

**SANTÉ  
PÉRINATALE  
ET PETITE  
ENFANCE**

**SEPTEMBRE 2023**

ÉTUDES ET ENQUÊTES  
**SANTÉ PÉRINATALE**  
**À MAYOTTE**

Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021  
dans les DROM (ENP-DROM 2021)

# Résumé

## Santé Périnatale à Mayotte

Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)

**Objectif** – Décrire les principaux indicateurs de l'état de santé des mères et des nouveau-nés à la naissance à Mayotte en 2021, leur évolution depuis 2016 et comparer la situation avec la France hexagonale. Un focus a été fait prenant en compte l'affiliation à la sécurité sociale des mères à Mayotte puisqu'il s'agit d'un enjeu important du territoire.

**Méthodes** – L'ENP-DROM a permis de prolonger le terrain d'enquête de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2021 dans les territoires d'outre-mer. À Mayotte, l'enquête a duré six semaines consécutives (25 octobre - 5 décembre) contre une semaine dans l'Hexagone. La totalité des naissances survenues dans les maternités privées et publiques et les maisons de naissances ont été incluses.

**Résultats** – Au total, 991 naissances vivantes (soit 982 mères) ont été incluses à Mayotte. L'enquête montre que si la part des mères en situation de forte précarité à Mayotte est plus faible qu'en 2016, la situation reste toujours préoccupante. Le revenu mensuel du ménage est inférieur à 500 € pour 43,5 % des femmes (contre 57,0 % en 2016 et 1,9 % dans l'Hexagone) et 33,3 % ont un niveau d'étude inférieur au collège (contre 45,0 % en 2016 et 1,7 % dans l'Hexagone). L'âge maternel moyen (28 ans), le contexte migratoire (74,1 % des femmes sont nées à l'étranger), et la part des femmes sans couverture de santé (59,2 %) n'ont pas évolué depuis 2016. À Mayotte, 39,6 % des femmes n'ont jamais eu recours à un moyen contraceptif (contre 33,4 % en 2016 et 11,8 % dans l'Hexagone). Le taux de prématurité (9,9 %) et de nouveau-nés de petit poids (<2 500 g) (10,8 %) sont également élevés (contre respectivement 11,8 % et 13,4 % en 2016 et 7,0 % et 7,1 % dans l'Hexagone).

**Conclusion** – Les résultats de l'ENP-DROM 2021 soulignent que la santé périnatale à Mayotte reste globalement préoccupante, ceci dans un contexte de forte précarité par rapport à l'Hexagone. Ces données sont utiles pour orienter et développer des campagnes de promotion de la santé, les messages de prévention dans le champ de la périnatalité, accompagner au mieux et renforcer le suivi des femmes, de la grossesse au post-partum.

**MOTS-CLÉS** : PÉRINATALITÉ ; MAYOTTE ; ENP-DROM ;  
ENQUÊTE NATIONALE PÉRINATALE ; ENP 2021 ; NOUVEAU-NÉ ;  
PRÉMATURITÉ

**Citation suggérée** : Toibibou Z, Demiguel V, Lebreton E, Regnault N, Balicchi J. Santé périnatale à Mayotte. Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021). Mayotte : Agence régionale de santé et Saint-Maurice : Santé publique France, 2023. 107 p. Disponible à partir de l'URL : [www.mayotte.ars.sante.fr](http://www.mayotte.ars.sante.fr) et sur [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

ISSN : 2609-2174 / ISBN-NET : 979-10-289-0868-3 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : SEPTEMBRE 2023



# Abstract

## Perinatal health in Mayotte

Results of the National Perinatal Survey in 2021 in the DROM (ENP-DROM 2021)

**Objective** – The main objectives of this survey were to describe the health status of mothers and newborns at birth in Mayotte in 2021, their changes since 2016 and to compare the current situation with mainland France. A part of indicators was presented according to the social security affiliation of mothers in Mayotte, as this is an important issue for this overseas territory.

**Methods** - The ENP-DROM allowed the extension of the National Perinatal Survey (ENP) in four DROM (overseas French departments and regions). In Mayotte, the survey lasted for six consecutive weeks (25 October-5 December, 2021), as compared with one week in mainland France. All births in private and public maternity hospitals and birth-centers were included.

**Results** - A total of 991 live births (i.e. 982 mothers) were registered in Mayotte. The survey showed that the proportion of mothers in a very precarious situation in Mayotte was lower than in 2016, nevertheless, it is still a serious concern. The monthly household income is less than €500 for 43.5 % of women as compared with 57.0 % in 2016 and 1.9 % in mainland France. One third (33.3 %) of women is below secondary education as compared with 45.0 % in 2016 and 1.7 % in mainland France. The average maternal age was 28 years, 74.1 % of women were born abroad and the proportion of women without social security affiliation was 59.2 % that has not changed since 2016. In Mayotte, 39.6 % of women have never used contraception (in 2016, 33.4 % in Mayotte vs 11.8 % in mainland France). The rates of prematurity (9.9 %) and low birth weight (<2500g) (10.8 %) were also high as compared in 2016 (11.8 % and 13.4 % in Mayotte, respectively) and with mainland France (7.0 % and 7.1 %, respectively).

**Conclusion** - The results of the ENP-DROM 2021 showed that overall perinatal health in Mayotte remains of high concern with high levels of poverty as compared with mainland France. These data are useful for guiding and developing health promotion campaigns and prevention messages in the perinatal field. Moreover, these results would provide better support in reinforcing the monitoring of health status of women from pregnancy to postpartum.

**KEY WORDS:** PERINATAL; MAYOTTE; ENP-DROM; NATIONAL PERINATAL SURVEY; ENP 2021; NEWBORN; PREMATURITY

**Suggested citation:** .Toibibou Z, Demiguel V, Lebreton E, Regnault N, Balicchi J. *Perinatal health in Mayotte. Results of the 2021 National Perinatal Survey in the DROM (ENP-DROM 2021)*. Mayotte : Regional Health agency and Saint-Maurice: Santé publique France, 2023. 107 p. Available at [www.mayotte.ars.sante.fr](http://www.mayotte.ars.sante.fr) and [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

ISSN: 2609-2174 / ISBN-NET: 979-10-289-0868-3 / PRODUCED BY THE COMMUNICATION DEPARTMENT, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - LEGAL DEPOSIT: SEPTEMBER 2023



## Contributeurs

### Auteurs

Zaina Toibibou  
Virginie Demiguel  
Élodie Lebreton  
Nolwenn Regnault  
Julien Balicchi

ARS Mayotte, service Études et Statistiques  
Santé publique France, DMNTT  
Santé publique France, DMNTT  
Santé publique France, DMNTT  
ARS Mayotte, service Études et Statistiques

### Coordination

Maoulide Saindou  
Zabibo Moendadze  
Julien Balicchi  
Virginie Demiguel  
Élodie Lebreton  
Nolwenn Regnault  
Hélène Cinelli

ARS Mayotte, service Études et Statistiques  
CHM, coordinatrice du pole Obstétrique  
ARS Mayotte, service Études et Statistiques  
Santé publique France, DMNTT  
Santé publique France, DMNTT  
Santé publique France, DMNTT  
Inserm, EPOPé

### Traitement des données

Zaina Toibibou  
Virginie Demiguel  
Élodie Lebreton

ARS Mayotte, service Études et Statistiques  
Santé publique France, DMNTT  
Santé publique France, DMNTT

### Relecture interne

Solène Augier

ARS Mayotte, service Prévention

### Relecture externe

Dr Soumeth Abasse  
Camille Le Ray  
Nathalie Lelong  
Marie viaud

CHM, chef de service Réanimation néonatale  
Inserm, EPOPé  
Inserm, EPOPé  
Inserm, EPOPé



## Groupe de travail

Florence Caliez	ARS La Réunion
Dr Anh-Dao Nguyen	ARS La Réunion
Marielle Farouil	ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy
Joël Gustave	ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy
Cécile Yacou	ARS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy
Francelise Nadessin	Réseau de périnatalité « Naître en Guadeloupe »
Dr Gülen Ayhan-Kancel	Réseau de périnatalité « Naître en Guadeloupe »
Corinne Valérie Pioche	Observatoire régional de la santé de Guadeloupe
Dr Didier Léon	PMI de la Guadeloupe
Camille Resid	ARS Martinique
Marie-Françoise Emonide	ARS Martinique
Chrystelle Adolphe	ARS Martinique
Dr Monique Lefort	ARS Martinique
Julien Thiria	ARS Martinique
Kattia Anaïs	ARS Martinique
Malika Lamalle	Réseau de santé en périnatalité de Martinique
Sylvie Merle	Observatoire de la santé en Martinique
Dr Alix Moulanier	PMI de Martinique
Julien Balicchi	ARS Mayotte
Zaina Toibibou	ARS Mayotte
Virginie Demiguel	Santé publique France, DMNTT
Élodie Lebreton	Santé publique France, DMNTT
Nolwenn Regnault	Santé publique France, DMNTT
Luce Menudier	Santé publique France, Cellule régionale La Réunion
Jacques Rosine	Santé publique France, Cellule régionale des Antilles
Élise Daudens-Vaysse	Santé publique France, Cellule régionale des Antilles



## Remerciements

Cette étude est le fruit d'une collaboration étroite entre l'ARS Mayotte et Santé publique France.

L'ARS Mayotte et Santé publique France tiennent à remercier tout particulièrement toutes les mères qui ont accepté de participer à cette enquête.

L'ARS Mayotte et Santé publique France remercient les médecins et les responsables des maternités qui ont accepté que l'enquête ait lieu dans leur service. Nos remerciements s'adressent également aux sages-femmes enquêtrices ainsi que leurs binômes aides-soignantes qui ont joué le rôle de traductrices.

L'ARS Mayotte et Santé publique France remercient les membres d'EPOPé (Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique) de l'Inserm pour leur soutien à la mise en place de l'ENP-DROM 2021 sur le territoire en période de crise Covid-19.

L'ARS Mayotte et Santé publique France remercient le Centre hospitalier de Mayotte pour sa réactivité et la gestion du terrain d'enquête en collaboration avec les coordinateurs de l'agence.

Enfin, Santé publique France remercie l'ARS Mayotte pour la rédaction de ce rapport. L'ARS Mayotte remercie Santé publique France pour le travail d'accompagnement dans la rédaction du rapport, et plus particulièrement les disponibilités et la patience de Madame Demiguel, Madame Lebreton et Madame Regnault, ainsi que la direction de la communication de Santé publique France pour son édition.



