les hommes, la cause inconnue ou non déclarée constitue de loin la première forme d'imprécision.

En revanche, pour les femmes, la sénilité se situe à la toute première place. Ce n'est d'ailleurs pas surprenant puisque les femmes meurent en moyenne plus âgées que les hommes et que la sénilité est, par définition, très liée à l'âge.

Enfin, dans 11 % des cas, est diagnostiquée une mort subite de cause inconnue. Elle est trois fois plus souvent mentionnée chez les hommes, concerne plus fréquemment les âges extrêmes et plus encore les enfants de moins d'un an (mort subite du nourrisson).

Pour l'ensemble de ces causes et quel que soit le sexe, le taux de mortalité est assez élevé à moins d'un an, très faible de 5 à 14 ans puis croît régulièrement pour atteindre des taux très élevés aux âges avancés. Pour les femmes très âgées, les décès de causes imprécises ou inconnues sont plus fréquentes que les décès par tumeurs ou par maladie de l'appareil respiratoire.

IV-10-LES MALADIES INFECTIEUSES

IV-10-1-Les maladies à déclaration obligatoire (32)

Le décret du 10 juin 1986 a prévu deux groupes de maladies à déclaration obligatoire :

→ Les maladies justiciables de mesures exceptionnelles, au niveau national ou international, compte tenu de leur gravité et des recommandations du règlement sanitaire international.

Il s'agit :

- du Choléra,
- de la Peste,
- de la Variole,
- de la Fièvre Jaune,
- de la Rage,
- du Typhus Exanthématique,
- des Fièvres Hémorragiques Africaines.

Le diagnostic ou la suspicion de l'une de ces maladies doit entraîner une déclaration en urgence à la DRASS qui en informe immédiatement la Direction Générale de la Santé (D.G.S.).

Aucune de ces maladies n'a été diagnostiquée à la Réunion ces dernières années.

→ Les maladies infectieuses soumises à surveillance épidémiologique qui justifient des mesures locales de Santé Publique.

Il s'agit :

- du Botulisme,
- de la Brucellose,
- de la Diphtérie,
- des Fièvres Typhoïdes ou Paratyphoïdes,
- de la Méningite à méningocoques et des Méningococcémies,
- de la Poliomyélite Antérieure Aiguë,
- du Syndrome d'Immuno-Déficiência Acquisée (SIDA),

- du Tétanos,
- des Toxi-Infections Alimentaires Collectives (TIAC),
- de la Tuberculose,
- du Paludisme autochtone et d'importation (décret du 11 déc. 87),
- de la Légionellose (décret du 11 déc. 87),
- de la maladie de Creutzfeld-Jacob (et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines (décret du 19 sept. 96),
- de la Listériose (décret du 13 mars 98).

Ces maladies doivent être déclarées aux services de la DRASS par les médecins traitants, libéraux ou hospitaliers, les médecins des caisses d'assurance maladie et les laboratoires d'analyses médicales, privés ou hospitaliers. Il existe une fiche de déclaration type pour chaque maladie.

Pour la tuberculose, une recherche des cas est également réalisée par le service de lutte anti-tuberculeux de la Direction de la Promotion à l'Action de Santé (Conseil Général).

Pour le paludisme, un dépistage systématique est proposé par le service Santé-Environnement de la DRASS aux voyageurs revenant d'un séjour en zone d'endémie.

La liste des maladies devant faire l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles (remplaçant le terme "déclaration obligatoire") à l'autorité sanitaire a été modifiée par le décret du 6 mai 1999. Ont été rajoutés à la liste :

- infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B,
- infection par le virus de l'immuno déficience humaine quel que soit le stade,
- saturnisme chez les enfants mineurs.

IV-10-2-Nombre de cas déclarés

	1997	1998
01 Botulisme	0	0
02 Brucellose	0	0
03 Diphtérie	0	0
04 Fièvres Typhoïdes et Paratyphoïdes	2	2
05 Méningite à Méningocoque et Méningococcémie	8	5
06 Poliomyélite Antérieure Aiguë	0	0
07 Syndrome d'Immuno-déficience Acquise	16	15
08 Tétanos	5	2
09 Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC)	6 ^a	14 ^a
10 Tuberculose	81	108
11 Paludisme - autochtone	0	0
- d'importation	151	163
12 Légionellose	0	0
13 Maladie de Creutzfeldt-Jacob	1	0
14 Listériose	2 ^b	1 ^b

a. Nombre de foyers.

b. Il s'agit de cas déclarés à la DRASS avant que la déclaration des cas de listériose soit obligatoire (en avril 1998).

**Tableau n° 41 : Nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire
déclarés à la Réunion en 1997 et 1998.**

Le botulisme n'a jamais été signalé à la Réunion au cours de ces 20 dernières années.

En ce qui concerne la légionellose, on ne recense que deux cas probables signalés en 1992 (non confirmés) dont un cas de co-infection "leptospire-legionelle".

La diphtérie semble avoir disparu depuis plusieurs années sous l'effet des campagnes de vaccination.

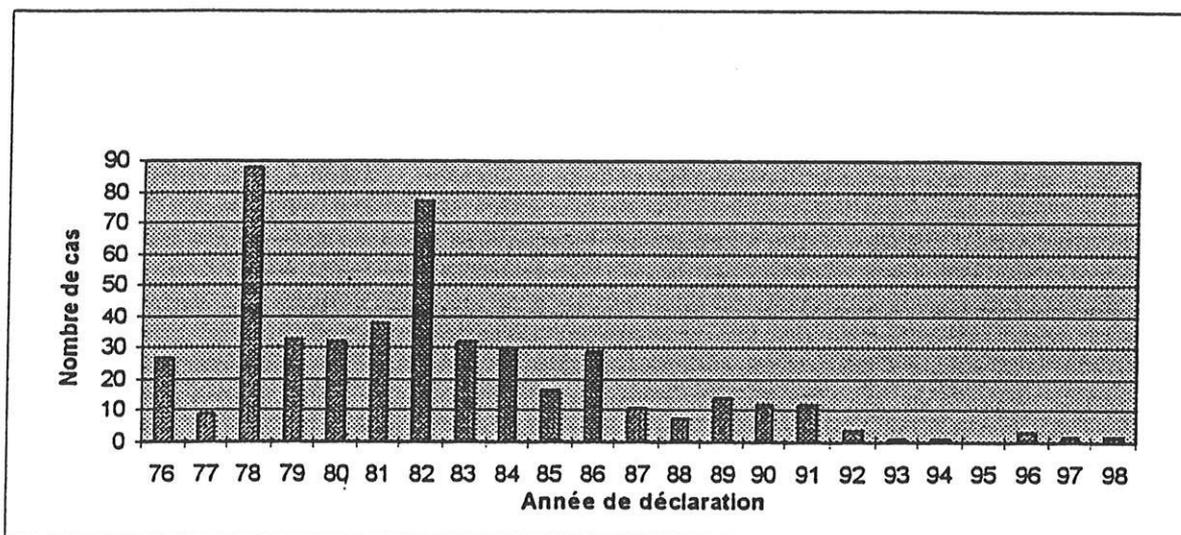
Le dernier cas de brucellose remonte à 1987. Auparavant deux cas avaient été signalés en 1978 et en 1982.

Les deux derniers cas de poliomyélite remontent à 1982.

IV-10-3-Les maladies rares

a) Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes :

Grâce à l'amélioration de l'habitat et aux progrès de l'assainissement, ces fièvres sont en régression importante depuis plusieurs années : quatre cas en 92, un cas en 93 et 94; aucun cas en 95. Cependant, l'extinction de la maladie n'est pas encore observée avec trois cas en 96, deux cas en 97 et 98.



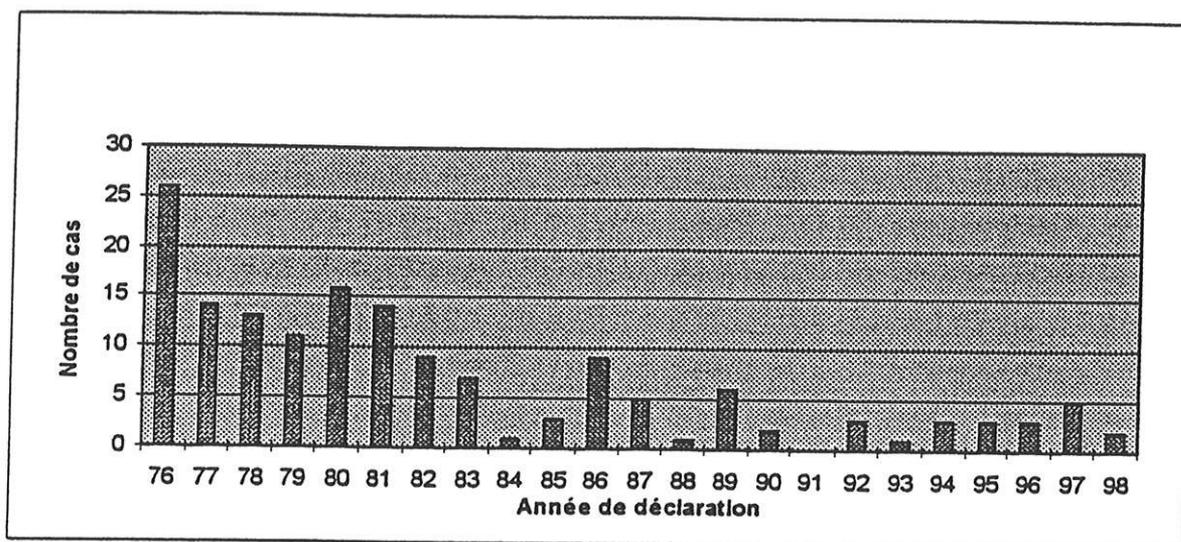
Graphique n° 43 : Nombre de cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde déclarés à la Réunion de 1976 à 1998.

Les deux cas déclarés en 1998 concernent des sujets jeunes (6 et 25 ans) comme les cas signalés en 1996 (2, 19 et 59 ans) ou en 1997 (1 et 13 ans).

L'évolution (après hospitalisation dans les deux cas) comme les autres années, a été favorable.

b) Le tétanos :

Le tétanos, malgré la vaccination obligatoire et une bonne couverture vaccinale de la population se manifeste encore de façon épisodique : trois cas en 92, un cas en 93, trois cas en 94, 95 et 96, cinq en 97 et deux en 98.



Graphique n° 44 : Nombre de cas de tétanos déclarés à la Réunion de 1976 à 1998.

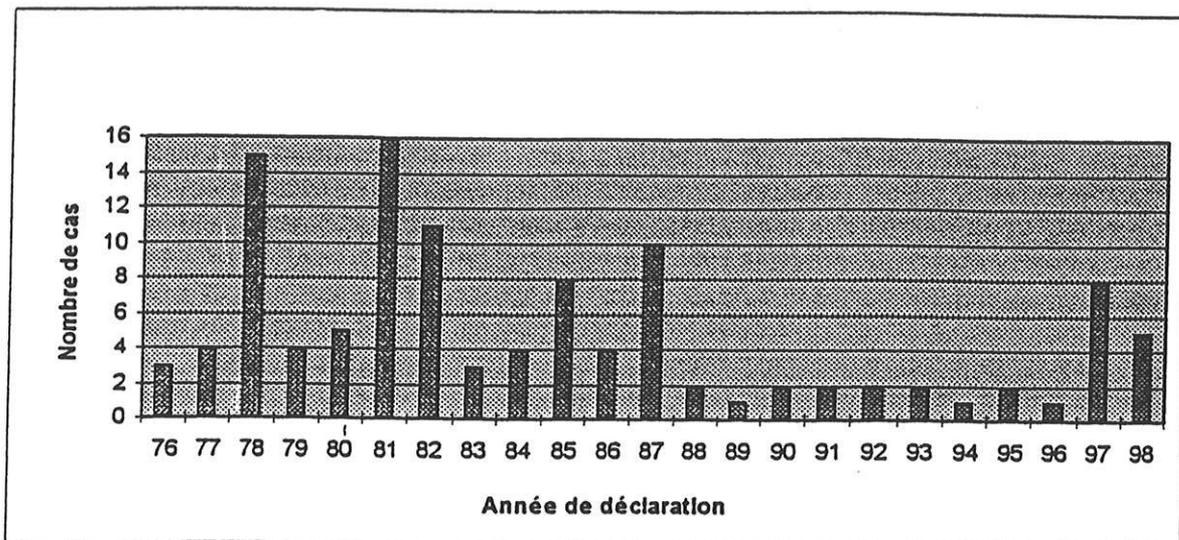
Les cas déclarés en 98 (un homme et une femme) concernent des sujets âgés (60 et 62 ans) comme en 96 (66 et 88 ans) et 97 (75, 85, 90 et 96 ans).

Comme les années précédentes, la porte d'entrée de l'infection est une plaie chronique. Nous n'avons pas d'information sur le statut vaccinal de ces deux personnes.

L'évolution est défavorable puisqu'il y a eu décès pour les deux cas signalés en 1998.

c) La méningite à méningocoques. :

Depuis les années 1990, la méningite a un taux assez bas, respectivement de 0,33 pour 100 000 habitants en 93 et 95 et de 0,16 en 94. En 1996, un seul cas était déclaré, contre huit en 95 et cinq en 98.



Graphique n° 45 : Nombre de cas de méningites à méningocoques déclarés à la Réunion de 1976 à 1998.

Comme les années précédentes, ces patients (4 hommes, 1 femme) sont jeunes (moins d'1 an, 1, 9, 15 et 22 ans).

Tous les cas ont été déclarés par un service hospitalier.

L'évolution a été la guérison pour tous les cas.

d) La listériose :

La déclaration de cette maladie n'est obligatoire que depuis avril 1998, cependant, les cas étaient signalés à la DRASS avant cette date. En 1998, un seul cas a été déclaré.

Année	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Nombre de cas	1	1	1	0	4	3	4	2	1

Tableau n° 42 : Nombre de cas de listériose recensés à la Réunion depuis 1990.

Le cas déclaré en 1998 concernait une femme de 52 ans, décédée après septicémie sur un terrain immuno-déprimé (insuffisance rénale chronique).

e) La maladie de Creutzfeld-Jacob

En 1996, la DGS a décidé de renforcer la surveillance de l'encéphalopathie spongiforme bovine par une déclaration obligatoire de cette affection.

A la Réunion, un cas a été recensé en 1997 et un cas d'origine iatrogène (traitement de croissance) en 1996.