## Abréviations

<b>AFTN</b>	Anomalies de fermeture du tube neural
<b>AME</b>	Aide médicale d'État
<b>APD</b>	Analgésie péridurale
<b>ARE</b>	Allocation d'aide au retour à l'emploi
<b>ARS Mayotte</b>	Agence régionale de santé de Mayotte
<b>ARS-OI</b>	ARS Océan Indien
<b>CHM</b>	Centre hospitalier de Mayotte
<b>CHR</b>	Centre hospitalier régional
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CMU/CMU-C</b>	Couverture médicale universelle – complémentaire
<b>CMR</b>	Centres médicaux de référence
<b>CMV</b>	Cytomégalovirus
<b>CNGOF</b>	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
<b>Cnil</b>	Commission nationale de l'informatique et des libertés
<b>Cnis</b>	Conseil national de l'information statistique
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPDPN</b>	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
<b>CPP</b>	Comité de protection des personnes (ou) Centre périnatal de proximité
<b>CSS</b>	Complémentaire santé solidaire
<b>CSSM</b>	Caisse de sécurité sociale de Mayotte
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DMNTT</b>	Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes
<b>Drees</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>DROM</b>	Départements et régions d'outre-mer
<b>ENP 2021</b>	Enquête nationale périnatale 2021
<b>ENP-DROM 2021</b>	Extension ENP 2021 dans les DROM
<b>EP 2010</b>	Enquête périnatale 2010
<b>EPOPé</b>	Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique
<b>EPP</b>	Entretien prénatal précoce
<b>ESPIC</b>	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>EVARS</b>	Espaces de vie affective relationnelle et sexuelle
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>HLQ</b>	<i>Health literacy questionnaire</i>
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle
<b>IC</b>	Intervalle de confiance
<b>ICF</b>	Indice conjoncturel de fécondité
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle
<b>IMG</b>	Interruption médicale de grossesse
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>Inserm</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>MAP</b>	Menace d'accouchement prématuré
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ORS Mayotte</b>	Observatoire régional de santé à Mayotte



<b>PCEA</b>	<i>Patient-controlled epidural analgesia</i>
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>PPC</b>	Ventilation en pression positive continue
<b>PRC</b>	Péri-rachi combinée
<b>PUMa</b>	Protection universelle maladie
<b>PRSM</b>	Plan régional de santé de Mayotte
<b>RCF</b>	Rythme cardiaque fœtal
<b>RCIU</b>	Retard de croissance intra-utérin
<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active
<b>SA</b>	Semaine d'aménorrhée
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements
<b>SNDS</b>	Système national des données de santé
<b>TIU</b>	Transfert <i>in utero</i>
<b>UF</b>	Unité fonctionnelle
<b>VBI</b>	Voie basse instrumentale



# Sommaire

Résumé.....	2
Abstract.....	3
Contributeurs.....	4
Auteurs.....	4
Coordination.....	4
Traitement des données.....	4
Relecture interne.....	4
Relecture externe.....	4
Groupe de travail.....	5
Remerciements.....	6
Abréviations.....	7
Sommaire.....	9
Avant-propos.....	11
Cadre général de l'extension de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 à Mayotte.....	12
Synthèse des résultats sur les naissances.....	13
Synthèse des résultats selon l'affiliation à la sécurité sociale des mères.....	16
<b>1. SITUATION DE MAYOTTE : GÉOGRAPHIE, DÉMOGRAPHIE ET OFFRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ.....</b>	<b>17</b>
<b>2. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ENQUÊTE.....</b>	<b>19</b>
2.1. Présentation générale.....	19
2.1.1. Introduction.....	19
2.1.2. Objectifs.....	21
2.2. Méthodes.....	21
2.2.1. Population et période d'enquête.....	21
2.2.2. Recueil des informations.....	21
2.2.3. Organisation et déroulement de l'enquête.....	22
2.2.4. Autorisations.....	24
2.3. Effectifs et qualité des données.....	24
2.3.1. Effectifs.....	24
2.3.2. Exhaustivité des données.....	25
2.3.3. Représentativité des données.....	27
2.3.4. Degré de précision des résultats.....	28
2.4. Présentation des résultats.....	28
<b>3. DESCRIPTION ET ÉVOLUTION DEPUIS 2016 DES NAISSANCES À MAYOTTE ET COMPARAISON AVEC LA FRANCE HEXAGONALE.....</b>	<b>29</b>
3.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes.....	29
3.1.1. Origine géographique et nationalité des mères.....	29
3.1.2. Âge des mères.....	31
3.1.3. Situation familiale et économique.....	32
3.2. Contexte de la grossesse et maîtrise de la fécondité.....	40
3.2.1. Caractéristiques morphologiques des femmes.....	40
3.2.2. Maladies chroniques et antécédents médicaux.....	41
3.2.3. Parité et antécédents obstétricaux.....	42
3.2.4. Maîtrise de la fécondité.....	43
3.3. Déroulement de la grossesse : suivi médical, santé et conduites à risque.....	48
3.3.1. Surveillance prénatale et mesures de prévention.....	48
3.3.2. Suivi médical pendant la grossesse.....	50
3.3.3. Prévention, examens de diagnostic et de dépistage durant la grossesse.....	52
3.3.4. Complications pendant la grossesse et hospitalisations.....	55
3.3.5. Comportements à risque pendant la grossesse.....	58
3.3.6. Contexte psychologique durant la grossesse.....	59



3.4.	Travail et accouchement .....	61
3.4.1.	Lieu d'accouchement.....	61
3.4.2.	Demandes particulières .....	62
3.4.3.	Déroulement du travail .....	63
3.4.4.	Accouchement.....	64
3.4.5.	Analgésie et anesthésie .....	67
3.4.6.	Gestion de la douleur .....	68
3.4.7.	Complications de l'accouchement et prise en charge de la mère.....	71
3.5.	Les nouveaux nés et leur prise en charge .....	74
3.5.1.	Etat de santé de l'enfant à la naissance.....	74
3.5.2.	Sexe, taille, poids à la naissance et âge gestationnel.....	74
3.5.3.	Prise en charge des nouveau-nés.....	75
3.5.4.	Séjour en maternité .....	77
<b>4.</b>	<b>FOCUS AU REGARD DE L’AFFILIATION À LA SÉCURITE SOCIALE.....</b>	<b>82</b>
4.1.	Les mères dépourvues de couverture sociale sont toujours plus en situation précaire.....	82
4.2.	Les mères dépourvues de couverture sociale ont moins recours à la contraception et aux IVG .....	83
4.3.	Les mères dépourvues de couverture sociale ont autant d'antécédents médicaux que les mères affiliées.....	85
4.4.	Les mères dépourvues de couverture sociale ont une moins bonne connaissance des notions médicales et un suivi prénatal plus fréquemment insuffisant .....	86
4.5.	Les mères dépourvues de couverture sociale ont une fréquence de détection des complications de la grossesse proche de celle des mères affiliées.....	88
4.6.	Les mères dépourvues de couverture sociale bénéficient d'à peu près la même prise en charge lors de l'accouchement .....	89
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....</b>	<b>92</b>
<b>6.</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>94</b>
<b>7.</b>	<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....</b>	<b>96</b>
<b>8.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>98</b>
8.1.	Annexe 1 / Résumé du parcours de la femme enceinte à Mayotte .....	98
8.2.	Annexe 2 / Complément des tableaux.....	99
8.3.	Annexe 3 / Questionnaires utilisés lors de l'enquête.....	101



## Avant-propos

Ce rapport décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques, les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, ainsi que les caractéristiques des lieux d'accouchements à Mayotte, comparativement à l'Hexagone. Il fait suite aux rapports produits à partir des précédentes enquêtes périnatales de 2010 [1] et de 2016 [2] à Mayotte.

Sa rédaction a été assurée par l'ARS Mayotte conjointement avec Santé publique France.

La semaine nationale de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2021, pilotée par l'Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (EPOPé) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur l'ensemble du territoire français, a été prolongée de plusieurs semaines dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), à l'exception de la Guyane, afin d'obtenir des effectifs suffisants pour des analyses de qualité spécifiques par département. Ce dispositif d'extension de terrain de l'ENP a déjà été mis en place à La Réunion (2003), en Martinique (2016) et à Mayotte (2010, 2016). Comme pour la semaine nationale de l'ENP 2021, les semaines d'extension dans les DROM comprenaient une enquête en maternité et un suivi aux 2 mois de l'enfant pour les femmes l'ayant accepté. Leurs données seront également appariées à celles du système national des données de santé (SNDS) pour des analyses ultérieures. Cependant, à Mayotte, les femmes ont seulement été interrogées en maternité<sup>1</sup>, et l'appariement avec le SNDS n'a pas été prévu<sup>2</sup>. L'échantillon constitué pour Mayotte, incluant la semaine nationale et les semaines d'extension, compose **l'ENP-DROM Mayotte**.

Cette enquête a été réalisée et financée, pour la semaine nationale, par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Santé publique France et l'Équipe EPOPé de l'Inserm et, pour les 5 semaines d'extension, par l'Agence régionale de santé de Mayotte (ARS) et Santé publique France.

Le pilotage terrain de l'enquête a été géré par le Centre hospitalier de Mayotte (CHM - coordinatrice, sages-femmes et traductrices) et l'ARS Mayotte.

Toutes les informations relatives à l'enquête sont disponibles sur :

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>

<sup>1</sup> Le suivi à 2 mois prévoyait une interrogation des mères par téléphone ou par web. À Mayotte, les habitants disposent rarement d'un téléphone fixe et changent régulièrement de téléphone portable. Le suivi à 2 mois n'a donc pas pu être réalisé.

<sup>2</sup> Le taux d'affiliation à la PUMa reste faible sur le territoire, freinant l'usage du SNDS qui se base sur le numéro de sécurité sociale.



# Cadre général de l'extension de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 à Mayotte

Des enquêtes nationales périnatales sont réalisées à intervalle régulier. Elles permettent de suivre l'évolution des principaux indicateurs périnataux relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque, et de fournir des informations sur des questions particulières, pour aider à la décision et à l'évaluation des actions de santé. Cinq enquêtes de ce type ont déjà été réalisées, au niveau national, en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016. Ces enquêtes portent sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises, lorsque la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un entretien avec les femmes lors de leur séjour en maternité après leur accouchement (questionnaire « Naissance » - Annexe 3 / Questionnaires utilisés lors de l'enquête).

L'extension de l'ENP 2021 dans les DROM a permis d'inclure davantage de femmes en prolongeant la durée de l'enquête principale en maternité et ainsi d'obtenir des indicateurs de qualité par territoire. À Mayotte, six semaines de terrain d'enquête (incluant la semaine nationale), du 25 octobre au 5 décembre, ont permis un recueil sur 1 009 naissances auprès de 1 000 femmes. L'enquête a été réalisée dans l'ensemble des maternités de Mayotte.

## Une enquête 2021 menée dans un contexte sanitaire inédit

Il est à noter d'emblée que pour l'Hexagone, cette enquête 2021 s'est déroulée durant la 3<sup>e</sup> vague de la pandémie de Covid-19 et que les femmes ayant accouché (en mars 2021) ont également été exposées à la 2<sup>e</sup> vague de la pandémie durant leur grossesse. Concernant Mayotte, si le terrain ne s'est pas effectué durant une vague de la pandémie, du fait du niveau de circulation du virus SARS-CoV-2, qui était relativement élevé tout au long de l'année 2021, les parturientes ont pu être exposées au virus responsable de la Covid-19. Ce contexte particulier doit être pris en compte pour l'interprétation de certaines évolutions présentées dans ce rapport et des comparaisons faites avec l'Hexagone, à la fois concernant les caractéristiques des femmes, leur santé, en particulier la santé psychique, mais également concernant les pratiques médicales durant la grossesse et l'accouchement. Des questions spécifiques concernant l'infection à coronavirus durant la grossesse et les modalités de dépistage en maternité, ont été posées dans le questionnaire « Naissance » et dans le questionnaire « Établissement ».



## Synthèse des résultats sur les naissances

Le recrutement d'une équipe d'enquêtrices dédiées à l'enquête et la coordination mise en place ont permis d'assurer un recueil quasi exhaustif des naissances à Mayotte. Pendant la période de l'enquête (du 25 octobre au 5 décembre 2021), 1 009/1 028 naissances enregistrées dans les registres d'accouchement de la maternité centrale de Mamoudzou et des 4 maternités périphériques ont été incluses dans l'ENP-DROM (soit 1,8 % des naissances n'ont pas pu être incluses). Par ailleurs, il est à noter qu'un taux de non-réponse dépassant les 15 % a pu être constaté sur certaines questions portant majoritairement sur des données chiffrées (notamment taille et poids de la mère), ou des notions médicales précises (antécédents et réalisation de tests ou d'exams médicaux). Ces non-réponses peuvent être expliquées par le suivi médical insuffisant et le faible niveau d'études des femmes, ainsi, il convient de rester prudent quant à l'interprétation des questions correspondantes.

En 2021, 10 510 naissances ont été enregistrées au centre hospitalier de Mayotte (CHM). Ainsi, cette étude a inclus 9,6 % des naissances de l'année (10,7 % pour l'édition 2016). La comparaison des résultats obtenus avec l'analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur l'année 2021 montre que les caractéristiques principales de la population observée sont similaires à celles des femmes et des enfants nés pendant l'année.

L'ENP-DROM a permis d'actualiser les connaissances sur la périnatalité, d'apprécier les évolutions depuis 2016 (et lorsque ces mêmes indicateurs étaient disponibles, depuis 2010) et d'objectiver les différences avec l'Hexagone. Des éléments importants ressortent :

- **Une très grande majorité de mères étrangères** : Avec 72,4 % en 2021, la proportion de mères de nationalité étrangère est toujours aussi importante qu'en 2016 (75,4 %). La grande majorité sont comoriennes (67,6 %), elles sont une minorité à arriver à Mayotte pendant leur grossesse (3,8 % en 2021 contre 12,5 % en 2016).

- **Une concentration de plus en plus importante des parturientes au sein et autour de la commune chef-lieu** : En 2021, la commune chef-lieu (Mamoudzou) et ses communes périphériques (Koungou, Dembéni et Tsingoni) connaissent un nombre plus important de parturientes par rapport à 2016, là où on observe le contraire pour les communes un peu plus éloignées (Petite-Terre, centre ouest et sud). Les communes de Mamoudzou (+4,8 points) et de Sada (-3,8 points) sont celles qui caractérisent le mieux cette évolution. Par ailleurs, 8,4 % des accouchements ont eu lieu hors maternité.

- **Des mères très jeunes depuis 2016** : L'âge moyen de l'ensemble des parturientes à Mayotte est de 28 ans depuis 2016, contre 31 ans dans l'Hexagone. À noter que les primipares étaient âgées en moyenne de 22 ans (en 2021) contre 24 ans (en 2016), mais à relativiser car en 2016, les mineures n'étaient pas prises en compte.

- **Une précarité qui diminue, mais des écarts toujours aussi importants avec l'Hexagone** : Une grande majorité des mères est en situation précaire, voire très précaire. En effet, à Mayotte, une mère sur trois n'a jamais été scolarisée ou a arrêté sa scolarité en primaire (soit 33,3 %) contre 45,0 % en 2016, soit une baisse de 12 points. Dans l'Hexagone, seulement 1,7 % des mères sont non scolarisées ou ont un niveau scolaire équivalent au primaire. De plus, le revenu du foyer est inférieur à 500 € pour 43,5 % des mères à Mayotte (-13,5 points par rapport à 2016, et 1,9 % dans l'Hexagone). Enfin 59,2 % d'entre elles ne disposent d'aucune couverture de santé (*i.e.* ne sont pas affiliées à la Protection universelle maladie (PUMA)) contre 1,0 % des mères dans l'Hexagone.

- **Une multiparité bien supérieure à l'Hexagone** : La parité des mères à Mayotte est stable depuis 2016, mais demeure bien supérieure à celle des parturientes dans l'Hexagone.



En 2021, la multiparité concerne près de 78 % des mères à Mayotte contre environ 59 % dans l'Hexagone. De plus, les mères avec 3 enfants ou plus représentent 39,3 % des mères à Mayotte contre seulement 8,9 % des mères dans l'Hexagone.

- **Des antécédents de pathologies gestationnelles et des antécédents obstétricaux plus fréquents que dans l'Hexagone** : La prévalence des antécédents de diabète gestationnel (5,5 % contre 2,7 %) et d'HTA gestationnelle (2,5 % contre 1,2 %) est plus élevée que dans l'Hexagone. Les antécédents de diabète gestationnel sont en nette augmentation par rapport à 2016 (3 fois plus). De plus, à l'exception près des antécédents de césariennes (19,2 %, autant que dans l'Hexagone) et des antécédents de macrosomes (2,8 % contre 6,1 % dans l'Hexagone), les antécédents obstétricaux (incluant mort-nés, prématurés, hypotrophes et morts néonataux) sont globalement plus fréquents chez les mères à Mayotte (21,7 % contre 13,1 % dans l'Hexagone).

- **Une fécondité moins maîtrisée que dans l'Hexagone** : 60,4 % des parturientes à Mayotte ont déclaré avoir déjà eu recours à une méthode contraceptive contre 88,2 % des parturientes dans l'Hexagone. La pilule, bien que de moins en moins utilisée, reste le contraceptif le plus utilisé et concerne au moins la moitié des femmes interrogées à la maternité ayant déjà eu recours à la contraception. Les méthodes de type implants, patchs et anneaux vaginaux sont de plus en plus utilisées et concernent une femme interrogée sur trois. Cependant, l'usage de l'ensemble de ces contraceptions ne semble pas maîtrisé par une partie des femmes puisque 18,1 % des femmes ayant eu recours à la contraception ont déclaré être tombées enceintes sous contraceptif (contre 9,0 % dans l'Hexagone), et 27,5 % auraient préféré ne pas être enceintes ou l'être plus tard (contre 16,6 % dans l'Hexagone). L'âge et la couverture sociale (affiliation à la PUMa) sont des facteurs influant fortement le recours à la contraception. Quant au recours à l'IVG (, il reste stable 17,8 %) et comparable à celui observé dans l'Hexagone.

- **Un suivi prénatal qui demeure insuffisant malgré des améliorations** : Du fait de la structuration de l'offre de soin et de la faiblesse de la démographie médicale de gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes restent les principales actrices du suivi de grossesse à Mayotte depuis 2016. En effet, à Mayotte, les parturientes désignent les sages-femmes comme professionnel principal du suivi de leur grossesse pendant les six premiers mois : 55,8 % désignent des sages-femmes de la PMI et à 31,8 % des sages-femmes libérales. Malgré leur implication, le suivi des femmes enceintes reste insuffisant. Le nombre déclaré d'échographies, malgré une augmentation depuis 2010, demeure toujours bien en deçà des recommandations : 33,6 % déclarent avoir réalisé moins de 3 échographies au cours de leur grossesse (contre 0,4 % dans l'Hexagone).

- **Des tests de dépistage fœtaux peu réalisés ou peu connus des parturientes** : Beaucoup de mères n'ont pas su indiquer si les tests anténataux (mesure échographique de la clarté nucale et dépistage sérique du risque de trisomie 21) avaient été réalisés, les taux de non-réponse dépassant les 40 %. De ce fait, les taux de réalisation de ces examens ne peuvent pas être estimés avec précision mais ils sont vraisemblablement plus faibles que ceux constatés dans l'Hexagone. À titre d'exemple, seulement 21,2 % des mères à Mayotte ont déclaré avoir eu une mesure de la clarté nucale contre 90,2 % dans l'Hexagone.

- **Les dépistages obligatoires réalisés par une large majorité des femmes** : En fin de grossesse, les statuts des parturientes vis-à-vis de la toxoplasmose et de la syphilis étaient inconnus pour respectivement seulement 1,6 % et 1,5 %.

- **Des complications pendant la grossesse pas plus fréquentes que dans l'Hexagone** : Les dossiers médicaux de 5,6 % des mères faisaient mention d'une HTA pendant la grossesse, 9,8 % d'un diabète gestationnel, 12,2 % d'une suspicion d'anomalie du poids fœtale et 1,1 % d'un placenta prævia. Étant donné le suivi médical insuffisant de certaines mères, il est possible que les prévalences réelles de ces complications soient plus élevées. Aussi, parmi les femmes ayant eu une menace d'accouchement prématuré ou souffrant d'HTA pendant la grossesse, la part de celles ayant nécessité une hospitalisation (respectivement à Mayotte 3,2 % et 71,7 %) est similaire à l'Hexagone. Par ailleurs, beaucoup plus de transferts *in utero* depuis



les maternités périphériques vers la maternité centrale de Mamoudzou ont été réalisés en 2021 (23 % contre 1,9 % dans l'Hexagone), principalement dans l'objectif d'avoir un avis de gynécologue-obstétricien, disponible uniquement à la maternité centrale de Mamoudzou.

- **Rareté des comportements à risque vis-à-vis de la consommation de toxiques** : Les comportements à risque restent très marginaux à Mayotte : moins de 1,0 % des parturientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool après avoir eu connaissance de leur grossesse (contre 3,1 % dans l'Hexagone) et 1,3 % fumaient pendant le 3<sup>e</sup> trimestre contre 12,2 % dans l'Hexagone.

- **Césariennes, déclenchements du travail, extractions instrumentales et épisiotomies moins fréquents que dans l'Hexagone** : Le travail a été déclenché chez seulement 11 % des parturientes à Mayotte contre 25,8 % des parturientes dans l'Hexagone. Les accouchements par césarienne semblent en baisse (13,6 % en 2021, soit -4 points par rapport à 2016, différence non significative) et moins fréquents que dans l'Hexagone (21,4 % des accouchements). Les accouchements par voie basse instrumentale sont aussi moins fréquents à Mayotte (5,8 % contre 12,4 % dans l'Hexagone). Ce faible interventionnisme médical peut être expliqué par la parité plus importante des femmes et le fait que la très grande majorité des accouchements (76,1 %) soit réalisée par des sages-femmes.

- **L'analgésie péridurale largement moins demandée et pratiquée que dans l'Hexagone** : La prise en charge médicale de la douleur est bien moins répandue que dans l'Hexagone. Par exemple, la très grande majorité des parturientes (74,6 %) n'a bénéficié d'aucune analgésie pendant le travail contre seulement 14,9 % dans l'Hexagone. Deux faits contribuent à ce constat : la faible accessibilité de ces pratiques et une demande plus faible des parturientes. Seulement 12,1 % des parturientes souhaitaient absolument une analgésie péridurale avant leur accouchement, sachant que 34,0 % d'entre elles ne l'ont pas reçue.

- **Des complications de l'accouchement de plus en plus fréquentes par rapport à 2016** : Les déchirures périnéales sont moins fréquentes que dans l'Hexagone : 33,0 % de l'ensemble des mères à Mayotte contre 59,9 % dans l'Hexagone, l'une des conséquences de la multiparité. Elles sont cependant plus fréquentes qu'en 2016 où 29,3 % des femmes à Mayotte étaient concernées. Par contre, les hémorragies du *post-partum* (3,3 %) sont rapportées aussi fréquemment que dans l'Hexagone (3,0 %), mais sont aussi en hausse par rapport à 2016 (0,5 %).

- **Des taux de prématurité et de petits poids de naissance en légère baisse depuis 2016, mais supérieurs à ceux de l'Hexagone** : À Mayotte, le taux de prématurité, qui est de 9,9 % des naissances vivantes, et le taux de petit poids de naissance, qui est de 10,8 %, sont en très légère baisse par rapport à 2016, mais restent toujours plus élevés que dans l'Hexagone (avec respectivement 7,0 % et 7,1 %).

- **Prise en charge des nouveau-nés** : À Mayotte, 12,6 % des nouveau-nés vivants reçoivent une ventilation au masque contre 7,8 % dans l'Hexagone. Le taux de ventilation par PPC nasale (3,2 %) et le taux d'intubation (moins de 1 %) sont identiques entre les deux territoires. De plus, en 2021 un nombre très important de transferts a été réalisé depuis la maternité centrale de Mamoudzou (vers les maternités périphériques) dans l'objectif de diminuer la tension hospitalière de cette dernière (36,0 % contre à peine 0,3 % en 2016). Et les transferts motivés par l'état de santé de la mère ou de l'enfant (transferts en réanimation, soins intensifs ou néonatalogie : 6,6 %) restent quant à eux relativement stables par rapport à 2016 (5,1 %) et comparables à l'Hexagone (7,6 %).

- **Un début d'alimentation à base du lait maternel** : Après l'accouchement, plus de 8 nourrissons sur 10 étaient nourris exclusivement au lait maternel, alors que dans l'Hexagone ce type d'alimentation ne concernait que 5 nourrissons sur 10. De plus, l'alimentation exclusive au lait commercial est très marginale à Mayotte où elle ne concerne que 3,1 % des nouveau-nés contre plus de 30 % des nouveau-nés dans l'Hexagone.



## Synthèse des résultats selon l'affiliation à la sécurité sociale des mères

- **Un taux élevé de non-affiliation à la sécurité sociale, associé à une précarité importante, mais en diminution par rapport à 2016** : Environ 60 % des parturientes à Mayotte ne sont pas affiliées à la sécurité sociale. Elles sont en grande partie plus jeunes (42,5 % ont moins de 25 ans contre 25,8 % des affiliées) ont un très bas niveau d'études (43,9 % non scolarisées ou avec un niveau équivalent au primaire contre 18,2 % des affiliées) et des revenus très faibles (66,1 % avec moins de 500 € contre 18,8 % des affiliées), et ce, bien que la situation semble s'améliorer depuis 2016. La non-affiliation à la sécurité sociale est donc un motif constitutif de forte précarité sanitaire des parturientes à Mayotte.