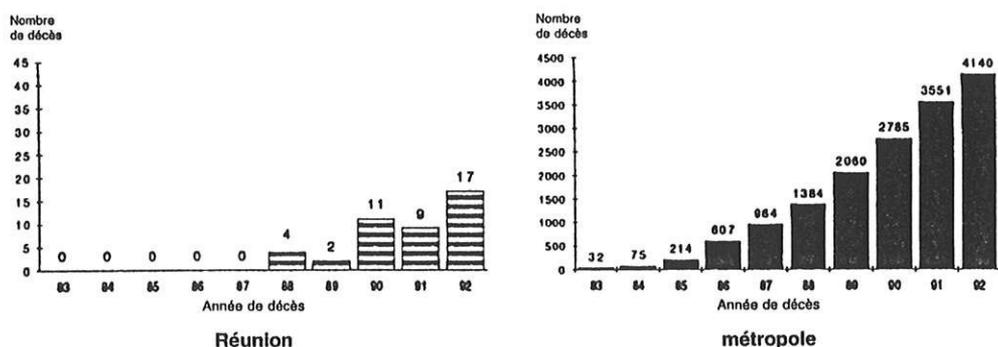
Ces deux patients sont décédés.

IV-10-4-Les maladies fréquentes

a) Le SIDA

→ Evolution :

C'est en mars 1988 que le premier décès par SIDA a été enregistré à la Réunion (en mai 1983 pour la Métropole). De 1988 à 1992, la Réunion a totalisé 43 décès, la Métropole près de 14 000.



Graphique n° 46 : Evolution du nombre annuel de décès par SIDA de 1983 à 1992.

Remarque : la progression de la maladie à la Réunion apparaît irrégulière du fait de la relative faiblesse des effectifs.

L'épidémie a commencé cinq ans plus tard à la Réunion, sa progression est toutefois plus rapide qu'en Métropole. En effet, le taux de décès enregistré en 1992 dans ce département (28 pour 1 million) est près de 65 % supérieur à celui observé cinq ans plus tôt en Métropole (17 pour 1 million).

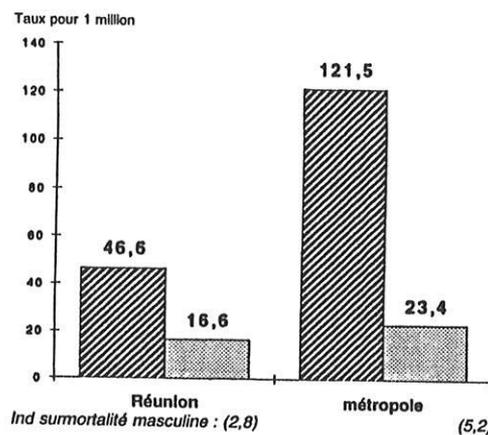
Entre 1991 et 1992, la progression des décès a presque doublé à la Réunion alors qu'elle n'a été que de 17 % en Métropole.

Au cours de la période 1988-1992, 81 % des décès par SIDA enregistrés à la Réunion sont des décès masculins, 19 % des décès féminins. Proportionnellement, les femmes sont un peu plus atteintes qu'en Métropole.

Le SIDA est une maladie de l'adulte jeune : quelle que soit la zone géographique étudiée, la majorité des sujets décédés ont entre 25 et 45 ans. A la Réunion, près de la moitié des hommes avaient entre 35 et 45 ans, les femmes sont infectées plus jeunes (entre 25 et 35 ans). En Métropole, le réservoir de virus étant plus important, tous les âges sont concernés avec une atteinte préférentielle des jeunes adultes mais aussi une proportion non négligeable de décès après 44 ans.

En 1992, la population réunionnaise était 2 fois 1/2 moins touchée par le SIDA que les Métropolitains la même année. Ces taux comparatifs de 1992 confirment cette sous-mortalité (31,4 pour 1 million d'habitants).

L'analyse par sexe met en évidence une forte surmortalité masculine, toutefois moins marquée qu'en France métropolitaine.



▨ Hommes, □ Femmes

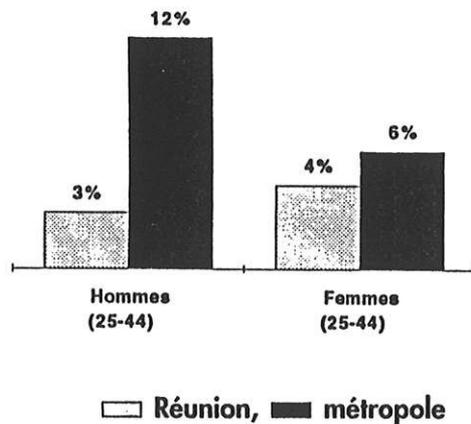
(Pop. réf. = pop. moyenne de la France, deux sexes en 1992)

Graphique n° 47 : Taux comparatifs de mortalité par SIDA selon le sexe en 1992.

En 1992, le SIDA n'est pas une cause de décès prédominante à la Réunion puisqu'il ne représente que 0,5 % de l'ensemble des décès (0,8 % en Métropole). Il constitue toutefois la 2^{ème} cause de mort par maladies infectieuses après les infections intestinales.

L'étude montre qu'à la Réunion, le pourcentage de décès dus à cette affection est pratiquement le même pour les deux sexes. Il n'en est pas de même pour la Métropole où le poids du SIDA dans la mortalité chez les hommes est quatre fois supérieur à celui des femmes.

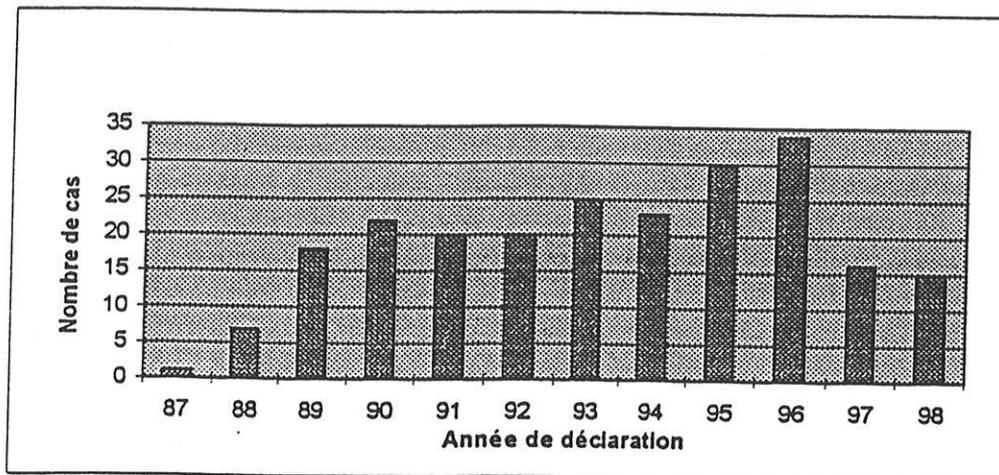
L'âge est un facteur plus déterminant. Comme pour la fréquence, les valeurs les plus hautes sont observées chez les adultes jeunes de 25 à 44 ans. Pour cette tranche d'âge, le poids du SIDA dans la mortalité générale est à la Réunion plus élevé chez les femmes (4,4 %) que chez les hommes (2,9 %). Précisons qu'à cet âge, la mortalité générale féminine dans ce département est nettement plus faible que la mortalité masculine, ce qui explique la part relativement plus importante du SIDA malgré des effectifs relativement faibles. Enfin, 12 % des décès masculins de la tranche d'âge 25-44 ans sont dus au SIDA en Métropole, soit une proportion quatre fois supérieure à celle observée à la Réunion pour cette même population.



Graphique n° 48 : Part des décès dus au Sida dans la mortalité générale en 1992, sujets âgés de 25 à 44 ans.

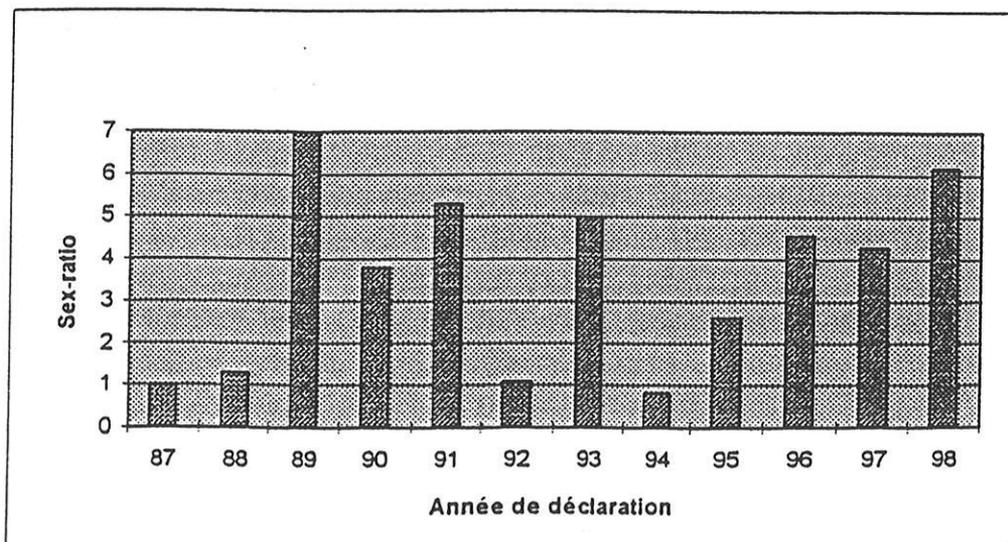
→ Plus récemment :

Le nombre de cas de SIDA déclarés en 1998 est de 15, similaire au nombre de cas de 1997 (16) alors qu'au cours des années précédentes, il était supérieur à 20.



Graphique n° 49 : Nombre de cas de SIDA déclarés à la Réunion de 1987 à 1998.

Comme les années précédentes, les patients sont essentiellement des hommes avec un sex-ratio (homme/femme) en 1998 de 6,5 (4,6 en 1996 et 4,3 en 1997).



Graphique n° 50 : Sex-ratio (homme/femme) des cas de SIDA déclarés à la Réunion de 1987 à 1998.

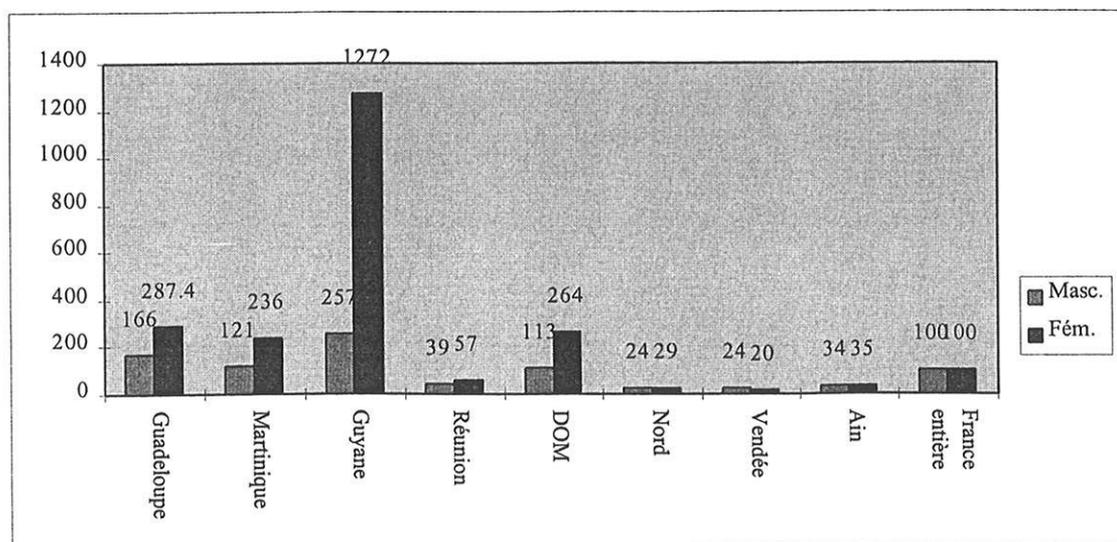
La moyenne d'âge reste similaire à celle des autres années avec 38,7 ans +/- 8,7 ans en 1998. Tous les cas déclarés sont des infections à VIH 1. Pour les hommes, la répartition des modes de contamination des cas déclarés en 1998 est la même qu'en 1997 avec 53,8 % d'hétérosexuels, 23,1 % d'homosexuels, 15,4 % de toxicomanes et un cas de contamination par transfusion sanguine.

En ce qui concerne les femmes, le mode de contamination est à 100 % l'hétérosexualité.

	1997				1998			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Homobisexuel	3	23,1	0	0,0	3	23,1	0	0,0
Hétérosexuel	8	61,5	3	100,0	7	53,8	2	100,0
Toxicomane	2	15,4	0	0,0	2	15,4	0	0,0
Transfusion	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Hémophile	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tableau n° 43 : Modes de contamination par sexe, des cas de SIDA déclarés à la Réunion en 1997 (N = 16) et 1998 (N = 15).

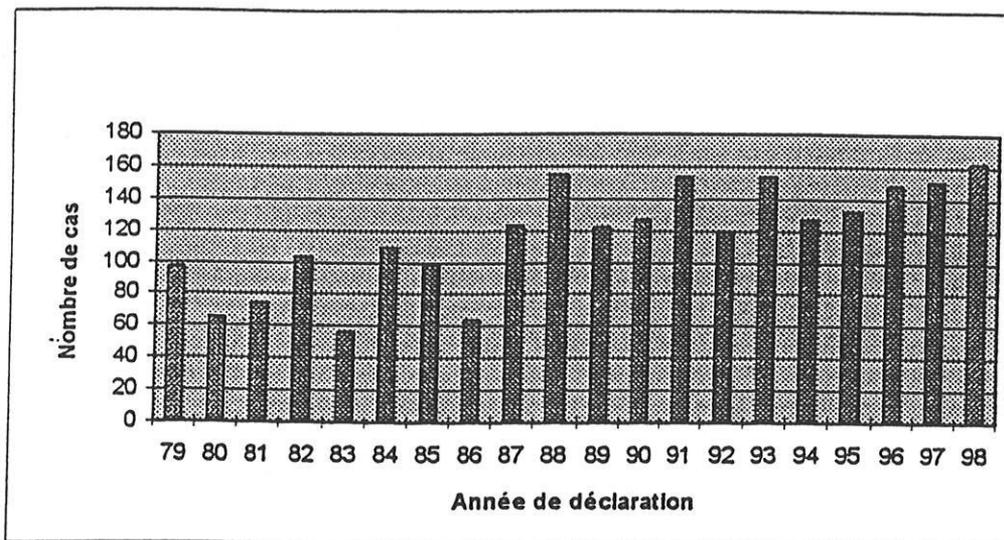
Les DOM, excepté la Réunion présentent des indices comparatifs de mortalité très élevés.



Graphique n° 51 : Indices comparatifs de mortalité par SIDA (1992-1994).