- **Les mères non-affiliées à la sécurité sociale ont un plus faible recours à la contraception et à l'IVG, par rapport à 2016 et par rapport aux mères affiliées** : Près de 54 % des mères non-affiliées n'ont jamais eu recours à la contraception, soit moins qu'en 2016 (-7 points) et beaucoup moins que chez les mères affiliées (-16 points). De plus, toujours par rapport à cette même année, le recours à l'IVG a légèrement diminué chez les mères non-affiliées (-1,6 points) mais augmenté chez les affiliées (+4,9 points).

- **Elles ont un suivi prénatal toujours aussi insuffisant** : Plus de 46 % des mères non-affiliées ont eu moins de 3 échographies, contre 15,7 % chez les affiliées. Les différents tests diagnostiques et examens de dépistage sont moins réalisés chez les non-affiliées que chez les affiliées, et surtout elles sont plus nombreuses à ne pas savoir si elles ont déjà réalisé ces tests.

- **Elles ne sont pas plus sujettes aux complications de la grossesse que les mères affiliées** : Les complications majeures de la grossesse (HTA gestationnelle, diabète gestationnel et placenta prævia) sont aussi fréquentes chez les mères non-affiliées que chez les mères affiliées.



# 1. SITUATION DE MAYOTTE : GÉOGRAPHIE, DÉMOGRAPHIE ET OFFRE DE SOINS EN PÉRINATALITÉ

Collectivité départementale devenue le 101<sup>e</sup> département français en mars 2011, Mayotte est située dans le canal du Mozambique et fait partie de l'archipel des Comores.

D'une superficie de 374 km<sup>2</sup>, elle comprend deux îles principales, la Petite-Terre et la Grande-Terre, ainsi qu'une trentaine d'îlots épars. La population au recensement de 2017 était de 256 518 habitants [3], soit une densité de 690 habitants/km<sup>2</sup>. Entre les recensements de 2012 et de 2017, la population s'est accrue de +3,8 % par an en moyenne (soit 43 900 habitants en plus sur les cinq ans) [3]. Cette démographie dynamique s'explique principalement par la combinaison de deux facteurs : une très forte natalité (ICF<sup>3</sup> de 4,6 enfants par femme en 2021 [4]) sur un territoire de faible superficie (374 km<sup>2</sup>) ; et une immigration importante en provenance principalement des Comores [5]. Mayotte est le département le plus jeune de France : l'âge moyen est de 23 ans (contre 41 ans dans l'Hexagone) [4]. En termes de distribution, plus de la moitié de la population a moins de 18 ans et a contrario les 60 ans ou plus ne représentent que 4 % de la population [3].

L'offre de prévention et de soins en matière de périnatalité à Mayotte est majoritairement concentrée sur le secteur public avec le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) qui comprend plusieurs sites répartis sur toute l'île : le site principal à Mamoudzou (comprenant la maternité centrale de Mamoudzou), quatre maternités dites périphériques au sein des centres médicaux de référence ([CMR] rattachés administrativement au CHM) et 13 centres de consultations (anciennement dispensaires). Le site de Mamoudzou comprend un service spécialisé de néonatalogie-pédiatrie, un service SAMU-Urgences et une unité de gestion des évacuations sanitaires pour l'organisation des transferts vers La Réunion ou la France hexagonale. L'offre publique est complétée par une vingtaine de centres de Protection maternelle et infantile (PMI) gérés par le conseil départemental à Mayotte, qui contribuent au suivi des femmes enceintes, à la planification familiale et aux consultations de prévention et de vaccination des enfants entre 0 et 6 ans.

L'offre médicale libérale reste très faible sur le département, concentrée essentiellement sur Petite-Terre et Mamoudzou. Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il y avait 30 médecins généralistes libéraux répartis dans une vingtaine de cabinets et seulement 10 gynéco-obstétriciens [6]. Les sages-femmes, principales actrices du suivi périnatal à Mayotte, étaient estimées<sup>4</sup> à un total de 223 (dont 30 de profession libérale), soit une densité de 321 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Enfin, le réseau périnatal à Mayotte, Répéma, créé en 2009 et financé par l'ARS Mayotte, mène des actions de prévention et de promotion de la santé périnatale et organise des formations à destination des professionnels du secteur. Le réseau coordonne et réunit les professionnels de la périnatalité du territoire, notamment le CHM, la PMI et les professionnels libéraux (sages-femmes et gynécologues) afin de fluidifier au mieux le parcours de soins des femmes enceintes. Plusieurs associations de prévention en santé sexuelle sont également financées par l'Agence régionale de santé de Mayotte afin d'accompagner les femmes dans leur désir de grossesse, notamment les Evars (Espaces de vie affective relationnelle et sexuelle) au nombre de deux sur

<sup>3</sup> L'Indice conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge d'une année donnée. Il peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants qu'aurait une génération fictive de femmes [...] [29].

<sup>4</sup> Suite au travail de comparaison mené sur les bases antérieures à 2019, les effectifs observés des sages-femmes depuis le RPPS sont fortement sous-évalués vis-à-vis des fichiers du CHM. Le nombre de sages-femmes non-remplaçantes a été redressé par régression linéaire afin de fournir une estimation.



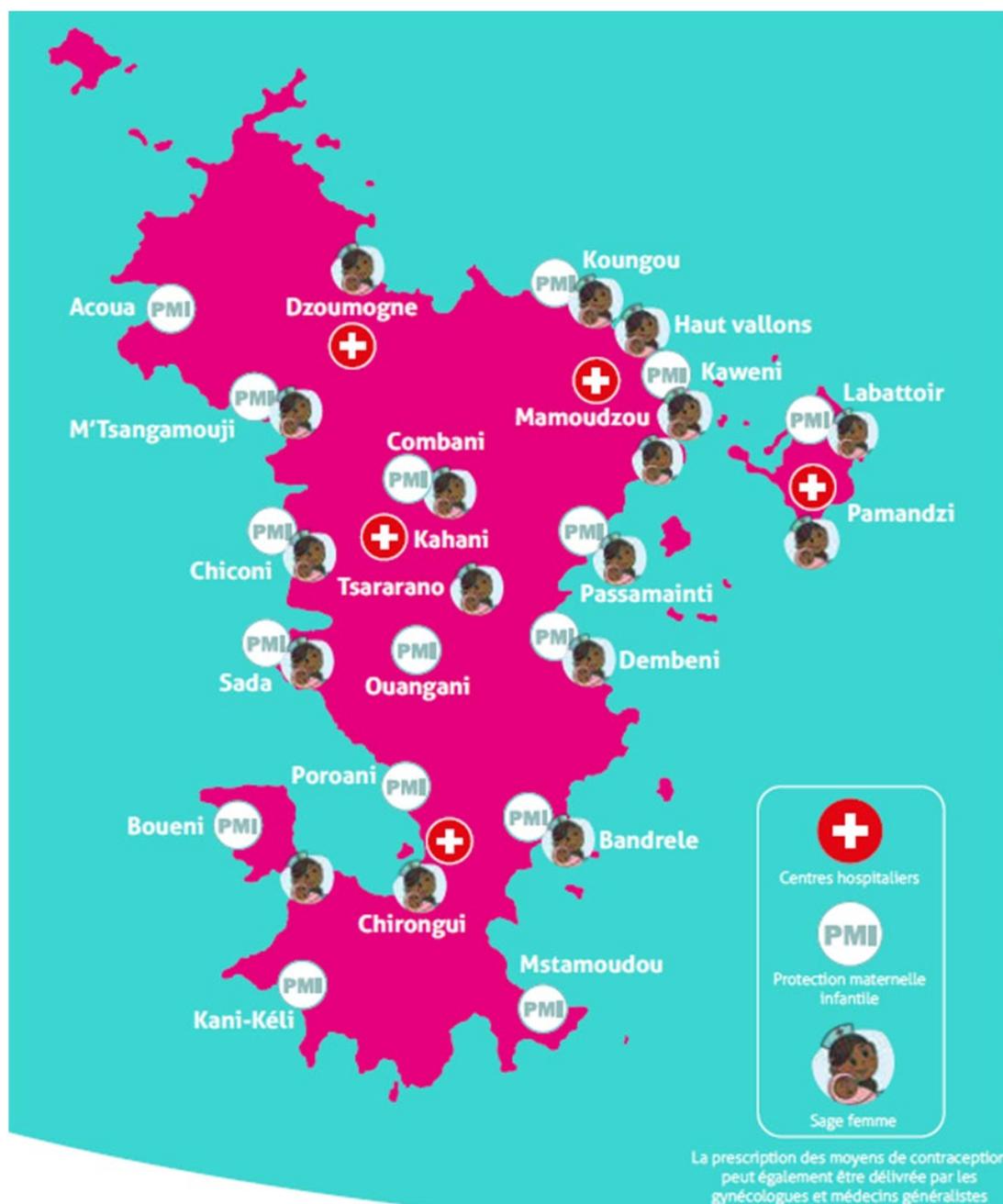
le territoire, mais également la Croix-Rouge qui organise des ateliers d'accompagnement à la parentalité en lien avec les communes.

Le parcours de la femme enceinte s'organise à Mayotte selon le schéma présenté en ANNEXES

Annexe 1 / Résumé du parcours de la femme enceinte à Mayotte.

La carte ci-après (Figure 1) présente les établissements sanitaires, les structures de prise en charge et les professionnels liés à la périnatalité existant au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**Figure 1. Les structures de prise en charge en périnatalité à Mayotte (situation au 1<sup>er</sup> janvier 2022)**



Source : Réseau périnatal de Mayotte (Répéma)



## 2. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ENQUÊTE

### 2.1 Présentation générale

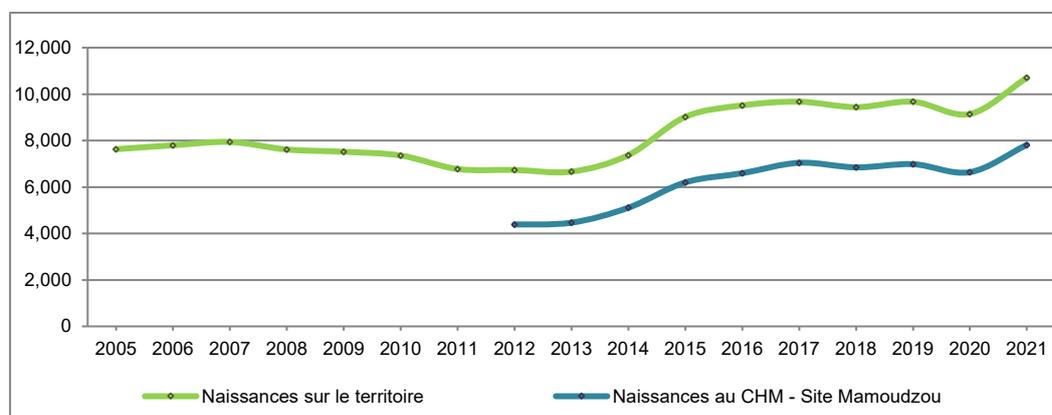
#### 2.1.1 Introduction

Disposer régulièrement de données fiables et actualisées dans le domaine périnatal est un impératif en Santé publique. La connaissance des principaux indicateurs de santé est en effet indispensable pour suivre l'évolution de la santé, orienter les politiques de prévention et évaluer les pratiques médicales. Cela est encore plus important à Mayotte compte tenu de son statut récent de département d'outre-mer obtenu en mars 2011 et de la dynamique de sa population liée aux migrations.

Les conditions socio-économiques de vie sont défavorables à Mayotte. En effet, 77 % de la population vit sous le seuil de bas revenus selon l'enquête Insee « Budget des familles » réalisée en 2018, contre 15 % en France hexagonale [7]. Le système de sécurité sociale est récent et spécifique, il ne comprend ni la couverture maladie universelle (CMU) ni l'aide médicale de l'État (AME), et selon les données de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM), seule 66 % de la population totale est affiliée à la PUMa en 2020 [8] contre plus de 90 % dans l'Hexagone.