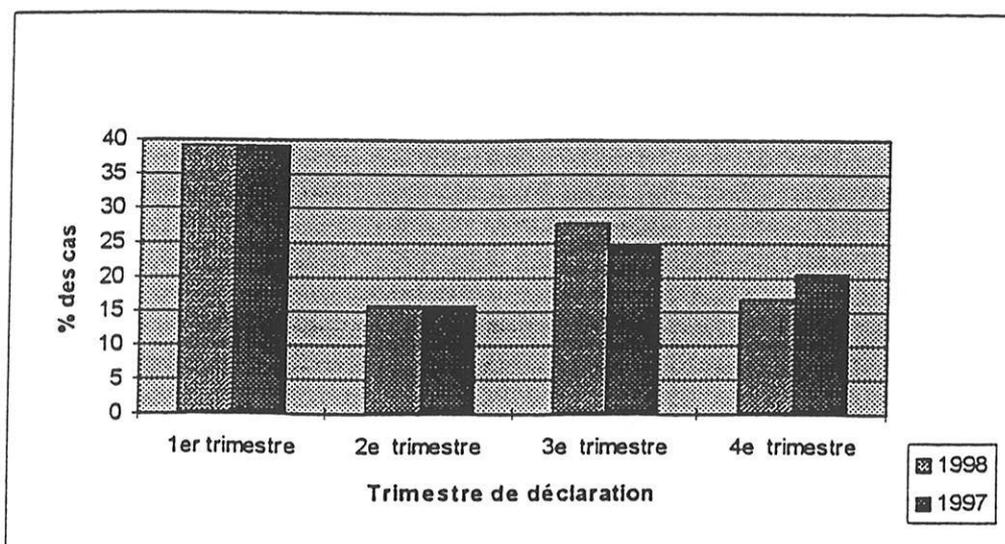
b) Le paludisme

Le paludisme réapparaît progressivement depuis environ dix à douze ans avec une accentuation de l'augmentation du nombre de cas de 1996 à 1998 avec respectivement 148 et 163 cas déclarés. Il ne s'agit que de paludisme d'importation touchant des sujets ayant fait un séjour en zone impaludée.



Graphique n° 52 : Nombre de cas de paludisme déclarés à la Réunion de 1979 à 1998.

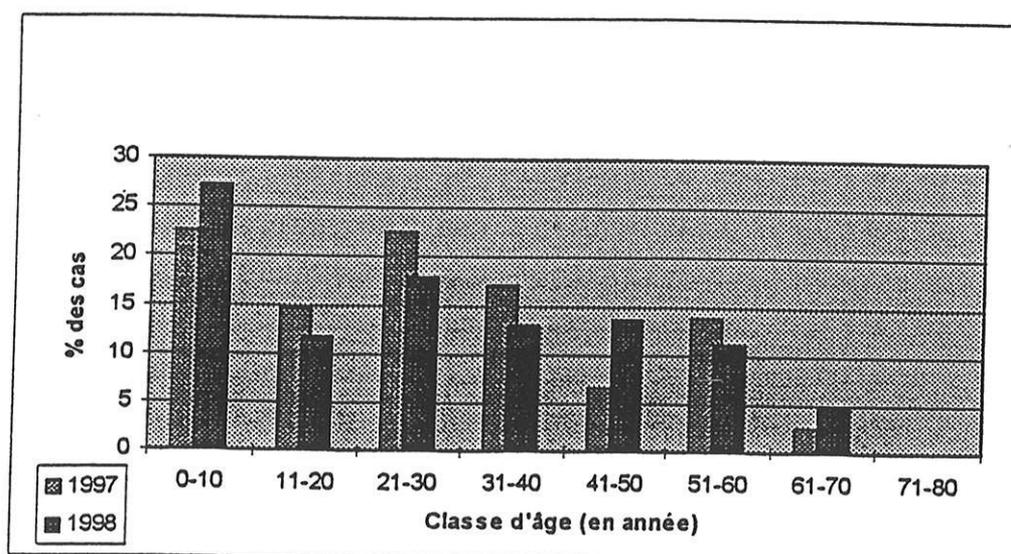
Comme les années précédentes, il existe un caractère saisonnier dans la distribution des cas : environ un tiers des cas sont déclarés à la fin du 1^{er} trimestre marquant le retour des vacances d'été austral (janvier et février), le retour des vacances d'août expliquant le pic du 3^{ème} trimestre.



Graphique n° 53 : Répartition trimestrielle des cas déclarés de paludisme à la Réunion en 1997 et 1998.

55 % des cas déclarés en 1998 concernent des hommes contre 68,2 % en 97 et 62,8 % en 96.

Les enfants de moins de 10 ans, en 1996 comme en 1997, représentent plus de 25 % des cas déclarés, la moyenne d'âge des cas étant de 28,2 +/- 19,1 en 1998.



Graphique n° 54 : Répartition par classes d'âge des cas de paludisme déclarés à la Réunion en 1997 et 1998.

La ou les espèces plasmodiales mises en évidence se répartissent de la même façon que les années précédentes. Le Plasmodium falciparum est le plus souvent rencontré (84 % des cas en 1998) ainsi que le Plasmodium vivax (10,4 % en 98). Les autres espèces retrouvées sont une association de P. falciparum avec une des autres espèces plasmodiales (2,3 % en 98) et du P. malariae (0,6 % en 98).

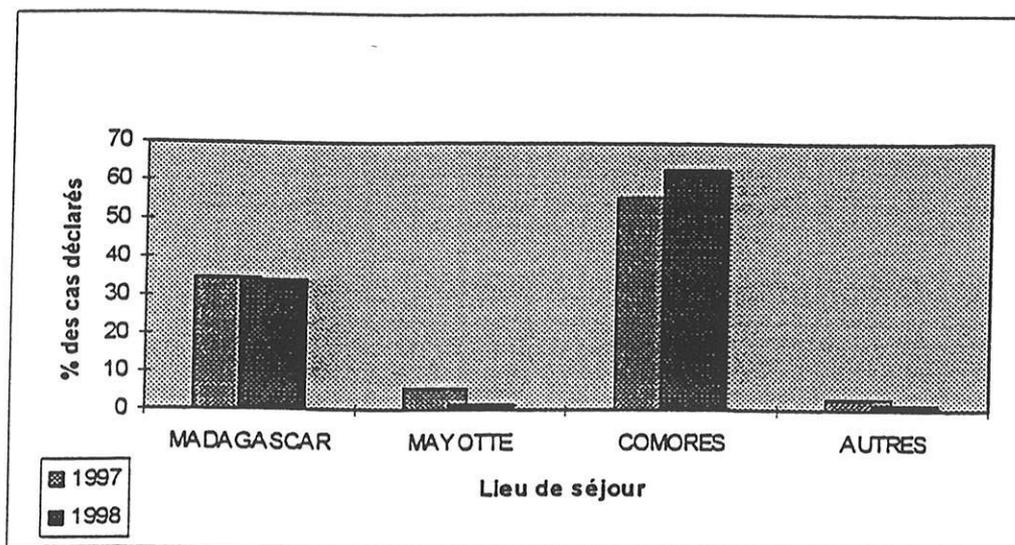
	1996		1997		1998	
	n	%	n	%	n	%
Falciparum	124	83,8	118	78,1	137	84,0
Vivax	19	12,8	24	15,9	17	10,4
Ovale	3	2,0	2	1,3	1	0,6
Malariae	0	0,0	4	2,7	1	0,6
Falciparum + Autre	2	1,4	3	2,0	4	2,5
Inconnue	0	0,0	0	0,0	3	1,8

Tableau n° 44 : Espèces plasmodiales mises en évidence pour les cas de paludisme déclarés à la Réunion en 1996, 1997 et 1998.

Comme pour les espèces plasmodiales, le lieu de séjour ne varie pas par rapport aux années précédentes.

Les patients ont séjourné principalement aux Comores (63 % en 98) et à Madagascar (34,2 % en 98). Deux patients ont séjourné à Mayotte (1,4 %) et 2 en Afrique (1,4 %).

Comme en 1997, aucun cas n'est rattaché à un séjour à Maurice. On peut noter que pour l'essentiel des patients le lieu de séjour était un pays où la résistance du P. falciparum à la nivaquine est avérée.



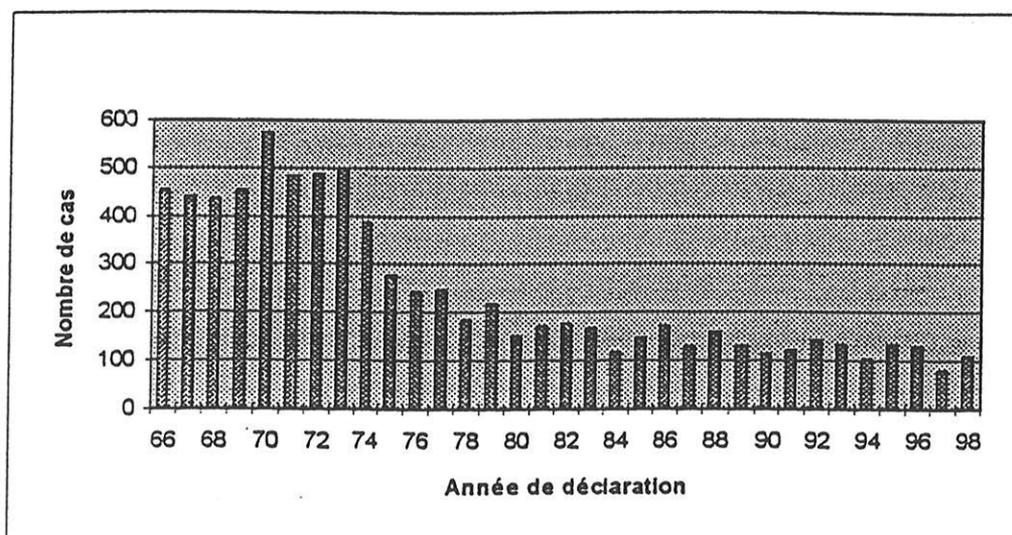
Graphique n° 55 : Lieu de séjour des cas de paludisme déclarés à la Réunion en 1997 et 1998.

57 % des sujets résidant à la Réunion ont suivi une chimioprophylaxie lors d'un voyage. Parmi eux seulement 42 % ont pris un produit adapté et 14 % ont pris un produit adapté de manière irrégulière. Ces chiffres sont faibles puisque 93,5 % des cas déclarés connaissaient le risque du paludisme avant leur départ !

Cinq décès sont à déplorer.

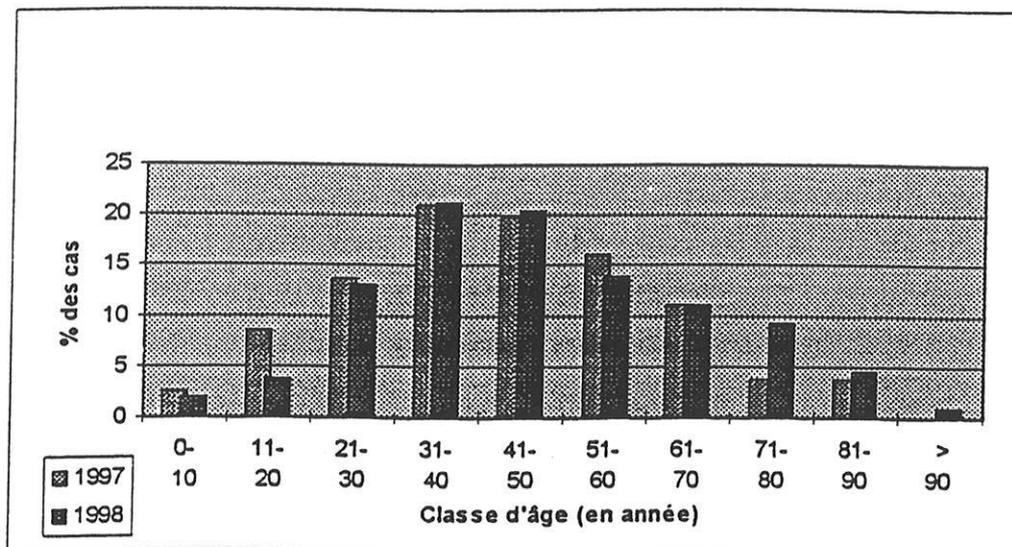
c) La tuberculose

Le nombre de cas déclarés de tuberculose en 98 est de 108 après une chute de 130 en 1996 à 81 en 97.



Graphique n° 56 : Nombre de cas de tuberculose déclarés à la Réunion de 1966 à 1998.

On retrouve une prédominance masculine avec un sex-ratio (homme/femme) de 1,5 en 98.
L'âge moyen des cas déclarés est en 98 de 46,5 ans +/- 19 ans.



Graphique n° 57 : Répartition par tranches d'âge des cas de tuberculose déclarés à la Réunion en 1997 et 1998.

La localisation la plus fréquente est pulmonaire (90,7 %), on trouve également quelques cas de formes pleurales, ganglionnaires ou ostéo-articulaires.

	1997		1998	
	n ^a	% ^a	n ^a	% ^a
Pulmonaire	66	81,5	98	90,7
Pleurale	7	8,6	4	3,7
Ganglionnaire	5	6,2	4	3,7
Génitale	4	4,9	0	0,0
Ostéo-articulaire	2	2,5	2	1,9
Méningée	2	2,5	0	0,0
Autre	4	4,9	5	4,6

a. La somme des effectifs dépasse le nombre total de cas déclarés et la somme des pourcentages est supérieure à 100 % car les différentes formes peuvent être associées.

Tableau n° 45 : Localisations des cas de tuberculose déclarés à la Réunion en 1997 (N = 81) et en 1998 (N = 108).

Pour 52,8 % des cas, une sérologie HIV a été réalisée. Sur ces 57 patients, deux sont séropositifs

d) Les toxi-infections alimentaires collectives

En 1998, 14 foyers de TIAC ont été déclarés, concernant environ 275 patients.

En ce qui concerne l'origine de l'intoxication, un foyer a été identifié comme étant une intoxication à l'histamine (conserves de thon) et deux foyers semblent liés à la consommation de champignons de canne.

Pour les autres cas, les analyses ont mis en évidence des contaminations par des salmonelles, des coliformes et des staphylocoques dorés.

IV-10-5-Comparaison avec la Métropole (37)

La mortalité par maladies infectieuses est supérieure à celle de la Métropole (+ 30 %) (voir graphique n° 20).

Bien qu'en régression, les infections intestinales font mourir trois fois plus les habitants de l'île, quel que soit le sexe, les victimes étant le plus souvent des enfants ou des personnes âgées. De même le risque de décès par tuberculose est deux fois plus élevé, surtout chez les hommes.

En revanche, le SIDA est moins meurtrier qu'en Métropole.

IV-11-L'ALCOOLISME (17)

→ Comme nous l'avons vu précédemment, à la Réunion, la mortalité par cirrhose et psychose due à l'alcool, en terme de taux comparatif est supérieure à la moyenne nationale. La fréquence de l'alcoolisme ajoutée à celle de la cirrhose fait de la pathologie alcoolique (tous sexes et âges confondus) la 2^{ème} cause précise de mortalité à la Réunion après les maladies vasculaires cérébrales.

On peut ajouter à ces deux pathologies, les cancers des voies aéro-digestives supérieures, également en grande partie imputables à l'alcool.

Ce fléau est également responsable du syndrome d'alcoolisme fœtal, non négligeable à la Réunion.

L'alcool favorise aussi les pathologies respiratoires, cardiovasculaires et les morts violentes.

→ Concernant la consommation d'alcool à la Réunion, il existe une stabilité de la consommation en alcool pur depuis une dizaine d'années.

Toutefois, l'évolution des comportements se traduit par une hausse de la consommation de bières au détriment de la consommation de rhums. Ainsi, la place de la consommation de rhums et spiritueux dans la consommation globale est passée de 60 % en 1990 à 51 % en 1998. Parallèlement, la consommation de bières est passée de 14 % à 22 %, celle de vins et champagnes restant stable (26-27 %).

Année ou période	Rhums	Spiritueux locaux	Spiritueux importés	Bières	Vins & Champagnes	Total
1990	17 366 37%	4 573 10%	6 248 13%	6 592 14%	12 028 26%	46 807 100%
1996	16 966 32%	5 700 11%	5 149 10%	10 908 21%	13 412 26%	52 135 100%
1997	17 022 32%	5 672 11%	4 951 9%	11 666 22%	13 725 26%	53 036 100%
1998	17 254 31%	5 783 10%	5 401 10%	12 265 22%	15 457 27%	56 160 100%

Sources : Direction Générale des douanes.

Tableau n° 46 : Consommation d'alcool en hectolitres d'alcool pur à la Réunion.

En France métropolitaine, la consommation annuelle moyenne par habitant de 20 ans et plus est passée de 13 litres d'alcool pur en 1986 à 11,5 litres en 1995.

A la Réunion, les quantités annuelles par habitant demeurent constantes entre 1990 et 1998, environ 13 litres d'alcool pur, soit supérieures à la consommation moyenne de l'hexagone.

Année	Consommation totale totale (en hectolitres*)	Consommation par habitant (en litres*)	Consommation par habitant de 20 ans et plus (en litres*)
1990	46 807	7,8	13,0
1997	53 036	7,7	12,7
1998	56 160	8,0	13,2

* d'alcool pur

Tableau n° 47 : Consommation d'alcool en hectolitres d'alcool pur à la Réunion estimée par habitant et par adulte de 20 ans et plus.

→ A la Réunion, l'alcoolisme semble toucher davantage les communes situées dans le Sud de l'île que celles du Nord et de l'Est.

IV-12-LA TOXICOMANIE (14)

→ Les enquêtes réalisées annuellement au mois de novembre, depuis 1987, par le Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Informations, sont destinées à avoir une meilleure connaissance de la population toxicomane ayant recours au système sanitaire et social.

→ A la Réunion, en novembre 1997, 74 toxicomanes ont eu recours aux structures sanitaires et sociales.

Bien que les effectifs soient faibles, on note depuis la première enquête de ce type en 1988, une évolution sensible à la hausse.

→ Il existe une proportion quasiment équivalente entre ceux qui sont pris en charge dans les hôpitaux (44,6 %) et ceux qui le sont dans les établissements spécialisés (45,9 %), 9,5 % étant suivis dans les établissements sociaux. En Métropole, la répartition est différente : 48,5 % en établissements spécialisés, 30,7 % dans les hôpitaux et 20,8 % en établissements sociaux.

- quatre toxicomanes sur cinq sont des hommes. Cette prédominance masculine est moins importante qu'en Métropole.
- l'âge moyen des toxicomanes est de 33 ans, supérieur à la Métropole (29 ans).
- 52 % des toxicomanes sont au chômage ou déclarés inactifs.
- 34 % ont une activité rémunérée.
- 3 % seulement sont étudiants.

→ Le toxicomane réunionnais consomme principalement du cannabis (appelé Zamal), actuellement en diminution (63 % en 1995 et 47 % en 1997) au profit de médicaments (43 % en 1997) comme les antidépresseurs, les benzodiazépines et autres tranquillisants.

A noter la marginalisation de l'héroïne (4 %).

On remarque également dans les médicaments utilisés la présence de l'Artane, antiparkinsonien entrant dans de nombreuses polytoxicomanies connues à la Réunion telle le bang (Artane + rhum + Zamal) (17).

- 24 % utilisent la voie intraveineuse à la Réunion (36 % en 1995) contre 70 % en Métropole. Ce pourcentage est relativement important, dans la mesure où cette voie d'administration est principalement liée à la consommation d'héroïne, peu répandue à la Réunion.

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'à la Réunion les toxicomanes sous Subutex sont souvent d'anciens héroïnomanes et continuent à s'administrer le Subutex par voie intraveineuse.

- 52 % des sujets utilisent un produit associé (62 % en Métropole), l'association la plus fréquente restant l'alcool.

→ Quant aux pathologies associées telles que le SIDA et l'hépatite C, il semble qu'à la Réunion, les toxicomanes soient peu enclins à réaliser les tests.

La différence avec la Métropole est même très importante puisque seulement 27 % des toxicomanes réunionnais suivis ont subi le test du VIH et 25 % celui de l'hépatite C, contre respectivement 83 % et 76 % en Métropole.

→ En ce qui concerne la proportion de toxicomanes dans les DOM, la Réunion est la moins touchée (10,1 %). Viennent ensuite la Guyane (15,3 %), la Guadeloupe (36,1 %) et la Martinique (38,5 %).

Les toxicomanes sont en moyenne plus jeunes en Guadeloupe et à la Réunion et plus âgés en Guyane et en Martinique.

Les produits les plus fréquemment consommés en produit principal dans les DOM sont le cannabis et le crack (inexistant à la Réunion).

A la Réunion, le datura, plante locale extrêmement dangereuse n'est connue que de certains initiés à la différence notamment du Zamal.

Le Kat, très fortement consommé à Djibouti et au nord de Madagascar est très peu connu à la Réunion.

Il en est de même pour le Brown sugar (héroïne utilisée à l'île Maurice), quasiment inexistante à la Réunion.

	Guadeloupe		Guyane		Martinique		Réunion	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Héroïne et autres opiacés	2	1,2	13	17,8	1	0,5	18	30,0
Dérivés de codéine	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Cannabis et autres dérivés	86	50,0	9	12,3	99	50,5	38	63,3
Psychotropes	0	0,0	1	1,4	2	1,0	4	6,7
Cocaïne	9	5,2	24	32,9	2	1,0	0	0,0
Crack	74	43,0	24	32,9	91	46,4	0	0,0
Temgesic	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alcool	1	0,6	1	1,4	0	0,0	0	0,0
Autres substances + LSD	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0
TOTAL REpondants	172	100,0	73	100,0	196	100,0	60	100,0
Non réponses	0		0		2		0	

**Tableau n° 48 : Principaux produits utilisés par les toxicomanes suivis
en novembre 1995.**

Remarque : à noter un nombre exceptionnellement important d'héroïnomanes en 1995 à la Réunion, qui ne se retrouve pas les autres années.

Dans tous les DOM et pour toutes les tranches d'âge sauf pour les guyanais les plus jeunes, la consommation de drogues est plus faible qu'en Métropole.

IV-13-LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE

(I.V.G.) (13)

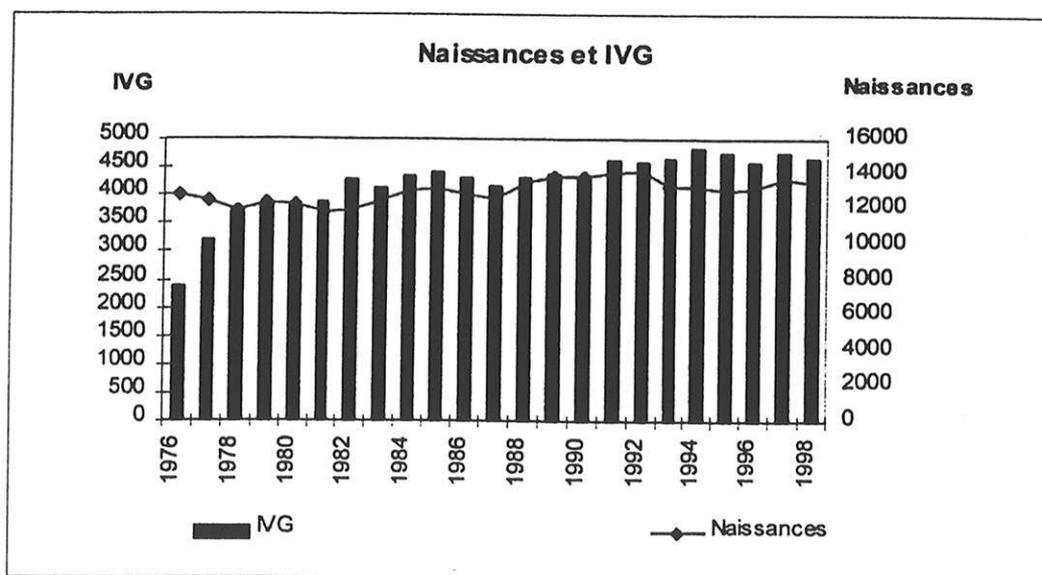
La loi de 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) institue l'obligation de remplir un bulletin de déclaration de chaque intervention. Ce bulletin est anonyme, il contient des informations sur l'acte d'I.V.G. et sur la femme. Ces données existent à la Réunion, comme en Métropole depuis 1976.

IV-13-1-Nombre d'I.V.G. à la Réunion et établissements concernés

Pour l'année 1998, le nombre d'I.V.G. a légèrement diminué, comparé au chiffre de l'année précédente, soit 4657 (contre 4750 en 1997). Cette diminution s'accompagne toutefois d'une baisse du nombre des naissances.

Cependant en dix ans, le nombre d'I.V.G. pratiquées à la Réunion ayant fait l'objet d'une déclaration a augmenté de 8 % tandis que le nombre de naissances est resté sensiblement stable.

En 1998, 52 avortements ont été pratiqués pour motif strictement thérapeutique, soit 1,1 % des cas.



Graphique n° 58 : Nombre de naissances et d'I.V.G. à la Réunion de 1976 à 1998.

Presque les 3/4 des I.V.G. sont réalisées dans un établissement public. Un avortement sur deux se déroule à St Denis.

IV-13-2- Caractéristiques des femmes

a) Age

Environ la moitié des femmes ont moins de 27 ans. L'âge moyen des femmes ayant subi une I.V.G. en 1998 est de 27,5 ans avec un écart type de +/- 7 ans.

Tranche d'âge	Effectifs	%	% cumulés
<i>moins de 15 ans</i>	19	0.4	0.4
<i>de 15 à 19 ans</i>	695	14.9	15.3
<i>de 20 à 24 ans</i>	1 134	24.4	39.7
<i>de 25 à 29 ans</i>	940	20.2	59.9
<i>de 30 à 34 ans</i>	918	19.7	79.6
<i>de 35 à 39 ans</i>	639	13.7	93.3
<i>de 40 à 44 ans</i>	242	5.2	98,5
<i>45 ans et plus</i>	34	0,7	99.2
<i>Age inconnu</i>	36	0.8	100,0
Total	4 657	100,0	

Tableau n° 49 : Répartition par tranches d'âge des femmes ayant subi une I.V.G. en 1998 à la Réunion.

La pratique de l'avortement croît rapidement avec l'avancée en âge de la femme jusqu'à 20-24 ans, puis, à partir de 25 ans, l'avortement diminue progressivement.

b) Situation légale et situation de fait

Une structure familiale incomplète paraît être mise en évidence chez les femmes pratiquant une I.V.G. : deux tiers d'entre elles sont célibataires (situation légale), plus de la moitié vivent hors couple (situation de fait).

		Effectifs	%	% cumulés
Situation de fait	<i>Vit seule</i>	2 488	53,4	53,4
	<i>Vit en couple</i>	1 348	29,0	82,4
	<i>Non réponse</i>	821	17,6	100,0
	Total	4 657	100,0	
Situation légale	<i>Célibataire</i>	3 196	68,6	68,6
	<i>Mariée</i>	893	19,2	87,8
	<i>Mariée et séparée de fait ou de corps</i>	60	1,3	89,1
	<i>Divorcée</i>	102	2,2	91,3
	<i>Veuve</i>	24	0,5	91,8
	<i>Non réponse</i>	382	8,2	100,0
	Total	4 657	100,0	

**Tableau n° 50 : Situation légale et de fait des femmes ayant subi une I.V.G.
en 1998 à la Réunion.**

c) Activité professionnelle

Seulement 1/4 des femmes sont actives (salariée ou à son compte).

En comparaison avec la distribution des situations professionnelles des femmes à la Réunion (dernière colonne du tableau suivant), on observe une semblable distribution chez les femmes ayant subi une I.V.G. en 1998. Seules les femmes au chômage sont plus nombreuses à avorter tandis que les femmes au foyer sont au contraire moins nombreuses.

Activité professionnelle	Effectifs	%	% cumulés	Réunion %
<i>Salariée</i>	1 129	24,24	24,24	27,7
<i>A son compte</i>	55	1,18	25,42	1,6
<i>Actuellement au chômage</i>	1 665	35,75	61,18	22,4
<i>Femme au foyer</i>	917	19,69	80,87	31,1
<i>Etudiante ou élève</i>	670	14,39	95,25	16,6
<i>Autre</i>	45	0,97	96,22	0,6
<i>Non réponse</i>	176	3,78	100,00	0,6
Total	4 657	100,00		

N.B.: les pourcentages pour l'ensemble de la Réunion sont tirés du RGP 90 pour les femmes de 15 à 49 ans

**Tableau n° 51 : Activité professionnelle des femmes ayant subi une I.V.G.
en 1998 à la Réunion.**

d) Grossesses antérieures

La proportion d'I.V.G. en première grossesse est stable depuis 5 ans, proche de 29 %. Ce pourcentage reste inférieur à celui de Métropole, où plus du tiers des I.V.G. concernent des premières grossesses.

La moyenne d'âge des femmes pratiquant une I.V.G. lors de leur première grossesse est de 21,5 ans. Elles sont seules dans plus de 90 % des cas.

Celle des femmes pratiquant une I.V.G. lors de leur quatrième grossesse atteint 33,6 ans. Elles vivent majoritairement en couples.

Nombre de grossesses antérieures	Effectifs	%	% cumulés
<i>0</i>	1350	29.0	29.0
<i>1</i>	869	18.6	47.6
<i>2</i>	818	17.6	65.2
<i>3</i>	628	13.5	78.7
<i>4</i>	451	9.7	88.4
<i>plus de 4</i>	531	11.4	99.8
<i>Non réponse</i>	10	0.2	100,0
Total	4657	100,0	

**Tableau n° 52 : Nombre de grossesses antérieures chez les femmes
ayant subi une I.V.G. en 1998 à la Réunion.**

e) Les femmes mineures

10,4 % des femmes ayant subi une I.V.G. en 1998 avaient moins de 18 ans.

75 % d'entre elles sont étudiantes, 15 % sont au chômage.