À ce contexte, s'ajoute un accroissement dynamique du nombre de naissances depuis 2014 (Figure 2) et un défaut d'attractivité des professionnels de santé. Cette situation préoccupante a conduit l'Agence régionale de santé Océan Indien (ARS-OI<sup>5</sup>) à élaborer un plan d'actions en périnatalité à Mayotte (2015-2018). Le plan contraception (2019-2021) de l'ARS Mayotte a permis de renforcer la promotion de la contraception sur le territoire grâce à une dynamique partenariale (Conseil départemental, CHM, et associations spécialisées).

Figure 2. Évolution du nombre annuel de naissances au Centre hospitalier de Mayotte



Source : CHM, Direction de l'information médicale

En France, certains indicateurs sont fournis par les bases médico-administratives mais à Mayotte ces bases sont partiellement exploitables. Depuis 2015, il est possible de travailler sur les accouchements à partir des données issues du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) car tous les séjours y sont enregistrés à présent. En revanche, en raison du faible pourcentage de personnes ayant une couverture santé sur le territoire, les données issues de la base de données individuelles des bénéficiaires (DCIR) ne peuvent pas être exploitées pour réaliser des études sur la consommation des soins. Par ailleurs, de nombreux indicateurs concernant, en particulier, les caractéristiques des femmes, leur vécu et les pratiques médicales

<sup>5</sup> Le 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'ARS-OI a fait place à deux nouvelles agences : l'ARS La Réunion et l'ARS Mayotte.



ne sont pas disponibles dans ces bases de données. Les décideurs manquent d'informations fiables et récentes concernant l'état de santé de la population pour produire une analyse approfondie de la situation périnatale à Mayotte. L'évolution démographique et la transformation rapide de la société à Mayotte imposent aux services déconcentrés du ministère chargé de la santé, de conduire ou de réaliser des actions d'observation afin de pallier le déficit de connaissances.

C'est pourquoi, avec le concours de l'équipe EPOPé de l'Inserm et du CHM, Santé publique France et l'ARS Mayotte ont décidé de renouveler, en 2021, la réalisation de l'extension de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP-DROM) pour mettre à jour ses données périnatales.

Pour rappel, les ENP sont régulièrement réalisées depuis 1995, environ tous les cinq ans et fournissent des données représentatives des naissances annuelles, et ce, suite à la volonté du ministère chargé de la santé dans le Plan Périnatalité de 1994. Elles se déroulent durant une semaine sur l'ensemble du territoire français et sont pilotées par l'équipe EPOPé de l'Inserm.

Les extensions dans les DROM reprennent la méthodologie de l'ENP. Elles reposent sur le principe d'un recueil d'informations à partir d'un échantillon représentatif des naissances suffisamment important pour décrire précisément les indicateurs pour chaque territoire d'outre-mer. Ces échantillons comprennent ainsi toutes les naissances survenues sur un nombre suffisant de semaines permettant d'atteindre au moins 800 naissances par territoire. L'ensemble de cet échantillon pour chaque territoire constitue l'ENP-DROM. Les informations pour l'enquête à Mayotte sont recueillies uniquement en maternité après l'accouchement.

Les ENP et ses extensions servent à estimer les besoins en matière de prévention, à évaluer les politiques publiques relatives à la périnatalité et à analyser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques émises par les sociétés savantes. Les données à recueillir sont ainsi définies en cohérence avec les autres sources d'information existantes et, avant chaque enquête, en concertation avec les services publics au niveau national et local, les professionnels de santé et des associations d'usagers, dans le cadre du Comité d'orientation de l'ENP.

L'enquête nationale périnatale à Mayotte, dans sa première édition de 2010 [1], avait d'ores et déjà mis en évidence des situations préoccupantes à Mayotte concernant la santé périnatale, ensuite confirmées par l'enquête de 2016 [2], et ce malgré des améliorations plus ou moins importantes :

- Une majorité de femmes avait une surveillance prénatale insuffisante bien qu'en amélioration : seules 22,2 % des femmes avaient réalisé plus de 3 échographies en 2016 comme il est recommandé (contre 19,4 % en 2010) ;
- De manière plus générale, malgré une amélioration entre 2010 et 2016, les examens de dépistage et les mesures de prévention étaient mal connus et moins souvent réalisés que dans l'Hexagone (entretien prénatal précoce, dépistage sanguin de la trisomie 21, vaccinations) ;
- Les parts des naissances prématurées et des petits poids de naissance sont en baisse depuis 2010 (baisse non significative), mais restent plus importantes qu'en France hexagonale (différence significative) : respectivement 12,5 % (contre 13,2 % en 2010) et 13,9 % (contre 16,3 % en 2010) des naissances en 2016 à Mayotte contre respectivement 8,3 % et 8,2 % des naissances en 2016 dans l'Hexagone.

Ce rapport présente les résultats de l'ENP-DROM Mayotte dont les données sont issues de la semaine nationale de l'ENP 2021 et des 5 semaines d'extension. Il permet d'objectiver l'évolution des indicateurs de la santé périnatale à Mayotte depuis l'étude de 2010 et de 2016, tout en comparant la situation à Mayotte avec l'Hexagone [9].



## 2.1.2 Objectifs

Les principaux objectifs de ce rapport sont de :

- Décrire les principaux indicateurs de l'état de santé des femmes et des nouveau-nés, les facteurs de risque périnatal, le contexte psychosocial dans lequel survient la grossesse et les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement à Mayotte ;
- Comparer la situation à Mayotte en 2021 à celle de la France hexagonale ;
- Décrire les évolutions à Mayotte depuis 2016, voire parfois depuis 2010 ;
- Décrire spécifiquement les femmes selon leur affiliation à la Sécurité sociale ;
- Fournir des données représentatives à l'échelle de Mayotte ;
- Apporter des informations pour contribuer au suivi et à l'évaluation du plan d'actions « Périnatalité » à Mayotte.

## 2.2 Méthodes

La méthodologie de l'ENP-DROM a suivi celle de l'ENP 2021 [10].

### 2.2.1 Population et période d'enquête

L'enquête à Mayotte portait sur la totalité des naissances survenues à la maternité centrale de Mamoudzou et dans les quatre maternités périphériques pendant la période de l'enquête. Les enfants nés en dehors de ces services (par exemple à domicile) et transférés ensuite en maternité ont également été inclus.

#### Définition d'une naissance

L'enquête porte sur l'ensemble des enfants nés vivants ou mort-nés (dont les interruptions médicales de grossesse [IMG]), si la naissance avait eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou si le nouveau-né pesait au moins 500 grammes à la naissance. Cette définition était déjà utilisée dans les enquêtes précédentes et prend en compte les principales bornes recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

#### Calendrier d'enquête

L'enquête a débuté le 15 mars 2021 en France hexagonale et dans tous les DROM à l'exception de Mayotte. En effet, l'impact de la crise Covid-19 a obligé l'ARS Mayotte à reporter son édition. Ainsi, l'ENP-DROM à Mayotte a été réalisée entre le lundi 25 octobre 2021 à 00 h 00 et le dimanche 5 décembre 2021 à 23 h 59, soit six semaines continues d'enquête (incluant la semaine nationale).

### 2.2.2 Recueil des informations

Le questionnaire comprenait 3 parties :

- 1) Un entretien avec les femmes avant leur sortie de maternité permettant de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des mères, la description de la surveillance prénatale et la prise en charge de l'accouchement. Des questions sur le partenaire, posées lors du suivi à deux mois pour les autres territoires, ont été ajoutées à l'entretien en maternité à Mayotte (Annexe 3 / Questionnaires utilisés lors de l'enquête).
- 2) Le dossier médical incluant les données collectées relatives aux complications de la grossesse, à l'accouchement et à l'état de santé de l'enfant à la naissance.
- 3) Le recueil minimal de treize indicateurs à partir du dossier médical.



L'enquête reposait sur le principe de non-opposition. Des lettres d'information, adaptées à chaque situation (« standard », femmes mineures de plus de 15 ans, problèmes de santé de la mère et/ou de l'enfant et/ou sortie précoce) étaient distribuées aux femmes, ainsi qu'au second titulaire de l'autorité parentale : la femme pouvait s'opposer à chacune des parties de l'enquête, et le second titulaire de l'autorité parentale pouvait s'opposer au recueil des données de son enfant.

Si une femme ne pouvait pas ou refusait de participer à l'entretien, la collecte d'informations à partir du dossier médical était réalisée, sauf en cas d'opposition. Dans ce cas, le recueil minimal de treize indicateurs était complété. La femme pouvait également s'opposer à ce recueil de données minimales.

En cas d'issues de grossesses particulières (mort fœtale in utero ou interruption médicale de grossesse) ou d'accouchement sous le secret (« sous X »), les femmes étaient informées de l'enquête et sollicitées pour un recueil des données minimales uniquement, auquel elles pouvaient s'opposer.

Certains procédés ont changé par rapport à l'enquête de 2016 :

- Concernant les femmes mineures (de 15 ans ou plus) : si elles, ainsi que leurs autorités parentales ne refusaient pas de participer à l'enquête de 2021, elles pouvaient répondre à l'entretien en face-à-face et faire l'objet d'un recueil des données à partir du dossier médical. Ce qui n'était pas le cas en 2016 puisqu'elles n'étaient pas sollicitées pour l'enquête et faisaient donc l'objet du questionnaire minimal.
- En 2016, les questions les plus sensibles (consommation d'alcool, usage de drogues, bien-être psychologique, violences physiques durant la grossesse) ont été posées sous forme d'un questionnaire auto-administré de 9 questions distribué à la fin de l'enquête principale. En 2021, celles-ci sont directement posées lors de l'entretien.
- La formulation de certaines questions a été revue, en particulier pour faciliter la compréhension des questions par les femmes et améliorer la précision des informations obtenues.

Ces différences sont expliquées par des notes dans les tableaux. Par ailleurs, le questionnaire de 2021 aborde de nouveaux thèmes et, dans plusieurs tableaux, les résultats ne portent que sur l'année 2021.

Le questionnaire « naissance » utilisé (auquel ont été ajoutées les questions concernant le partenaire) est présenté en Annexe 3 / Questionnaires utilisés lors de l'enquête.

### 2.2.3 Organisation et déroulement de l'enquête

#### Coordination et mise en place de l'enquête

La coordination et la conception de l'ENP sont détaillées dans le rapport ENP 2021 [9].

À Mayotte, l'ENP-DROM a été pilotée sous la responsabilité conjointe de l'ARS à Mayotte et de Santé publique France, avec l'appui de l'Inserm et en collaboration avec un groupe de travail réunissant des partenaires des territoires d'outre-mer concernés par les extensions ENP. Une réflexion commune a donc été menée avec les institutions suivantes (cf. groupe de travail) :

- Santé publique France
- L'ARS Mayotte
- L'ARS Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy
- L'ARS Martinique
- L'ARS La Réunion
- L'observatoire régional de la santé de Guadeloupe (ORSaG)



- L'observatoire de la santé en Martinique
- Le réseau périnatal « Naître en Guadeloupe »
- Le réseau de santé en périnatalité de Martinique
- Les services de la protection maternelle et infantile de la Guadeloupe
- Les services de la protection maternelle et infantile de la Martinique

Le protocole et les documents d'enquête de l'extension se basent sur ceux de l'ENP 2021 mis à disposition par l'Inserm. Ils ont été adaptés afin de tenir compte des spécificités du territoire et des institutions pilotant ces extensions.

En plus du financement de l'enquête, l'ARS Mayotte était chargé de la gestion de la coordination départementale, du suivi du bon déroulement de la collecte, de la réalisation des analyses statistiques complémentaires ainsi que de la rédaction du rapport.