72,8 % sont "seules de fait", contre 96,3 % qui le sont légalement et 1,5 % mariées.

20,7 % de ces mineures ont déjà eu une grossesse antérieure à cette I.V.G.

IV-13-3-Propension à avorter ou taux de recours à l'avortement

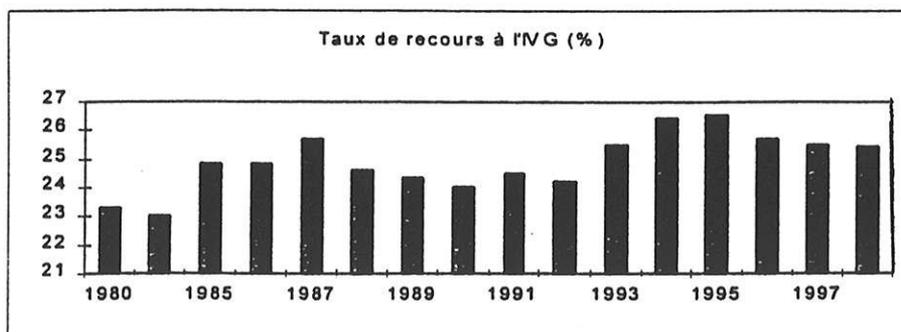
a) Définition

C'est le risque de recourir à l'avortement en cas de grossesse.

On rapporte le nombre d'I.V.G. au nombre total des conceptions de la même année.

Pour obtenir le nombre de conceptions, on additionne les naissances, les morts-nés et les I.V.G.. On ne comptabilise ni les grossesses extra-utérines, ni les fausses couches spontanées.

En 1998, avec 13 550 naissances et 98 enfants mort-nés, le taux de recours à l'avortement s'élève à 25,44 %. Ce taux paraît se stabiliser.



Graphique n° 59 : Taux de recours à l'avortement à la Réunion.

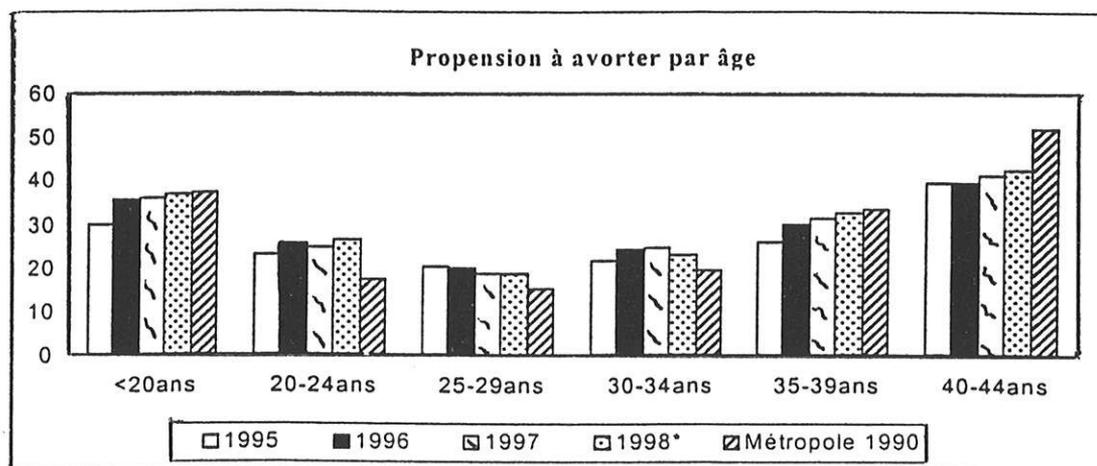
b) Propension à avorter par âge

La propension à avorter par âge suit en 1998 la même évolution que les années précédentes.

Ainsi, le taux de recours à l'avortement diminue avec l'âge jusqu'à 25-29 ans (où il atteint son minimum : 18,4 %) puis augmente progressivement jusqu'à 42,3 %.

On se rapproche ainsi du comportement métropolitain.

En comparaison avec la Métropole (année 1990), les femmes de 20 à 34 ans ont un taux de recours à l'avortement plus élevé. Pour celles de plus de 40 ans, c'est le contraire.



* Estimation de la répartition par âge

Graphique n° 60 : Taux de recours à l'avortement par âge à la Réunion et en Métropole.

IV-13-4-Caractéristiques de l'intervention

Peu d'avortements ont lieu au delà de la 10^{ème} semaine de gestation (9 %). La durée moyenne de gestation en 1998 était de 7,8 semaines (+/- 2,7 semaines).

Les prostaglandines, les techniques d'aspiration et de dilatation mécanique sont les méthodes d'avortement les plus couramment retenues.

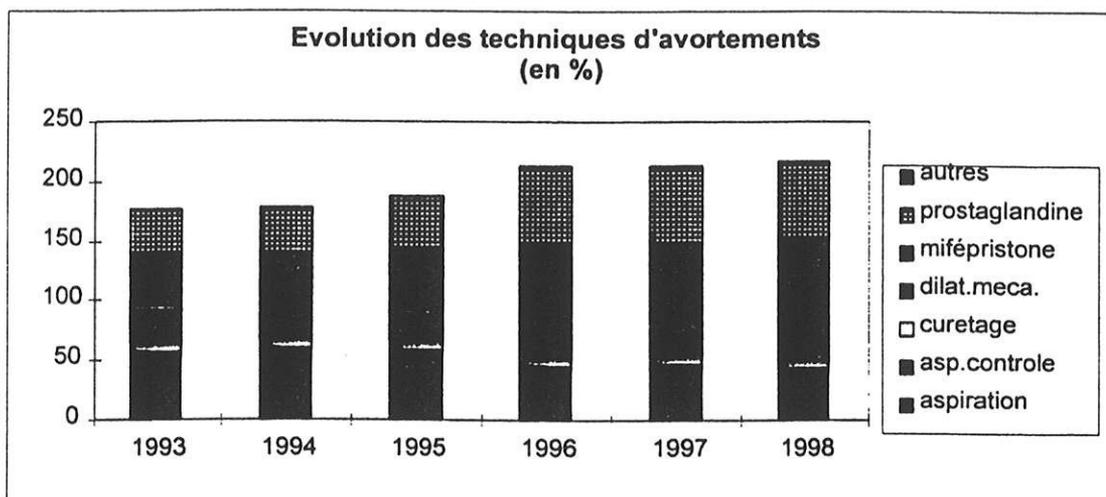


Tableau n° 53 : Techniques d'avortement à la Réunion en 1998.

N'oublions pas que pour une grande majorité des cas, la technique d'avortement est en fait une combinaison de plusieurs techniques.

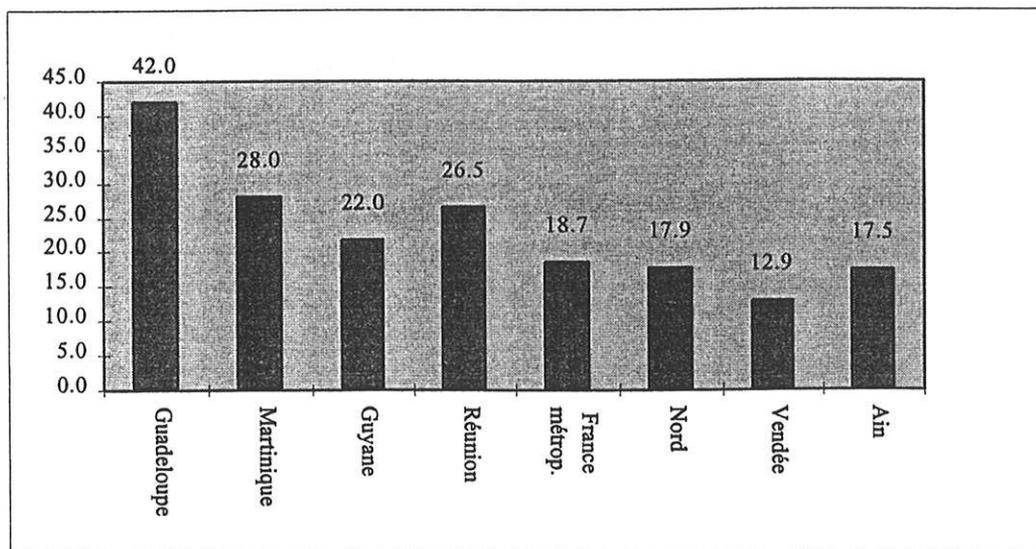
Seulement 19,4 % des femmes utilisent une seule technique d'avortement (aspiration seule dans 53 % des cas, puis la mifépristone dans 35,5 % des cas) et près de la moitié d'entre elles utilisent deux techniques (surtout mifépristone et prostaglandines).

A partir de sept semaines de gestation, les femmes sont plus enclines à combiner trois méthodes d'avortement. L'anesthésie (surtout générale) est nécessaire dans 75 % des cas.

La durée médiane d'hospitalisation est de huit heures.

IV-13-5-Et ailleurs ?

Les I.V.G. sont plus fréquentes dans les DOM qu'en Métropole, et notamment en Guadeloupe où l'on pratique 42 I.V.G. pour 100 conceptions en 1994.



Graphique n° 61 : Nombre d'I.V.G. pour 100 conceptions en 1994.

V-DISCUSSION

Le début du peuplement de la Réunion est dû uniquement à l'immigration de groupes humains diversifiés dans une île totalement déserte. Après l'abolition de l'esclavage en 1848, la population végète à la suite d'une difficile période de stagnation économique, aggravée pendant l'entre-deux guerres.

C'est avec la départementalisation de 1946 que l'ensemble des comportements sociaux, économiques et démographiques se modifie, provoquant le début de la "transition démographique".

Avec un taux d'accroissement annuel de 19 ‰ environ (3,5 ‰ en Métropole en 1999), conséquence d'une mortalité faible et d'une natalité élevée, la population a pratiquement triplé depuis 1946.

La Réunion avait, dans les années 1950, un taux brut de natalité jugé comme étant particulièrement élevé : le taux était de plus de 50 ‰, ce qui semble correspondre à un maximum physiologique. Ces maxima se sont poursuivis jusqu'au milieu des années 1960, constituant à la Réunion les cohortes d'enfants qui posent aujourd'hui le problème de l'explosion démographique. Ensuite, la natalité a baissé régulièrement pour atteindre le taux de 23 ‰ en 1982.

Parallèlement à l'évolution de la natalité, le nombre moyen d'enfants par femme (supérieur à 6 en 1960) a fortement diminué du fait du développement de la contraception et d'une émigration touchant la tranche la plus jeune et la plus fertile de la population. Actuellement à la Réunion, l'indice synthétique de fécondité (2,22 en 1997) reste supérieur à celui de Métropole (1,71), mais l'écart tend à se réduire.

A la Réunion, le taux de natalité, quoiqu'en baisse ces dernières années, reste encore très supérieur (20 ‰ en 1998) à celui de Métropole (12,4 ‰). On distingue deux causes principales :

- la présence plus nombreuse de femmes en âge de procréer, avec l'arrivée à l'âge fécond des générations féminines nées dans les années 1965, et la baisse de l'émigration,

- la modification du calendrier des naissances, leur report et leur décalage dans le temps. Les femmes concernées font partie des tranches d'âges largement représentées aujourd'hui.

La baisse de la mortalité, en chute libre, que connaît la Réunion au lendemain de la seconde guerre mondiale s'explique par l'amélioration du système sanitaire en général et le rajeunissement de la population.

Indépendamment de l'âge et du sexe, les taux de mortalité réunionnais diminuent, exception faite des jeunes femmes de 15 à 19 ans et des jeunes hommes de 20 à 24 ans, compte tenu de l'augmentation des décès par accidents et suicides à ces âges.

Le taux brut de mortalité (5,5 ‰ en 1998), très influencé par la jeunesse de la population, devient même inférieur au taux métropolitain (9,2 ‰) dès les années 1960.

L'utilisation des taux comparatifs de mortalité, évitant l'effet de structure d'âge, retrouve une surmortalité par rapport à la Métropole, sauf pour les jeunes hommes de 10 à 19 ans du fait d'une incidence moins élevée des accidents de la circulation à la Réunion à cette tranche d'âge. La Réunion conserve un niveau de mortalité parmi les plus élevés de l'ensemble des départements français, bien que les progrès accomplis y aient été impressionnants et que la mortalité infantile rejoigne les taux les plus faibles.

La baisse de la mortalité infantile, très spectaculaire et jugée comme unique au monde, aboutit à un taux de 5,7 ‰ en 1997, soit très proche du taux métropolitain. Cet excellent résultat est à opposer au taux de mortalité (7,7 mort-nés pour 1000 naissances totales) qui reste problématique et confirme la nécessité d'une surveillance étroite de la grossesse et de l'accouchement dans ce Département d'Outre-Mer.

Cependant, nous assistons depuis 1994, à une légère hausse de la mortalité liée au vieillissement de la population et à l'émergence de certaines causes de décès (maladies cardiovasculaires, tumeurs, accidents).

L'espérance de vie qui a considérablement progressé pour atteindre 74,4 ans en 1998 reste encore inférieure de quatre ans à celle de la Métropole. L'écart est faible mais sera difficile à combler du fait d'une mortalité infantile ayant atteint un niveau quasi minimum.

La différence d'espérance de vie entre hommes et femmes à la Réunion (8,3 ans en 1998) est l'une des plus importantes au monde (7,6 ans en Métropole), l'abus d'alcool n'y étant pas étranger !

Cette surmortalité masculine semble actuellement s'atténuer : diminution de la consommation d'alcool par les hommes et accentuation des risques pris par les femmes liés à une similitude des comportements (consommation de tabac et d'alcool).

L'île comptait 707.220 habitants au 1^{er} janvier 1999 dont 51,1 % de femmes et 48,9 % d'hommes.

Bien que plus nombreux à la naissance, les hommes perdent rapidement cette majorité, du fait d'une surmortalité constante à tous les âges, principalement due à la consommation d'alcool. Cette surmortalité augmente avec l'âge accentuée par deux pics, l'un vers 15-25 ans dû aux accidents de la circulation, l'autre vers 50-59 ans dû aux cancers des alcoolotabagiques et aux maladies cardiovasculaires.

En 1990, 40 % des Réunionnais avaient moins de 20 ans. Cette proportion est en net recul, conséquence directe de la baisse de la natalité.

La Réunion reste malgré tout beaucoup plus jeune que la Métropole avec en 1997, 38 % de moins de 20 ans contre 26 %.

Corrélativement, la proportion des personnes de plus de 60 ans à la Réunion est faible (10 % en 1997 contre 20 % en Métropole). Néanmoins le sommet de la pyramide des âges réunionnaise s'élargit traduisant un vieillissement inéluctable de la population de l'île, qui ne pourra que s'accroître par la baisse de la fécondité.

Dans l'analyse des principales causes de décès basée sur la fréquence relative, on trouve une grande similitude avec la Métropole. Les maladies de l'appareil circulatoire occupent la première place; puis viennent les tumeurs, les causes extérieures de traumatismes, les maladies de l'appareil respiratoire, celles de l'appareil digestif, les causes mal définies, les maladies endocriniennes puis les troubles mentaux (dont la psychose alcoolique).

Les taux comparatifs de mortalité par cause entre Réunion et Métropole nous permettent de définir le concept de surmortalité. Seules deux pathologies, le SIDA et les cancers font proportionnellement moins de victimes à la Réunion.

Les maladies endocriniennes, respiratoires et mentales ont des taux de surmortalité supérieurs à 2. Les décès par maladies vasculaires, digestives et infectieuses, sont également plus fréquents dans l'île, mais la surmortalité par rapport à la Métropole est plus faible.

La Réunion a subi après la départementalisation une "transition épidémiologique" beaucoup plus rapide que celle qu'a connue la Métropole, faisant coexister des maladies à pathologies de type "pays en développement" et celles de type "pays développés".

Ainsi, sur le plan cardiovasculaire, sont retrouvées des pathologies de pays en développement :

- insuffisances cardiaques, accidents vasculaires cérébraux et insuffisances rénales secondaires à des hypertensions artérielles très sévères, non ou sous-traitées.
- valvulopathies post rhumatisme articulaire aigu.

Par contre, l'abondance de nourriture et le vieillissement de la population ont favorisé les pathologies de pays développés : essentiellement les cardiopathies ischémiques, du fait de l'augmentation de certains facteurs de risque comme l'obésité, les dyslipidémies, le tabagisme, le diabète, la sédentarité et l'hypertension artérielle modérée.

Le passage rapide (en une génération) de la privation à l'abondance alimentaire a fait apparaître à la Réunion des pathologies dites "émergentes" comme le tabagisme et le syndrome multi-métabolique (association obésité-diabète gras - hypertension - dyslipidémie) responsables de cardiopathies ischémiques, d'insuffisances rénales et d'artérites.

Les pathologies cardiovasculaires sont en augmentation et représentent la première cause de mortalité à la Réunion comme en Métropole. La surmortalité masculine est de 1,5. La mortalité des maladies de l'appareil circulatoire est plus importante qu'en Métropole (+ 50 %).

L'incidence des cardiopathies ischémiques relativement élevée par rapport à la Métropole résulte de trois facteurs associés :

- coronaropathie à pathologies de pays développés.

- colonie indienne importante (20 %) présentant une prédisposition ethnique à la coronaropathie. (22)
- troubles métaboliques à pathologies "émergentes".

Ces cardiopathies ischémiques sont plus précoces (transition épidémiologique rapide) et plus meurtrières par manque de moyens (notamment en terme de prévention).

Les accidents vasculaires cérébraux, dont l'incidence est voisine de celle des pays en voie de développement (transition épidémiologique rapide) entraînent une mortalité deux fois supérieure à celle de la Métropole. C'est la première cause précise de mortalité à la Réunion.

La sur-représentation des Réunionnais à l'hypertension artérielle semble liée à la transition épidémiologique rapide mais également à une prédisposition ethnique des sujets noirs d'origine africaine (7 % de la population). (22)

Le nombre important d'entrées en dialyse rénale, proportionnellement deux fois supérieur à la Réunion, provient de la forte incidence de l'HTA et du diabète;

Enfin l'alimentation hyperlipidique, hyperglucidique et hypersodée participe à l'augmentation des maladies cardiovasculaires sur l'île.

Les cancers, deuxième cause de mortalité à la Réunion, augmentent tout en restant moins fréquents qu'en Métropole. L'indice de surmortalité masculine est supérieur à 2.

Les principales localisations sont les voies aéro-digestives supérieures (V.A.D.S.) et le poumon chez l'homme, le sein et l'utérus chez la femme. Le classement est identique si l'on considère la mortalité de ces cancers.

La plupart d'entre-eux font moins de victimes à la Réunion qu'en Métropole :

- le cancer du poumon (la sous-mortalité réunionnaise semble s'expliquer par un tabagisme moins important).
- le cancer de la prostate (deux facteurs associés ou non peuvent être évoqués : la faible prédisposition des asiatiques pour ce cancer, mais les Chinois ne représentent que 4 % de la population, l'alimentation riche en riz qui est à la base du repas réunionnais). (19)
- le cancer du sein (les Réunionnaises semblent protégées par une fécondité élevée et précoce, mais peut-être aussi par une contraception hormonale peu développée). (38)

- le cancer de l'intestin (les causes, probablement alimentaires de cette sous-mortalité restent à éclaircir).

Par contre, certains cancers sont particulièrement fréquents à la Réunion :

- le cancer de l'œsophage chez l'homme (la forte consommation élevée d'alcools forts en est la principale cause).
- le cancer de l'estomac chez l'homme (la consommation importante à la Réunion d'aliments salés ou fumés joue probablement un rôle déterminant). (2)
- le cancer du col utérin (la fécondité élevée et précoce des femmes réunionnaises est un facteur de risque). (38)

Les décès par mort violente, troisième cause de mortalité à la Réunion, concernent trois fois plus les hommes que les femmes (cinq fois plus entre 15 et 25 ans). Les accidents et les suicides représentant 50 % des décès sont chez les hommes légèrement plus fréquents et plus meurtriers à la Réunion qu'en Métropole.

Par contre, les accidents de la circulation sont proportionnellement plus importants qu'en Métropole. Ils touchent beaucoup plus les hommes que les femmes (indice de surmortalité à 4 passant à 6 chez les jeunes gens). C'est la première cause de mortalité par mort violente des jeunes de l'île. Ce phénomène de civilisation semble majoré par l'abus d'alcool, un réseau routier surchargé et un véritable culte voué à l'automobile (TUNING) !

Le taux comparatif de mortalité par suicide, inférieur à celui de la Métropole, semble en baisse, mais la Réunion reste le DOM le plus touché. Les hommes sont trois fois plus concernés que les femmes. Le suicide représente la première cause de mortalité par mort violente à l'âge adulte sur l'île. Faut-il rappeler que l'île reste très touchée sur le plan économique avec un taux de chômage avoisinant les 40 % ?

Les homicides sont respectivement pour les femmes et les hommes, 4 à 7 fois plus fréquents à la Réunion. L'insécurité s'installe sur l'île, le taux de chômage n'y étant pas étranger !

Les décès par chute accidentelle sont deux fois plus fréquents chez les femmes et dépassent vers 70 ans les deux premières causes de décès par mort violente.

Les décès par noyade ne sont pas négligeables à la Réunion. Rien d'étonnant sur une île où la baignade, possible toute l'année, est rendue dangereuse par une mer inhospitalière (forte houle, courants violents) !

Les maladies de l'appareil respiratoire présentent des taux comparatifs de surmortalité deux fois plus importants qu'en Métropole, probablement en rapport avec l'alcool-tabagisme.

Il existe une surmortalité masculine concernant les bronchites chroniques, les pneumopathies et l'asthme.

La morbidité par asthme est trois à quatre fois plus élevée dans l'île. N'y a-t-il pas d'autres causes que le tabagisme à cette surexposition des Réunionnais (climat humide, fleurs de canne) ?

La tuberculose pulmonaire touche également plus souvent les hommes réunionnais que les femmes. Elle reste encore bien présente dans l'île favorisée par la persistance de groupes socio-économiques défavorisés, de logements insalubres, de foyers surpeuplés et par l'augmentation des éthylo-tabagiques.

Le taux comparatif de mortalité des maladies digestives est plus élevé qu'en Métropole de 50 %. L'indice de surmortalité masculine atteint 1,6.

La cirrhose, représentant près de 60 % de ces décès, fait deux fois plus de victimes à la Réunion qu'en Métropole. Une fois de plus, l'alcoolisme en est grandement responsable.

Les décès par troubles mentaux, essentiellement dûs aux psychoses alcooliques, surtout chez les hommes, sont deux fois plus fréquents à la Réunion.

La psychose alcoolique fait proportionnellement six fois plus de victimes qu'en Métropole, étant elle-même plus fréquente du fait de l'alcoolisme important à la Réunion.

La surmortalité masculine par psychose alcoolique est très élevée (5 fois plus de décès). Il est vrai qu'ils consomment plus d'alcools forts (rhum) que ces dames !

Contrairement aux femmes, les hommes sont plus touchés par ces troubles que par la cirrhose.

Les maladies endocriniennes sont responsables de la plus grande surmortalité par rapport à la Métropole avec un taux comparatif de mortalité 2,5 fois supérieur. Il existe une légère surmortalité masculine.

Le diabète représente plus de 70 % des décès par maladies endocriniennes. Ce sont les femmes qui sont le plus touchées par le diabète à la Réunion, même si les jeunes diabétiques sont plutôt de sexe masculin.

La surmortalité du diabète à la Réunion atteint un indice de 3 pour les hommes et de 4 pour les femmes.

La forte prévalence du diabète sur l'île est très liée au mode de vie des Réunionnais et notamment à leur alimentation hypercalorique et hyperglucidique. L'existence d'un facteur ethnique (prédisposition des Indiens au diabète) n'est pas exclue. (22)

Les symptômes, signes et états morbides mal définis comprennent essentiellement les décès de cause inconnue ou non déclarée, la sénilité et la mort subite de cause inconnue.

Chez l'homme, les causes inconnues ou non déclarées sont les plus fréquentes, alors que chez la femme, c'est la sénilité qui devance les autres causes.

La mort subite est plus souvent masculine.

Les maladies infectieuses entraînent un taux comparatif de mortalité à la Réunion supérieur de 30 % à celui de la Métropole.

Les infections intestinales diminuent mais sont encore trois fois plus meurtrières qu'en Métropole. Par crainte des infections parasitaires, l'utilisation des antihelminthiques, "à visée préventive", n'est pas rare à la Réunion !

Ces dernières années, aucune maladie à déclaration obligatoire justiciable de mesures exceptionnelles (choléra, peste, variole, fièvre jaune, rage, typhus exanthématique, fièvres hémorragiques africaines) n'a été diagnostiquée à la Réunion.

Il en est de même pour certaines maladies soumises à surveillance épidémiologique justifiant des mesures locales de santé publique (botulisme, brucellose, diphtérie, légionellose, poliomyélite).

D'autres maladies présentent quelques rares cas à la Réunion (fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, tétanos, méningite à méningocoque, listériose, maladie de Creutzfeld-Jacob).

Le SIDA est apparu avec du retard à la Réunion (1^{er} cas en 1988) par rapport à la Métropole mais sa progression est plus rapide. Il existe une surmortalité masculine mais moins importante qu'en Métropole.

La mortalité due au SIDA, quoique 2,5 fois plus faible à la Réunion, représente tout de même la deuxième cause de mortalité par maladies infectieuses sur l'île après les infections intestinales.

Les hommes y sont plus de 6,5 fois touchés par cette affection que les femmes.

Le paludisme à la Réunion est en augmentation. Il s'agit d'un paludisme d'importation (les Comores, Madagascar, Mayotte, Afrique), dû principalement à *plasmodium falciparum*. Les hommes sont plus atteints que les femmes.

Le niveau d'hygiène et la nécessité d'un traitement long et fastidieux font de la tuberculose une maladie encore présente dans l'île, avec une légère prédominance masculine.

Nous retrouvons également quelques toxi-infections alimentaires collectives.

La pathologie alcoolique, regroupant la cirrhose et la psychose alcoolique représente la deuxième cause précise de mortalité sur l'île. La mortalité par alcoolisme est supérieure à celle de Métropole (elle même plus touchée que les autres pays de la Communauté Européenne).

Le Réunionnais consomme plus d'alcool que le Métropolitain mais semble peu à peu délaissier le rhum au profit d'autres boissons (bière, vin).

Pourtant l'on sait qu'en fragilisant l'organisme, l'alcool a un rôle important dans le comportement des individus et déterminant dans de nombreuses affections.

L'intoxication alcoolique est responsable de nombreuses morts violentes (accidents et suicides).

En tant que drogue, l'alcool entraîne un syndrome d'alcoolisme fœtal, non négligeable à la Réunion.

On retrouve l'alcool comme dénominateur commun à certains cancers des voies aéro-digestives supérieures ainsi qu'à certaines affections cardiovasculaires et respiratoires.

La Réunion, en terme d'alcoolisme, semble à la fois victime de son passé (culture intensive de la canne à sucre) et d'un niveau économique actuel précaire (40 % de chômeurs).

CONCLUSION

Profitant d'un stage chez un médecin généraliste "des hauts" de l'île et plus précisément de l'étude de son activité sur trois mois, nous avons souhaité analyser plus globalement la morbidité réunionnaise et ses différences avec la Métropole.

La Réunion, île de l'océan Indien baignée par un climat tropical, présente grâce à son histoire mouvementée, une grande diversité ethnique et culturelle.

La départementalisation de 1946, visant à sortir la Réunion du sous-développement, relance un île alors en plein déclin.

La population va rajeunir et tripler en cinquante ans, conséquence de la baisse de la mortalité et d'une natalité élevée : c'est la "transition démographique". Actuellement, on assiste à une diminution de la natalité (mais le différentiel avec la Métropole est encore élevé), ainsi qu'à l'augmentation de la mortalité, principalement due au début du vieillissement de la population et à l'émergence des maladies dites "de civilisation" (maladies cardiovasculaires, cancers, accidents).

L'île subit également depuis 1946, une "transition épidémiologique" très rapide faisant coexister des maladies correspondant aux différents stades de l'évolution des pathologies.

La Réunion présente une surmortalité par rapport à la Métropole dans tous les domaines, exception faite du SIDA et des tumeurs. Plusieurs facteurs en sont responsables :

- certaines habitudes alimentaires et prédispositions ethniques.
- un système de santé, certes en progression, mais caractérisé par des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle représentant plus de 50 % de la population, une sous-consommation médicale et un déficit en personnel par rapport à la Métropole.
- un niveau économique précaire (40 % de chômeurs, 19 % de érémisses).

- une "transition épidémiologique" rapide, modifiant considérablement la morbidité de l'île.

Mais c'est surtout l'alcoolisme, plus important qu'en Métropole (pourtant déjà très touchée), qui reste la principale cause de cette surmortalité, les hommes payant le plus fort tribut.

Il paraît indéniable qu'une lutte efficace contre ce fléau devrait fortement améliorer la morbidité sur l'île.

Il existe vraisemblablement d'autres explications à la surmortalité réunionnaise (climatique par exemple) qui devront faire l'objet d'études complémentaires afin d'essayer d'endiguer cette mortalité excessive à la Réunion !