Santé publique France a coordonné l'enquête en prenant en charge : la gestion des demandes d'autorisation, la rédaction des documents pour le déroulement de l'enquête, le contrôle qualité et les différents échanges avec Ipsos (un institut d'études et de sondages chargé de la saisie par lecture optique et de la constitution des bases de données), le data management, la réalisation des tableaux descriptifs du rapport ainsi que la relecture du rapport.

### Enquête en maternité

L'enquête de terrain en maternité est quant à elle le produit d'un partenariat entre le CHM et l'ARS Mayotte. Elle a été réalisée à la maternité centrale de Mamoudzou ainsi que dans les quatre maternités périphériques. L'hôpital a assuré un rôle de support administratif et financier en recrutant l'équipe d'enquêtrices composée de sages-femmes et de traductrices et en mettant à leur disposition des moyens de locomotion.

L'équipe d'enquêtrices était constituée de 6 binômes de sages-femmes enquêtrices et aides-soignantes traductrices formées par l'Inserm. Toutes les traductrices parlaient le shimaoré ou le shibushi pour traduire oralement, le cas échéant, les questions posées aux femmes enquêtées et recueillir leurs réponses. Deux binômes ont été placés à la maternité centrale de Mamoudzou et un binôme dans chaque maternité périphérique. En raison de la faible activité à la maternité de Dzaoudzi pendant la période de l'enquête, le binôme placé dans cette maternité se rendait régulièrement à Mamoudzou pour soutenir les équipes en place en cas de forte activité à la maternité centrale. L'organisation sur le site central de Mamoudzou s'est déroulée de manière à disposer d'un binôme le samedi afin d'éviter la surcharge de travail en début de semaine. Le personnel soignant dans les différentes maternités était informé de la réalisation de l'enquête afin de faciliter le travail des enquêtrices sur les différents sites.

Pendant l'enquête, les sages-femmes enquêtrices placées dans les maternités devaient repérer toutes les naissances correspondant aux critères d'inclusion, informer les femmes et les seconds titulaires de l'autorité parentale, recueillir leur non-opposition à participer à l'enquête, réaliser le recueil de données selon le protocole (entretien, collecte de données à partir du dossier médical de la femme, données minimales), remettre les questionnaires et le bordereau de synthèse au coordinateur de l'enquête au site de Mamoudzou.

### Contrôle des données, analyses et rédaction du rapport

L'exhaustivité et la qualité des données de l'ENP-DROM ont été contrôlées une première fois par l'ARS à Mayotte, puis par l'équipe EPOPé (semaine nationale) et Santé publique France (semaines extension) par une relecture de chaque questionnaire papier. En cas d'incohérence, la maternité était contactée pour apporter les corrections nécessaires. La saisie des données et la constitution du fichier informatique ont été assurées par Ipsos pour l'ensemble de l'enquête.



Avant la réalisation des analyses nécessaires à l'élaboration de ce rapport, un data management et un contrôle informatique de la cohérence des données ont été effectués par l'équipe EPOPé de l'Inserm (semaine nationale) et par Santé publique France (semaines extension). Les analyses et la rédaction du rapport ont été réalisées par le Service études et statistiques de l'ARS Mayotte et Santé publique France, en s'appuyant sur le rapport ENP 2021 rédigé par l'équipe EPOPé de l'Inserm [9] ainsi que le rapport de l'extension ENP-DROM 2016 à Mayotte [2].

## 2.2.4 Autorisations

L'ENP 2021 est une enquête de la statistique publique et a reçu l'avis d'opportunité auprès du Conseil national de l'information statistiques (Cnis) le 14 octobre 2019, le label d'intérêt général et de qualité statistique auprès du Comité du label (Visa n° 2021X701SA, arrêté du 23 novembre 2020), l'avis favorable d'un Comité de protection des personnes (CPP) le 7 juillet 2020, et l'autorisation de la Cnil DR-2020-391 du 31 décembre 2020.

Les extensions de l'ENP dans les DROM ont reçu l'avis favorable d'un Comité de protection des personnes le 30 novembre 2020 (référence interne CPP Île-de-France IV : 2020/107 ; n° ID RCB : 2020-A02147-32), et l'autorisation de la Cnil DR-2021-067 du 19 mars 2021.

Pour les besoins du traitement, l'ARS Mayotte bénéficie d'un accord pour traiter les données de l'ENP 2016, suite à l'avis favorable du comité du secret statistique du 14 octobre 2016.

## 2.3 Effectifs et qualité des données

### 2.3.1 Effectifs

Le site central de Mamoudzou et l'ensemble de ses centres périphériques ont accepté l'enquête. Pendant la période couverte par l'enquête, 1 028 naissances ont été recensées dans les registres des naissances de la maternité centrale de Mamoudzou et des quatre maternités périphériques. Sur cette même période, les enquêtrices ont enregistré 1 000 accouchements correspondant à 1 009 naissances, dont 991 naissances uniques et 18 naissances multiples. Parmi ces naissances, 991 étaient des naissances vivantes (soit 982 accouchements) (Tableau 1).

**Tableau 1. Effectif des échantillons**

	Mayotte 2021		Hexagone 2021	
<b>Nombre de maternités</b>	5		459	
<b>Naissances <sup>(1)</sup></b>	n	%	n	%
Uniques	991	98,2	12 510	96,7
Gémellaires/Triples	18	1,8	429	3,3
	(1 009)		(12 939)	
<b>Enfants <sup>(1)</sup></b>				
Nés vivants	991	98,2	12 828	99,1
Mort-nés/IMG	18	1,8	111	0,9
	(1 009)		(12 939)	
<b>Femmes participant à l'enquête <sup>(2)</sup></b>				
Participation totale	909	92,6	10 913	86,5
Participation partielle	72	7,3	1 610	12,8
Refus de toutes les parties	1	0,1	91	0,7
	(982)		(12 614)	

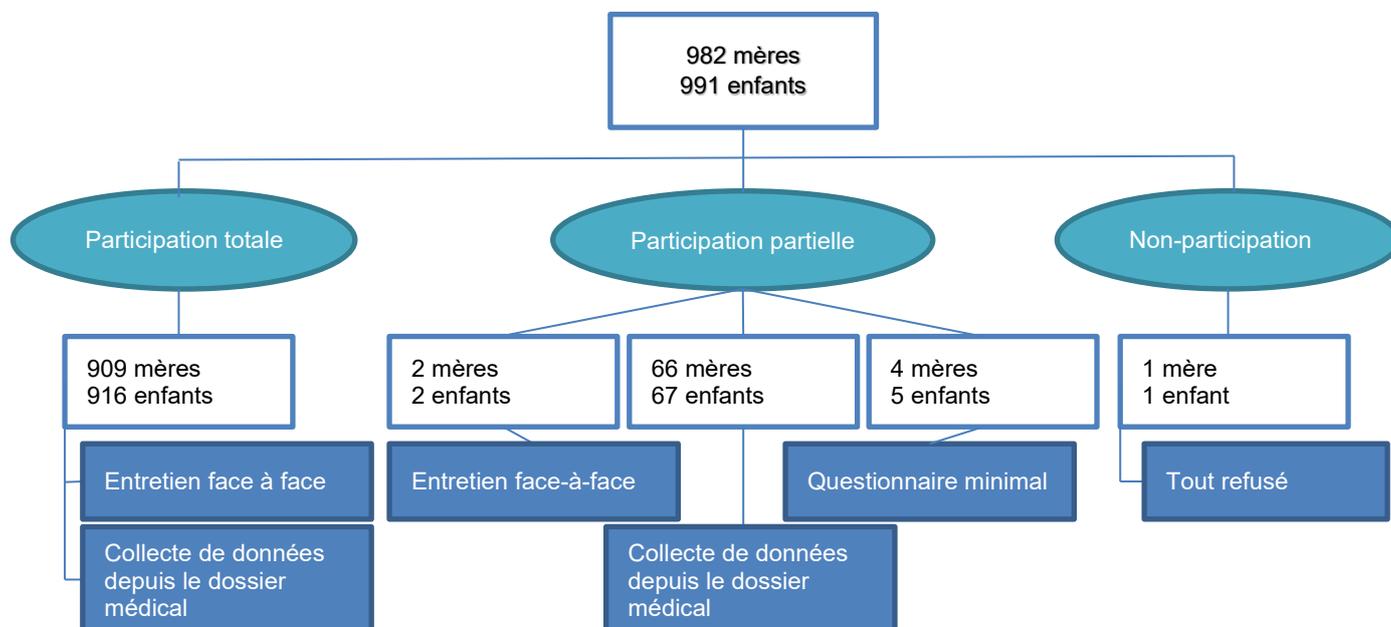
Source : ENP-DROM 2021, ENP 2021 ;

Notes : (1) Toutes les naissances ; (2) Naissances vivantes uniquement.



La participation à l'enquête pour les 982 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant se décompose de la manière suivante : 909 questionnaires complets (entretien et données du dossier médical) soit 92,6 % des femmes éligibles, 2 femmes ont accepté de participer à l'entretien mais ont refusé le recueil des données médicales (0,2 %), 66 ont refusé de participer à l'entretien mais ne sont pas opposées au recueil d'informations à partir de leur dossier médical (6,7 %), 4 ont accepté uniquement le recueil des données minimales (0,4 %) et 1 femme a refusé toutes les parties du questionnaire (0,1 %) (Figure 3).

**Figure 3. Participation à l'ENP-DROM à Mayotte en 2021 (naissances vivantes)**



Source : ENP-DROM 2021

Un total de 71 femmes, dont 6 mineures non pas participé à l'enquête. La raison principale étant le refus (69,7 % contre 44,0 % dans l'Hexagone), sachant qu'elles pouvaient fournir jusqu'à deux motifs (Tableau 2).

**Tableau 2. Extrait des motifs de non-participation des femmes à l'entretien en face-à-face (naissances vivantes)**

Motif de non-participation à l'entretien (jusqu'à 2 choix possibles)	Mayotte 2021		Hexagone 2021	
	n	%	n	%
Refus	54	69,7	1 016	44,0
État de santé de la mère	10	14,1	145	8,8
Problème de langue	1	1,4	315	19,0
	(71)		(1 656)	

Source : ENP-DROM 2021, ENP 2021

## 2.3.2 Exhaustivité des données

### Les femmes contactées pendant l'enquête

L'exhaustivité des naissances a été vérifiée dans toutes les maternités en comparant les données des cahiers de naissances utilisés pour l'enquête et le registre des naissances de chaque maternité. Au total, 1 028 naissances ont été recensées dans les registres des naissances de la maternité centrale de Mamoudzou et des 4 maternités périphériques pendant la période de l'enquête. Or, 1 009 naissances ont été enregistrées par les enquêtrices, soit un taux d'exhaustivité de 98,2 %. Au total, ce sont donc 19 naissances dont les mères n'ont pas pu être contactées pour participer à l'enquête (Tableau 3).



**Tableau 3. Analyse de l'exhaustivité des inclusions (toutes naissances)**

	Mayotte 2021	
	n	%
Naissances recensées sur la période d'enquête <sup>(1)</sup>	1 028	100
Naissances incluses dans l'enquête ENP-DROM 2021	1 009	98,2
Perdus de vue	19	1,8

Source : ENP-DROM 2021

Note : (1) dans les registres des naissances de la maternité centrale de Mamoudzou et des 4 maternités périphériques

### La participation des femmes

Parmi les 982 femmes ayant donné naissance à au moins un enfant né vivant, 99,5 % ont accepté de participer à cette enquête (entretien et/ou données du dossier médical), 0,4 % ont uniquement accepté le remplissage des 13 items du questionnaire minimal et 0,1 % ont refusé de participer (questionnaire vide).

### Les données manquantes

Pour les 991 naissances vivantes, les indicateurs majeurs recommandés au niveau européen ont pu être renseignés pour la majorité des femmes. Les non-réponses sur ces items sont peu nombreuses. À titre d'exemple : le mode d'accouchement (voie basse contre césarienne) est renseigné pour la quasi-totalité des naissances (7 non renseignés, soit 0,7 %), la classe d'âge de la mère est non précisée pour seulement 6 mères (soit 0,6 %), le poids de l'enfant est inconnu pour 16 enfants (1,6 %) et l'âge gestationnel est non précisé pour 10 enfants (1,0 %).

L'entretien en face-à-face a été réalisé auprès de 911 (92,7 %) femmes.

- Les questions de l'entretien faisant appel à des données chiffrées ont eu des taux de non-réponse particulièrement élevés : taille de la mère (63 % de non-réponses), poids avant la grossesse (52 %) et revenu moyen des ménages (36 % de non-réponse).
- Pour les questions en lien avec des notions médicales précises, les taux de non-réponses sont tout aussi élevés. Par exemple dans le cadre du dépistage de la trisomie 21, 50 % des mères interrogées n'ont pas su dire si elles avaient eu ou non une mesure de la clarté nucale à l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre et plus de 38 % n'ont pas su dire si elles avaient réalisé ou non un dépistage par prise de sang.

Le recueil de données à partir du dossier médical a été réalisé auprès de 975 femmes (99,3 %). Les taux de non-réponse de ces questions sont faibles voire très faibles pour la très grande majorité. On observe une nette amélioration par rapport à 2016 où le manque de suivi médical et de connaissances précises en matière de santé des mères impliquaient plus de non-réponses. L'informatisation du dossier médical ainsi que l'utilisation accrue de DxCare<sup>6</sup> en maternité ont aussi beaucoup participé à l'amélioration du suivi médical sur le territoire.

- Les informations relatives aux antécédents médicaux de la mère ne comportaient que très peu de non-réponses (moins de 1 % comme pour la France hexagonale). On peut y citer, entre-autres, les antécédents d'hypertension artérielle (HTA), d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou encore de diabète avant la grossesse. En 2016, on observe un peu plus de 1 % de non-réponses pour les antécédents d'HTA et de diabète.
- Les taux de non-réponse concernant les différents antécédents obstétricaux sont très faibles : l'existence d'antécédents d'enfants mort-nés, d'accouchements prématurés, de macrosomes ou d'hypotrophes est non renseignée pour moins de 1 % des femmes (sensiblement moindre pour la France hexagonale). Ce qui n'était pas forcément le cas en 2016, puisque les antécédents d'enfants macrosomes ou hypotrophes étaient non-renseignés pour respectivement 27 % et 29 % des femmes à Mayotte.

<sup>6</sup> DxCare : logiciel de gestion des dossiers des patients.



- Pour le suivi de grossesse, les taux de non-réponses sont assez disparates : à titre d'exemple, pour près de 40 % des mères, on ne dispose pas de l'estimation du poids fœtale à l'échographie du 3<sup>e</sup> trimestre, là où pour l'existence d'un diabète gestationnel l'information est non disponible pour moins de 1 % d'entre elles. Pour la France hexagonale, on obtient respectivement 11 % et moins de 1 % de non-réponses.
- Les informations relatives au déroulement de l'accouchement (du travail à l'accouchement) ont pour la grande majorité relativement peu de données manquantes. Toutefois pour certaines variables spécifiques (par exemple la modalité de rupture de la poche des eaux) le taux de données manquantes peut aller jusqu'à atteindre les 10 %.
- Le changement du mode de recueil des données par rapport à l'enquête précédente (en entretien face à face en 2016 puis via le dossier médical en 2021) pour certaines questions a permis de grandement réduire leurs taux de non-réponses. Par exemple, les femmes qui n'ont pas su ou voulu dire si elles avaient déjà eu une IVG, représentent moins de 1 % des femmes en 2021, contre 16 % en 2016.
- Cependant, en raison d'une offre de soins insuffisante pour faire face aux besoins à Mayotte, on ne peut écarter l'hypothèse que certaines informations relatives aux antécédents médicaux de la femme (pathologies chroniques et antécédents médicaux ou obstétricaux notamment) et au suivi de grossesse ne soient pas reportées de façon exhaustive dans les dossiers médicaux, sans pour autant apparaître en données manquantes dans les questionnaires. Ainsi leurs prévalences seraient sous-estimées.

### 2.3.3 Représentativité des données

Pour vérifier la représentativité des données, nous avons comparé nos résultats aux statistiques du PMSI disponibles sur ScanSanté<sup>7</sup> pour l'année complète 2021 à Mayotte. L'enquête a couvert 9,6 % des mères ayant accouché en 2021 et pour l'ensemble des indicateurs comparés, les distributions sont similaires (Tableau 4).

**Tableau 4. Comparaison de la population incluse avec les données 2021 du PMSI<sup>(1)</sup>**

	PMSI année 2021		ENP-DROM Mayotte 2021 <sup>(2)</sup>		
	n	%	n	%	IC à 95 %
<b>Femmes</b> <sup>(3)</sup>	10 510		998		
<b>Naissances vivantes</b>	10 497		990		
<b>Statut de la maternité</b> <sup>(3)</sup>					
Public ou Espic	10 510	100,0	998	100,0	
Privé	0	0,0	0	0,0	
<b>Âge maternel</b> <sup>(3)</sup>					
<15	62	0,6			
15-19	1 086	10,3	115	11,5	9,6 – 13,5
20-24	2 415	23,0	237	23,8	21,1 – 26,4
25-29	2 765	26,3	254	25,5	22,8 – 28,2
30-34	2 259	21,5	206	20,7	18,1 – 23,3
35-39	1 390	13,2	138	13,8	11,7 – 16,0
40-44	487	4,6	46	4,6	3,3 – 5,9
≥45	46	0,4	<sup>(5)</sup>		
<b>Grossesse multiple</b> <sup>(3)</sup>	163	1,6	<sup>(5)</sup>		
<b>Accouchement par césarienne</b> <sup>(3)</sup>	1 489	14,2	134	13,5	11,3 – 15,6
<b>Prématurité (&lt;37 SA)</b> <sup>(4)</sup>	1 021	9,7	99	10,0	8,1 – 11,9
<b>Petit poids de naissance (&lt;2 500g)</b> <sup>(4)</sup>	1 225	11,7	107	10,9	8,9 – 12,9

Source : PMSI ; ENP-DROM 2021.

Notes : (1) Programme médicalisé des systèmes d'information ; (2) Les femmes ayant refusé toute l'enquête ne sont pas incluses (n=2) ; (3) Rapporté au nombre de femmes (dont les accouchements avec mort-né) ; (4) Rapporté au nombre de naissances vivantes ; (5) Effectifs entre 1 et 9 (trop faibles pour être présentés) ou non disponibles.

<sup>7</sup> Site ScanSanté : <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>



### 2.3.4 Degré de précision des résultats

Les indicateurs et résultats présentés dans ce rapport sont issus d'un échantillon des naissances sur six semaines et non de la totalité des naissances en 2021. Ces valeurs fluctuent à l'intérieur d'un intervalle de confiance (IC) dont les bornes, pour un risque d'erreur à 5 % pour un échantillon de 991 naissances vivantes, sont les suivantes :

- Taux à 1 % :  $\pm 0,6$  %
- Taux à 5 % :  $\pm 1,4$  %
- Taux de 10 % :  $\pm 1,9$  %
- Taux de 20 % :  $\pm 2,5$  %

Dans ce rapport, les résultats descriptifs sur les naissances issues des ENP et de ses extensions sont systématiquement présentés avec leur IC à 95 %.

## 2.4 Présentation des résultats

Les résultats de l'ENP 2021 pour Mayotte sont présentés en deux parties :

- Description et évolution des naissances depuis 2016 à Mayotte et comparaison avec l'Hexagone ;
- Focus prenant en compte l'affiliation à la sécurité sociale.

L'ensemble des indicateurs 2021 sont présentés, pour Mayotte et pour la France hexagonale, sous forme de tableaux tout au long du rapport, et les données 2016 de Mayotte sont présentées quand le mode de recueil des indicateurs n'a pas ou peu évolué entre les deux éditions.

Pour certaines questions, les données ont dû être regroupées afin d'obtenir des effectifs assez importants pour être interprétés. Les modalités ayant un effectif de répondants inférieurs à 10 ne seront pas interprétées.

Pour chaque item, nous présentons le pourcentage 2016 à Mayotte, l'effectif, le pourcentage et son intervalle de confiance 2021 à Mayotte et le pourcentage et l'intervalle de confiance pour la France hexagonale. Un test de comparaison des distributions a été réalisé pour tester les différences entre Mayotte et la France hexagonale en 2021. En raison de la taille de l'échantillon et du nombre de tests effectués, les différences ont été considérées comme significatives à un risque inférieur à 1/1 000 ( $p < 0,001$ ). Pour le focus spécifique prenant en compte l'affiliation à la sécurité sociale et la comparaison des indicateurs à Mayotte entre 2016 et 2021, le seuil retenu était de 1/100 ( $p < 0,01$ ). Les  $p$  des tests significatifs seront accompagnés du signe « \* ».

### Référence aux données de l'Extension de l'ENP 2016 (ENP-DROM 2016) réalisée à Mayotte

L'ENP-DROM 2016 [2] a porté sur l'ensemble des femmes ayant accouché à Mayotte entre le 14 mars et le 17 avril 2016 et a permis d'inclure 1 008 femmes (1 025 enfants). Cette enquête est une extension l'ENP 2016 [11], et suit ainsi le même protocole d'étude.



# 3. DESCRIPTION ET ÉVOLUTION DES NAISSANCES À MAYOTTE DEPUIS 2016 ET COMPARAISON AVEC LA FRANCE HEXAGONALE

## 3.1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes

### 3.1.1 Origine géographique et nationalité des mères

#### La nationalité et le lieu de naissance

Après avoir fortement chuté entre 2010 et 2016 (-12 points), la part des parturientes de nationalité française s'est stabilisée entre 2016 et 2021 représentant environ 25 % des mères (Tableau 5). En France Hexagonale, 84,1 % des femmes sont de nationalité française.

Tableau 5. Nationalité et lieux de naissance des mères (*naissances vivantes*)

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Nationalité</b>					<0,0001*		
Française	24,6	236	25,9	23,1 – 28,9		84,1	83,4 – 84,6
Étrangère	75,4	675	74,1	71,1 – 76,9		15,9	15,2 – 16,6
Comorienne	70,0	616	67,6			–	
Autres (malgache, africaine...)	5,3	59	6,5			–	
	(821)	(911)				(10 949)	
<b>Pays de naissance</b>					<0,0001*		
France	23,6	251	27,6	24,7 – 30,6		79,0	78,3 – 79,8
Autres pays de naissance	76,4	660	72,4	69,4 – 75,3		21,0	20,2 – 21,7
	(818)	(911)				(10 861)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Parmi les femmes nées à l'étranger, 93,2 % sont arrivées avant l'année de l'enquête (2021). Pour les femmes arrivées en 2021, le mois de leur entrée à Mayotte a été renseigné pour 26 femmes sur 39. D'après leurs déclarations, 20 parturientes (soit 3,5 %) sont arrivées pendant leur grossesse, c'est-à-dire à partir du mois de mars (Tableau 6).

De plus, la date d'arrivée à Mayotte est manquante pour 12,0 % (78/651) des femmes nées à l'étranger, les femmes arrivées sur le territoire pendant leur grossesse représentent au minimum 3,0 % et au maximum 18,2 %<sup>8</sup> des femmes nées à l'étranger. Elles restent donc assez minoritaires.

À noter qu'en 2016, ce nombre était de 12,5 % et variait entre 11,4 % et 27,4 % [2]. La part des mères nées à l'étranger qui arrivent sur le territoire étant déjà enceinte a donc été divisée par 3 entre les deux enquêtes de 2016 et 2021.

<sup>8</sup> Estimations du nombre (min/max) de femmes arrivant en cours de grossesse :

- Pour la borne minimale : on considère que toutes les femmes dont la date d'arrivée est manquante sont arrivées avant leur grossesse. Soit les 20 femmes déjà enceintes (arrivées en mars 2021 et après), sur la totalité des 660 femmes nées à l'étranger = > 3,0 %.
- Pour la borne maximale : on considère que toutes les femmes dont la date d'arrivée est manquante sont arrivées pendant leur grossesse. Soit les 20 femmes arrivées enceintes, plus les 39-26=13 sans le mois d'arrivée, ainsi que les 660-573=87 sans l'année d'arrivée, soit un total de 111 femmes, sur la totalité des 660 femmes nées à l'étranger => 18,2 %.