ANNEXES

LISTE DES CARTES :

Carte n° 1 :	Situation géographique de l'île de la Réunion.	p 14
Carte n° 2 :	L'île de la Réunion.	p 16
Carte n° 3 :	Carte des pluies de la Réunion.	p 18
Carte n° 4 :	Les secteurs sanitaires de la région Réunion en 1999.	p 47
Carte n° 5 :	Taux de suicide par commune à la Réunion en 1998.	p 128

LISTE DES GRAPHIQUES :

Graphique n° 1 :	Evolution de la population réunionnaise.	p 24
Graphique n° 2 :	Pyramides des âges réunionnaises en 1990 et 1997.	p 30
Graphique n° 3 :	Comparaison des pyramides des âges métropolitaine et réunionnaise (au 01/01/99).	p 31
Graphique n° 4 :	Evolution du parc automobile à la Réunion et en Métropole.	p 44
Graphique n° 5 :	Répartition des âges selon les tranches de l'INSEE, de la clientèle "CARRE".	p 69
Graphique n° 6 :	Répartition des âges selon les tranches de l'INSEE.	p 70
Graphique n° 7 :	Répartition hommes/femmes par décades de la clientèle "CARRE".	p 72
Graphique n° 8 :	Couverture sociale des patients "CARRE".	p 74
Graphique n° 9 :	Répartition des actes chez "CARRE".	p 75
Graphique n° 10 :	Nombre d'actes par habitant en 1995 (en médecine générale).	p 76
Graphique n° 11 :	Consommation médicale par habitant (nombre d'actes) en 1995.	p 77
Graphique n° 12 :	Répartition des orientations décidées chez "CARRE".	p 88
Graphique n° 13 :	Répartition des recours spécialisés par regroupement chez "CARRE".	p 90
Graphique n° 14 :	Evolution du taux brut de mortalité à la Réunion.	p 91
Graphique n° 15 :	Evolution des taux de mortalité selon l'âge et le sexe entre 1982 et 1990	p 93
Graphique n° 16 :	Taux de mortalité par sexe et âge à la Réunion en 1990.	p 94
Graphique n° 17 :	Mortalité à la Réunion par rapport à la Métropole selon le sexe et l'âge en 1990.	p 96
Graphique n° 18 :	Répartition des causes de décès selon l'âge à la Réunion (de 1988 à 1992).	p 97
Graphique n° 19 :	Répartition des principales causes de décès à la Réunion en 1996.	p 100
Graphique n° 20 :	Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1996).	p 101
Graphique n° 21 :	Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1992) des maladies de l'appareil circulatoire.	p 102
Graphique n° 22 :	Fréquence relative des cancers chez l'homme à la Réunion.	p 112
Graphique n° 23 :	Fréquence relative des cancers chez la femme à la Réunion.	p 113
Graphique n° 24 :	Taux de mortalité des différentes tumeurs selon l'âge et le sexe à la Réunion (1988-1992).	p 114
Graphique n° 25 :	Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1992) des tumeurs.	p 115

Graphique n° 26 : Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole par mort violente (1988-1992).	p 118
Graphique n° 27 : Nombre et incidence des suicides à la Réunion.	p 121
Graphique n° 28 : Répartition par sexe et par âge des suicidés à la Réunion en 1997 et 1998.	p 122
Graphique n° 29 : Les différents modes de suicide à la Réunion.	p 124
Graphique n° 30 : Comparaison des taux de suicide par tranches d'âge entre la Réunion et la Métropole.	p 125
Graphique n° 31 : Comparaison des taux de suicide masculin par tranches d'âge entre la Réunion et la Métropole.	p 125
Graphique n° 32 : Comparaison des taux de suicide féminin par tranches d'âge entre la Réunion et la Métropole.	p 126
Graphique n° 33 : Indices comparatifs de mortalité par suicide à la Réunion, en Métropole et dans les autres DOM.	p 129
Graphique n° 34 : Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1992) des maladies de l'appareil respiratoire.	p 131
Graphique n° 35 : Taux comparatifs de mortalité à la Réunion et en Métropole (1988-1992) d'autres pathologies (alcoolisme, cirrhose, diabète sucré, néphrite et insuffisance rénale).	p 133
Graphique n° 36 : Rapport de surmorbidity féminine des diabétiques à la Réunion.	p 136
Graphique n° 37 : Répartition des diabétiques par âge et par sexe à la Réunion.	p 137
Graphique n° 38 : Répartition des patients diabétiques par âge des deux sexes (enquête de l'URMLR de 1997).	p 138
Graphique n° 39 : Répartition des patients diabétiques selon l'indice de Quetelet (Enquête de l'URMLR de 1997).	p 139
Graphique n° 40 : Répartition des patients diabétiques selon leur hémoglobine glyquée (Enquête de l'URMLR de 1997).	p 140
Graphique n° 41 : Les différents traitements des diabétiques (Enquête de l'URMLR de 1997).	p 141
Graphique n° 42 : Hémoglobine glyquée et type de diabète (Enquête de l'URMLR de 1997).	p 142
Graphique n° 43 : Nombre de cas de fièvre typhoïde et paratyphoïde déclarés à la Réunion de 1976 à 1998.	p 147
Graphique n° 44 : Nombre de cas de tétanos déclarés à la Réunion de 1976 à 1998.	p 148
Graphique n° 45 : Nombre de cas de méningites à méningocoques déclarés à la Réunion de 1976 à 1998.	p 149
Graphique n° 46 : Evolution du nombre annuel de décès par SIDA de 1983 à 1992.	p 151
Graphique n° 47 : Taux comparatifs de mortalité par SIDA selon le sexe en 1992.	p 152
Graphique n° 48 : Part des décès dus au Sida dans la mortalité générale en 1992, sujets âgés de 25 à 44 ans.	p 153
Graphique n° 49 : Nombre de cas de SIDA déclarés à la Réunion de 1987 à 1998.	p 154
Graphique n° 50 : Sex-ratio (homme/femme) des cas de SIDA déclarés à la Réunion de 1987 à 1998.	p 154
Graphique n° 51 : Indices comparatifs de mortalité par SIDA (1992-1994).	p 155
Graphique n° 52 : Nombre de cas de paludisme déclarés à la Réunion de 1979 à 1998.	p 156
Graphique n° 53 : Répartition trimestrielle des cas déclarés de paludisme à la Réunion en 1997 et 1998.	p 157
Graphique n° 54 : Répartition par classes d'âge des cas de paludisme déclarés à la Réunion en 1997 et 1998.	p 157

Graphique n° 55 : Lieu de séjour des cas de paludisme déclarés à la Réunion en 1997 et 1998.	p 159
Graphique n° 56 : Nombre de cas de tuberculose déclarés à la Réunion de 1966 à 1998.	p 159
Graphique n° 57 : Répartition par tranches d'âge des cas de tuberculose déclarés à la Réunion en 1997 et 1998.	p 160
Graphique n° 58 : Nombre de naissance et d'I.V.G. à la Réunion de 1976 à 1998.	p 167
Graphique n° 59 : Taux de recours à l'avortement à la Réunion.	p 171
Graphique n° 60 : Taux de recours à l'avortement par âge à la Réunion et en Métropole.	p 172
Graphique n° 61 : Nombre d'I.V.G. pour 100 conceptions en 1994.	p 174

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau n° 1 : Liste des cyclones tropicaux depuis 1948 à la Réunion.	p 19
Tableau n° 2 : Thermométrie et pluviométrie à la Réunion.	p 19
Tableau n° 3 : Natalité à la Réunion et en Métropole.	p 25
Tableau n° 4 : Les naissances à la Réunion selon la légitimité.	p 26
Tableau n° 5 : Taux de fécondité à la Réunion selon l'âge de la mère.	p 26
Tableau n° 6 : Mortalité à la Réunion et en Métropole.	p 27
Tableau n° 7 : Espérance de vie à la naissance à la Réunion et en Métropole.	p 28
Tableau n° 8 : Mortalité infantile à la Réunion.	p 28
Tableau n° 9 : Mort-nés à la Réunion.	p 29
Tableau n° 10 : Population réunionnaise par tranches d'âge et par sexe.	p 30
Tableau n° 11 : Evolution du parc des logements à la Réunion.	p 35
Tableau n° 12 : Répartition des résidences principales selon le type de construction à la Réunion.	p 35
Tableau n° 13 : Evolution du confort des logements à la Réunion.	p 36
Tableau n° 14 : Les emplois salariés et non salariés par secteurs d'activité à la Réunion (situation au 31 décembre).	p 39
Tableau n° 15 : Taux de chômage dans les DOM et en Métropole en 1998.	p 40
Tableau n° 16 : Indicateurs démographiques et sociaux à la Réunion et en France.	p 45
Tableau n° 17 : Capacité d'accueil des établissements hospitaliers réunionnais (au 1 ^{er} Janvier).	p 48
Tableau n° 18 : Capacité d'accueil des établissements sociaux réunionnais (au 1 ^{er} janvier).	p 49
Tableau n° 19 : Effectifs des professions de santé à la Réunion (secteurs public et libéral, au 1 ^{er} janvier).	p 50
Tableau n° 20 : Densité de certaines professions médicales à la Réunion (pour 100 000 habitants, au 1 ^{er} janvier).	p 51
Tableau n° 21 : Autres effectifs hospitaliers à la Réunion (au 1 ^{er} janvier).	p 52
Tableau n° 22 : Consommation médicale totale (en milliers de francs).	p 54
Tableau n° 23 : Répartition des âges selon les tranches de l'INSEE.	p 70
Tableau n° 24 : Répartition par sexe et par tranches d'âge de la population réunionnaise en 1999.	p 71
Tableau n° 25 : Répartition par sexe et par tranches d'âge.	p 73
Tableau n° 26 : Consommation médicale par habitant (nombre d'actes) en 1995.	p 76
Tableau n° 27 : Nombre d'actes par patient chez "CARRE".	p 79

Tableau n° 28 : Classement par ordre de fréquence des titres des résultats de consultation.	p 85
Tableau n° 29 : Liste des 20 premiers titres des résultats de consultation chez "CARRE".	p 86
Tableau n° 30 : Classement des avis spécialisés et des hospitalisations chez "CARRE".	p 89
Tableau n° 31 : Années potentielles de vie perdues chez les hommes selon la cause.	p 98
Tableau n° 32 : Années potentielles de vie perdues chez les femmes selon la cause.	p 98
Tableau n° 33 : Répartition des principales causes de décès.	p 99
Tableau n° 34 : Les facteurs de risque dans les infarctus du myocarde à la Réunion et en Métropole.	p 106
Tableau n° 35 : Les facteurs de risque dans les infarctus du myocarde au Centre Hospitalier de St-Paul.	p 106
Tableau n° 36 : Evolution des accidents de la route et des victimes à la Réunion.	p 119
Tableau n° 37 : Répartition des victimes d'accidents de la route par tranches d'âge (1993 à 1997) à la Réunion.	p 120
Tableau n° 38 : Répartition des victimes d'accidents de la route par mode de déplacement à la Réunion et en Métropole (en %).	p 120
Tableau n° 39 : Profession des suicidés à la Réunion.	p 123
Tableau n° 40 : Taux de suicide par commune à la Réunion.	p 127
Tableau n° 41 : Nombre de cas de maladies à déclaration obligatoire déclarés à la Réunion en 1997 et 1998.	p 146
Tableau n° 42 : Nombre de cas de listériose recensés à la Réunion depuis 1990.	p 150
Tableau n° 43 : Modes de contamination par sexe, des cas de SIDA déclarés à la Réunion en 1997 (N = 16) et 1998 (N = 15).	p 155
Tableau n° 44 : Espèces plasmodiales mises en évidence pour les cas de paludisme déclarés à la Réunion en 1996, 1997 et 1998.	p 158
Tableau n° 45 : Localisations des cas de tuberculose déclarés à la Réunion en 1997 (N = 81) et en 1998 (N = 108).	p 160
Tableau n° 46 : Consommation d'alcool en hectolitres d'alcool pur à la Réunion.	p 162
Tableau n° 47 : Consommation d'alcool en hectolitres d'alcool pur à la Réunion estimée par habitant et par adulte de 20 ans et plus.	p 163
Tableau n° 48 : Principaux produits utilisés par les toxicomanes suivis en novembre 1995.	p 166
Tableau n° 49 : Répartition par tranches d'âge des femmes ayant subi une I.V.G. en 1998 à la Réunion.	p 168
Tableau n° 50 : Situation légale et de fait des femmes ayant subi une I.V.G. en 1998 à la Réunion.	p 169
Tableau n° 51 : Activité professionnelle des femmes ayant subi une I.V.G. en 1998 à la Réunion.	p 170
Tableau n° 52 : Nombre de grossesses antérieures chez les femmes ayant subi une I.V.G. en 1998 à la Réunion.	p 170
Tableau n° 53 : Techniques d'avortement à la Réunion en 1998.	p 173

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- AUGUSTIN-PASCALIS I., MONTCHAMP-MOREAU C.
Le diabète sucré à la Réunion.
Infostat, 1992, n° 23.
DRASS de la Réunion.
- 2- BENHAMOU Y., BERREBI W., GARGOT D., MARCHAND J.P.
Hépatogastro-entérologie.
Paris : ESTEM, MED-LINE, 1992. - 431 p.- (Collection Med-line).
- 3- CADEVILLE O., MOUTERDE L.
3^{ème} Conférence Régionale de Santé, 1999.
- 4- CADIVEL A.
Le suicide à la Réunion.
Données épidémiologiques 1998.
DRASS de la Réunion.
- 5- CATTEAU C.
Baisse ralentie de la mortalité à la Réunion.
Infostat.
DRASS de la Réunion.
- 6- CATTEAU C.
Enquête de morbidité en médecine libérale, 1989-1990.
DRASS de la Réunion.
- 7- CATTEAU C.
Evaluation du nombre de cas de psychoses alcooliques.
Infostat.
DRASS de la Réunion.
- 8- CATTEAU C.
Infostat, juin 1996, n° 38.
DRASS de la Réunion.
- 9- CATTEAU C.
Infostat, juin 1999, n° 50.
DRASS de la Réunion.
- 10- CATTEAU C.
Infostat, septembre 1999, n° 51.
DRASS de la Réunion.

- 11 CATTEAU C.
La pathologie cardiovasculaire à la Réunion.
Infostat.
DRASS de la Réunion.
- 12- CATTEAU C.
Le registre des cancers à la Réunion.
Infostat, juin 1998, n° 46.
DRASS de la Réunion.
- 13- CATTEAU C.
Les Interruptions Volontaires de Grossesse en 1998 à la Réunion.
DRASS de la Réunion.
- 14- CATTEAU C.
Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales à la Réunion en novembre 1997.
DRASS de la Réunion.
- 15- CATTEAU C.
Le suicide en baisse à la Réunion.
Infostat.
DRASS de la Réunion.
- 16- CATTEAU C.
Mortalité comparée dans les DOM.
Infostat, juin 1998, n° 46.
DRASS de la Réunion.
- 17- CATTEAU C.
Tabac, Alcool, Drogue chez les jeunes scolarisés à la Réunion en 4^{ème}, 2^{nde} et terminale.
Infostat, septembre 1998, n° 47.
DRASS de la Réunion.
- 18- CELLULE DEPARTEMENTALE EXPLOITATION SECURITE.
Direction Départementale de l'Equipement de la Réunion.
- 19- CHARTIER E.
Urologie. - 2^o ed.
Paris : ESTEM, MED-LINE, 2000. - 272 p.- (Collection Med-line).
- 20- CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES - ONCOLOGIE (CIM-O).
OMS - INSERM, 1^{ère} édition.
- 21- COMPTES ECONOMIQUES REGIONAUX.
INSEE, 1995.

- 22- CONFERENCE REGIONALE DE SANTE DE LA REUNION.
Les affections cardiovasculaires.
DRASS de la Réunion et ORS, avril 1998.
- 23- DIRECTION REGIONALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE.
ET SES ORGANISMES SOUS TUTELLE : CGSS, CMR, CAF de la Réunion.
- 24- ECONOMIE DE LA REUNION.
Mai, juin 1994, n° 71.
- 25- ECONOMIE DE LA REUNION.
Spécial DEMO 97, octobre 1998, n° 96-97.
- 26- ENQUETE DEMO 97.
INSEE.
- 27- ENQUETE EMPLOI 98.
INSEE.
- 28- EUROCIM.
Dix ans de cancers à la Martinique 1981-1990.
AMREC, 1994.
- 29- EUROCIM.
V2.0 Data bases.
ENCR/IARC, 1995.
- 30- FICHER ADELI.
Automatisation des listes.
DRASS de la Réunion.
- 31- HAUTCOEUR J.C., THUONG-HIME
L'économie de la Réunion.
Saint-Denis de la Réunion : INSEE, 1991, n° 56.
- 32- LASSALLE C., BOUSSUGE F., RACHOUÉ
Surveillance des maladies à déclaration obligatoire.
Bilan 1998.
- 33- LE GUIDE DU ROUTARD.
Réunion.
Paris : Hachette, 1999-2000. -190 p.
- 34- L'ILE DE LA REUNION.
Topo-guide des sentiers de randonnée, ref. 974.

- 35- LOEWENHAUPT C.
Couverture sociale, accès aux droits et aux soins.
Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).
IRTS, mai 1999.
- 36- LOPEZ A.
La transition épidémiologique : de l'analyse de l'exemple réunionnais à son utilisation
comme indicateur de développement.
Infostat, décembre 1995.
DRASS de la Réunion.
- 37- MICHEL E., CATTEAU C., HATTON F.
Mortalité à la Réunion.
Paris : INSERM, 1995. -121 p.
- 38- NIZARD J.
Gynécologie.
Paris : Le Concours Médical, 1999. - 271 p.- (Conférence Hippocrate).
- 39- OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE LA REUNION.
Tableau de bord régional sur la santé, 1995.
- 40- PARKIN D.M., CHENU W., FERLAY J., CALCERAN J., STORM H.H. & WHELAN S.L.
Comparabilité et contrôle de qualité dans l'enregistrement des cancers.
Rapport technique du CIRC, Lyon, 1996, n° 19.
- 41- PARKIN D.M., MUIR C.S., WHELAN S.L., GAO Y.T., FERLAY J. & POWELL J.
Cancer Incidence in Five Continents, vol. 6.
IARC Scientific Publications, Lyon, 1992.
- 42- PLASSERAUD-DESGRANGES J.C.
Du codage des états morbides en médecine générale.
Etude comparative selon les principales classifications (CIM 10 et CISP) et le Dictionnaire
de la SFMG à propos d'une série continue de 2035 cas de la clientèle d'un médecin généraliste
de Saint Jean d'Angély (17, France). - 148 p.
Thèse Méd. : Poitiers : 1997.
- 43- RECENSEMENTS DE LA POPULATION.
Estimation au 1^{er} janvier (1995-2000).
INSEE.
- 44- RNSP.
Surveillance du Sida.
DRASS de la Réunion.
- 45- SAE.
DRASS de la Réunion.

- 46- SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE.
Dictionnaire des résultats de consultation en Médecine Générale.
SFMG, Paris, 1996.
- 47- SOCIETE GERONTOLOGIQUE DE LA REUNION, CONSEIL GENERAL
DE LA REUNION.
La Réunion se souvient.
Saint-Denis de la Réunion : 1990.
- 48- SROS 2^{ème} génération.
Document de cadrage.
ARH de la Réunion, 1998.
- 49- TABLEAU DE BORD DE LA SANTE DE LA REUNION,
ORS Réunion, 1995.
- 50- TABLEAU ECONOMIQUE DE LA REUNION.
INSEE, 2000.
- 51- VINCENT B.
Analyse critique d'une enquête sur l'activité de généralistes-maîtres de stage à
l'Université de Paris-Sud (document INSERM Unité 164).
Le Concours Médical, 29 octobre 1983, p 4397-4406.
In : Document de recherche en Médecine Générale n° 15, SFMG, septembre 1984.
- 52- VISTICOT P., POTIER P., POTIER G.
La prise en charge de la maladie diabétique à la Réunion.
Union Régionale des Médecins Libéraux de la Réunion, 1996.

TABLE DES MATIERES

PLAN	p 8
<u>INTRODUCTION</u>	p 12
<u>I-L'ILE DE LA REUNION</u>	p 13
<u>I-1-GEOGRAPHIE</u>	p 13
I-1-1-Situation géographique	p 13
I-1-2-Géologie et relief	p 15
I-1-3-Climat	p 17
<u>I-2-HISTORIQUE</u>	p 20
I-2-1-Découverte	p 20
I-2-2-La Compagnie des Indes	p 20
I-2-3-La grande époque	p 21
I-2-4-Le déclin (1863-1945)	p 22
I-2-5-Un nouveau statut	p 22
<u>I-3-POPULATION</u>	p 24
<u>I-3-1-Démographie</u>	p 24
a) Accroissement de la population	p 24
b) Natalité et fécondité	p 25
c) Mortalité et espérance de vie	p 27
d) Age	p29
<u>I-3-2-Composition</u>	p 31
a) Les Créoles (57 %)	p 32
b) Les Cafres (7 %)	p 32
c) Les Malabars (20 %) ou "Malbars"	p 32
d) Les "Z'arabes" (3 %)	p 33
e) Les Chinois (4 %)	p 33
f) Les "Z'oreilles" (7 %)	p 33
g) Autres origines	p 33
I-3-3-Répartition géographique	p 34
<u>I-4-MODE DE VIE</u>	p 34
I-4-1-L'habitat	p 34
I-4-2-L'alimentation	p 36
<u>I-5-ECONOMIE</u>	p 37
I-5-1-Généralités	p 37

I-5-2-Les grands secteurs d'activité	p 37
a) Le secteur primaire	p 37
b) Le secteur secondaire	p 38
c) Le secteur tertiaire	p 38
I-5-3-L'emploi	p 39
a) La population active	p 39
b) Les offres d'emploi	p 39
c) Le chômage	p 40
I-5-4-Les prestations sociales	p 40
I-5-5-Revenus et pouvoir d'achat	p 41
a) Les revenus	p 41
b) Le coût de la vie	p 42
c) Le pouvoir d'achat	p 43
<u>I-6-TRANSPORT ROUTIER</u>	p 43
I-6-1-Le parc automobile	p 43
I-6-2-Le réseau routier	p 43
<u>I-7-INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIAUX A LA REUNION ET EN FRANCE</u>	p 45
<u>II-LE SYSTEME DE SANTE A LA REUNION</u>	p 46
<u>II-1-LES EQUIPEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX</u>	p 46
II-1-1-Les équipements sanitaires	p 46
II-1-2-Les équipements sociaux	p 49
<u>II-2-LE PERSONNEL DE SANTE</u>	p 50
<u>II-3-LA CONSOMMATION MEDICALE</u>	p 53
<u>II-4-LA COUVERTURE SOCIALE</u>	p 55
II-4-1-L'Aide Médicale du département	p 55
a) Historique et évolution	p 55
b) Particularités réunionnaises	p 56
c) L'Aide Médicale, pour qui ?	p 59
d) Quelques chiffres à la Réunion	p 60
e) Les inconvénients du système "bons roses"	p 61
II-4-2-L'Aide Médicale de l'Etat	p 62
II-4-3-La carte Sésam-Vitale	p 62
II-4-4-La Couverture Maladie Universelle (CMU)	p 62

<u>III-ACTIVITE DU CABINET D'UN MEDECIN GENERALISTE</u>	p 64
<u>III-1-PRESENTATION DU CABINET</u>	p 64
III-1-1-Le médecin généraliste	p 64
III-1-2-La clientèle	p 66
III-1-3-Le cabinet et les structures médicales proches	p 66
<u>III-2-ANALYSE DE L'ACTIVITE</u>	p 67
III-2-1-Méthode	p 67
III-2-2-Résultats	p 68
a) Le médecin	p 68
b) La clientèle	p 68
c) Les actes	p 75
d) Les résultats de consultation	p 79
<u>IV-MORTALITE A LA REUNION</u>	p 91
<u>IV-1-GENERALITES</u>	p 91
IV-1-1-Evolution	p 91
IV-1-2-Situation actuelle	p 93
IV-1-3-Comparaison avec la Métropole	p 95
IV-1-4-Les principales causes de décès	p 96
<u>IV-2-LES PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES</u>	p 102
IV-2-1-Les cardiopathies ischémiques	p 103
IV-2-2-Les accidents vasculaires cérébraux	p 103
IV-2-3-Les facteurs de risques (FDR) cardiovasculaires	p 104
a) HTA	p 104
b) Obésité	p 104
c) Diabète	p 104
d) Tabagisme	p 105
e) Place des facteurs de risque chez les patients présentant un infarctus du myocarde (IDM) à la Réunion	p 105
IV-2-4-Transition épidémiologique	p 107
IV-2-5-Conclusion	p 108
<u>IV-3-LES CANCERS</u>	p 110
IV-3-1-Le registre des cancers à la Réunion	p 110
IV-3-2-Les résultats	p 110
IV-3-3-Conclusion	p 116

IV-4-<u>LES DECES PAR MORT VIOLENTE</u>	p 117
IV-4-1-Généralités	p 117
IV-4-2-Les accidents de la circulation	p 119
IV-4-3-Les suicides	p 121
a) Evolution des suicides à la Réunion	p 121
b) Répartition par sexe et par âge des suicidés	p 122
c) Situation des suicidés	p 122
d) Les modes de suicide	p 123
e) Comparaison avec la Métropole	p 124
f) Quelques disparités communales	p 126
g) Conclusion	p 129
 IV-5-<u>LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE</u>	 p 130
IV-5-1-Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion	p 130
IV-5-2-Comparaison avec la Métropole	p 131
 IV-6-<u>LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF</u>	 p 132
IV-6-1-Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion	p 132
IV-6-2-Comparaison avec la Métropole	p 132
 IV-7-<u>LES TROUBLES MENTAUX</u>	 p 134
IV-7-1-Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion	p 134
IV-7-2-Comparaison avec la Métropole	p 134
 IV-8-<u>LES MALADIES ENDOCRINIENNES</u>	 p 136
IV-8-1-Généralités	p 136
IV-8-2-Le diabète	p 136
a) Mortalité selon le sexe et l'âge à la Réunion	p 136
b) Comparaison avec la Métropole	p 137
c) Enquête d'évaluation de la prise en charge des diabétiques par les médecins libéraux	p 138
 IV-9-<u>LES SYMPTOMES, SIGNES ET ETATS MORBIDES MAL DEFINIS</u>	 p 143
 IV-10-<u>LES MALADIES INFECTIEUSES</u>	 p 144
IV-10-1-Les maladies à déclaration obligatoire	p 144
IV-10-2-Nombre de cas déclarés	p 146
IV-10-3-Les maladies rares	p 147
a) Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes	p 147
b) Le tétanos	p 148
c) La méningite à méningocoques	p 149

d) La listériose	p 149
e) La maladie de Creutzfeld-Jacob	p 150
IV-10-4-Les maladies fréquentes	p 151
a) Le SIDA	p 151
b) Le paludisme	p 156
c) La tuberculose	p 159
d) Les toxi-infections alimentaires collectives	p 161
IV-10-5-Comparaison avec la Métropole	p 161
<u>IV-11-L'ALCOOLISME</u>	p 162
<u>IV-12-LA TOXICOMANIE</u>	p 164
<u>IV-13-LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES</u>	
<u>DE GROSSESSE (I.V.G.)</u>	p 167
IV-13-1-Nombre d'I.V.G. à la Réunion et établissements	
concernés	p 167
IV-13-2-Caractéristiques des femmes	p 168
a) Age	p 168
b) Situation légale et situation de fait	p 168
c) Activité professionnelle	p 169
d) Grossesses antérieures	p 170
e) Les femmes mineures	p 171
IV-13-3-Propension à avorter ou taux de recours à	
l'avortement	p 171
a) Définition	p 171
b) Propension à avorter par âge	p 172
IV-13-4-Caractéristiques de l'intervention	p 173
IV-13-5-Et ailleurs ?	p 174
<u>V-DISCUSSION</u>	p 175
<u>CONCLUSION</u>	p 184
ANNEXES	p 186
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p 190

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 118

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME :

La départementalisation de 1946, tout en sortant la Réunion du sous-développement, a entraîné un accroissement démographique exceptionnel responsable de la jeunesse de la population actuelle, ainsi qu'une « transition épidémiologique » modifiant fortement la morbidité de l'île.

L'amélioration du système de santé réunionnais ne doit pas faire oublier une sous-consommation médicale et un manque de personnel, en comparaison avec la Métropole. Quant aux patients, plus de 50 % bénéficient de la Couverture Maladie Universelle, faisant suite à un taux de chômage endémique !

Notre étude, comme le laissait présager l'analyse de l'activité d'un médecin généraliste « des hauts » de l'île, retrouve des différences notables en terme d'épidémiologie avec le continent.

Ainsi, la Réunion présente une surmortalité générale par rapport à la Métropole. Seuls le SIDA et les tumeurs font proportionnellement moins de victimes.

Des prédispositions ethniques, des facteurs alimentaires et l'émergence des maladies dites « de civilisation », expliquent certaines causes plus fréquentes de décès, mais c'est bien l'alcoolisme qui reste le principal responsable de cette surmortalité, en particulier chez les hommes.

La tendance à la hausse de la mortalité réunionnaise est majorée par le début du vieillissement de la population, compte tenu d'un taux de natalité en baisse.

MOTS CLES :

- Epidémiologie.
- France - Départements et Territoires d'Outre-Mer.
- Médecine générale.
- Morbidité.
- Mortalité.
- Réunion.

JURY :

- | | |
|----------------------------|--|
| Président | : Monsieur le Professeur Jean-Claude VANDROUX. |
| Juges | : Monsieur le Professeur Jean-Philippe DUMAS.
Monsieur le Professeur Alain GAINANT. |
| Juge et Directeur de thèse | : Monsieur le Professeur Daniel BUCHON. |
| Membre invité | : Monsieur le Docteur Jean-Loup CARRE. |
-