**Tableau 6. Date d'arrivée à Mayotte des femmes nées à l'étranger (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021			
	n	n	%	% cumulé inversé	IC à 95 %
<b>Délais entre l'arrivée à Mayotte et l'accouchement</b>					
Année enquête	6,7	39	6,8	100,0	4,9 – 9,2
≤ 9 mois	12,5 <sup>(1)</sup>	20/26	3,8	–	–
1 an	22,1	56	9,8	93,2	7,5 – 12,5
2 à 5 ans	18,6	135	23,6	83,4	20,1 – 27,3
6 à 9 ans	8,1	163	28,4	59,9	24,8 – 32,3
≥ 10 ans	44,5	180	31,4	31,4	27,6 – 35,4
	(566)	(573)			

Source : ENP-DROM 2016, 2021.

Note : (1) Pour 2016, l'ENP-DROM ayant été réalisée en avril, la période enceinte inclut donc l'année en cours (2016) et une partie de l'année précédente (août 2015 et plus tard). Ainsi, les 12,5 % proviennent donc de la totalité des 6,7 % de 2016 et d'une partie des 22,1 % de 2015.

### Commune de résidence des mères

Plus de la moitié des mères (51,8 %) résident dans la capitale (Mamoudzou) et aux alentours proches (Koungou et Dombéni). Entre 2016 et 2021, la part des mères résidant à Mamoudzou a augmenté de +4,8 points (non significative). Cette augmentation se fait au détriment de Sada, qui a connu une très forte baisse (-3,8 points, significative). En dehors de ces deux communes, on ne constate pas d'autres évolutions importantes (Tableau 7).

De plus, si en 2016 la répartition des mères par communes de résidence était très proche de la répartition de la population en 2017, ce n'est plus tout à fait le cas en 2021. Cette différence peut s'expliquer par le fait que le dernier recensement de la population de l'île date de quatre ans et n'est peut-être plus aussi proche de la réalité (Tableau 7).

**Tableau 7. Commune de résidence des mères (naissances vivantes)**

Commune de résidence des mères	Mayotte 2016 <sup>(3)</sup>	Mayotte 2021 <sup>(4)</sup>			Population 2017
	%	n	%	IC à 95 %	%
Acoua	2,0	18	2,2	1,3 – 3,5	2,0
Bandraboua	6,6	57	7,0	5,3 – 8,9	5,4
Bandréle	5,0	34	4,2	2,9 – 5,8	4,0
Bouéni + Kani-Kéli	3,9	26	3,2	2,1 – 4,6	4,7
Chiconi	3,0	24	2,9	1,9 – 4,3	3,3
Chirongui	4,5	26	3,2	2,1 – 4,6	3,5
Dombéni	7,0	59	7,2	5,5 – 9,2	6,1
Dzaoudzi	6,3	43	5,3	3,8 – 7,0	6,9
Koungou	12,6	107	13,1	10,8 – 15,6	12,5
<b>Mamoudzou<sup>(1)</sup></b>	<b>26,7</b>	258	<b>31,5</b>	28,3 – 34,8	27,8
Mtsamboro	2,3	19	2,3	1,4 – 3,6	3,1
Mtsangamouji	2,0	16	2,0	1,1 – 3,2	2,5
Ouangani	3,2	41	5,0	3,6 – 6,7	4,0
Pamandzi	3,9	21	2,6	1,6 – 3,9	4,5
<b>Sada<sup>(2)</sup></b>	<b>6,0</b>	18	<b>2,2</b>	1,3 – 3,5	4,4
Tsingoni	5,1	52	6,3	4,8 – 8,2	5,4
	(820)	(819)			(262 895)

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; recensement de la population Insee 2017.

Champ : Recueil de données dans le dossier médical en 2021, Entretien face-à-face en 2016.

Lecture : En vert figurent les communes qui ont connu une augmentation importante (+2 points ou plus) sur la période 2016-2021, et en orange celles ayant connu une diminution importante (-2 points ou moins).

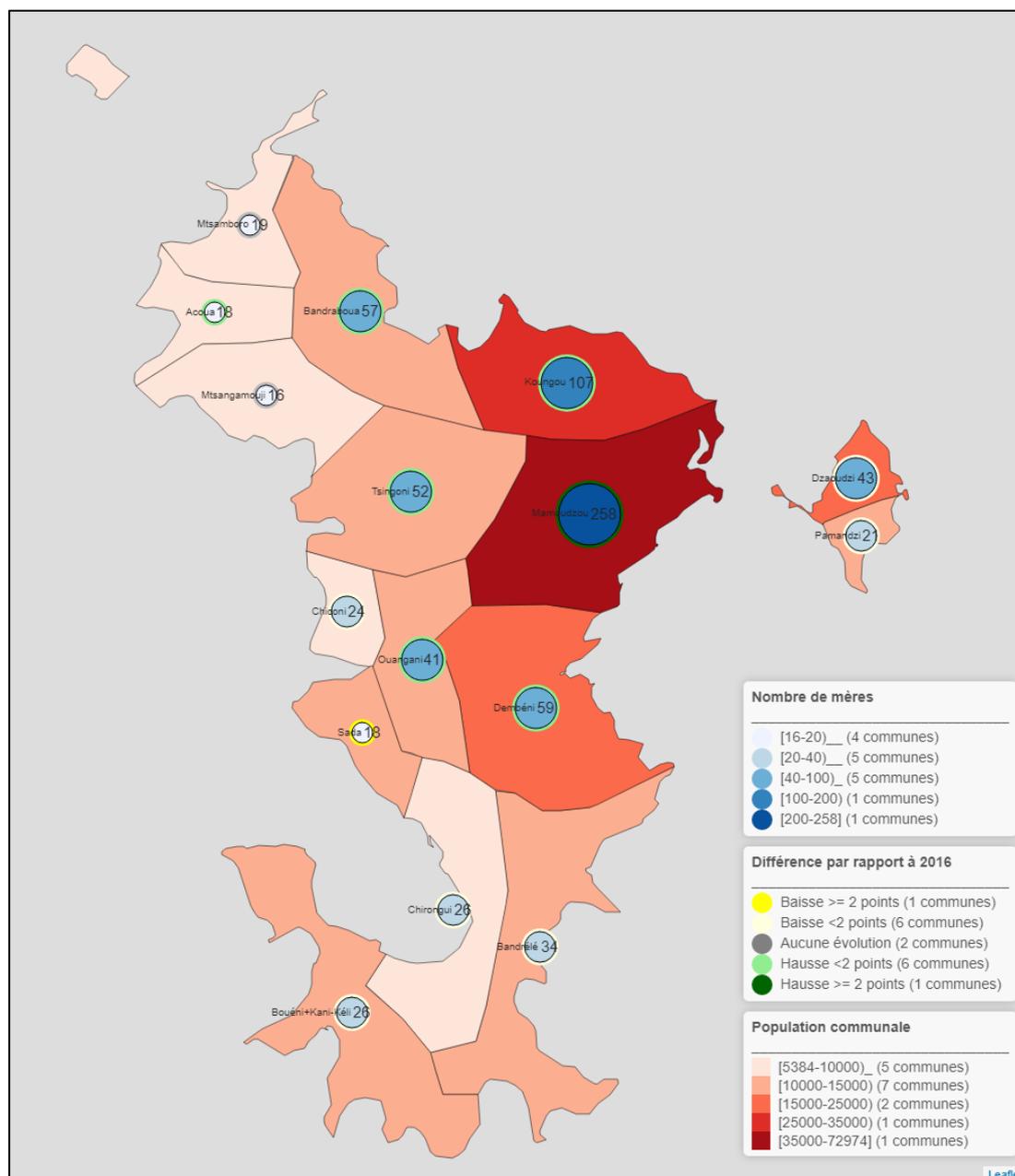
Notes :

- (1) Test Mamoudzou 2021 contre Mamoudzou 2016 : 26,7 % contre 31,5 % (+4,8 points) :  $p=0,0373$  ;
- (2) Test Sada 2021 contre Sada 2016 : 2,2 % contre 6,0 % (-3,8 points) :  $p=0,0002^*$  ;
- (3) Test global des communes de résidence des mères Mayotte 2016 contre Population 2017 :  $p=0,2490$  ;
- (4) Test global des communes de résidence des mères Mayotte 2021 contre Population 2017 :  $p=0,0006^*$ .



De manière plus globale, la Figure 4 montre qu'entre 2016 et 2021, toutes les communes en périphérie de Mamoudzou (Koungou au nord, Tsingoni et Ouangani à l'ouest et Dembéli au sud) semblent connaître des variations positives (non significatives), là où les communes du sud (Bouéni, Kani-Kéli, Bandrélé et Chirongui), de l'extrême-ouest (Chiconi et Sada) ainsi que de la Petite-Terre (Dzaoudzi et Pamandzi) sont plutôt en baisse (non significative en dehors de Sada).

**Figure 4. Commune de résidence des mères avec évolution par rapport à 2016 et populations communales**



Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; recensement de la population Insee 2017.

Champ : Commune de résidence des mères : Dossier médical en 2021 et Entretien face-à-face en 2016.

Lecture :

- En nuance de rouges, la densité de population (en 5 classes) ;
- En nuance de bleus et en fonction de la taille des cercles, la densité des mères (en 5 classes) ;
- Les arcs de cercles colorés du jaune au vert décrivent l'évolution de la part des mères par rapport à 2016 (en 5 classes).

### 3.1.2 Âge des mères

Depuis 2016, la distribution de l'âge à l'accouchement n'a pas changé de façon significative à Mayotte. Elle est cependant significativement différente de celle des mères dans l'Hexagone, en



2021, tout comme en 2016 [2]. Cette différence s'explique par le fait qu'à Mayotte, les femmes âgées de moins de 25 ans sont plus représentées (35,4 % contre 11,6 % dans l'Hexagone). De plus, l'âge moyen est passé de 27,1 ans en 2010 [1], à 28,1 ans en 2016, et à 28,2 ans en 2021, contre 30,9 ans dans l'Hexagone en 2021. À noter que l'âge moyen des primipares est de 21,8 ans en 2021 (23,6 ans en 2016) (Tableau 8).

**Tableau 8. Âge des parturientes (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016 <sup>(1)</sup>	Mayotte 2021 <sup>(2)</sup>				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Âge à la maternité</b>					<0,0001*		
Moins de 20 ans	13,6	112	11,5	5,3 – 8,5		1,3	1,1 – 1,5
15-17 ans	–	46	4,7	3,5 – 6,2		0,2	0,1 – 0,3
20-24 ans	22,9	233	23,9	21,2 – 26,7		10,3	9,7 – 10,8
25-29 ans	24,4	253	25,9	23,2 – 28,8		28,2	27,4 – 29,0
30-34 ans	21,8	195	20,0	17,5 – 22,6		35,7	34,8 – 36,6
35-39 ans	12,6	137	14,0	11,9 – 16,4		19,2	18,5 – 19,9
40 ans et plus	4,8	46	4,7	3,5 – 6,2		5,4	5,0 – 5,8
	(1 003)	(976)				(12 089)	
Moyenne ± écart-type	28,1		28,2 ± 6,7			30,9 ± 5,3	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Les mineures n'étaient pas incluses en 2016 ;
- (2) Test : âge des mères, Mayotte, 2021 contre 2016 :  $p=0,5538$ .

### 3.1.3 Situation familiale et économique

#### Vie en couple et statut marital

La quasi-totalité des femmes vivent en couple (91,8 %) et essentiellement dans le même logement (84,6 %) (Tableau 9). La part des femmes ne vivant pas en couple n'a pas varié entre 2016 (8,4 %) et 2021 (8,2 %). Elle est significativement différente de l'Hexagone (5,1 %). Cependant, là où plus de 60 % des parturientes dans l'Hexagone se déclarent mariées ou pacsées au moment de la naissance du bébé, à peine 20 % des parturientes à Mayotte se déclarent comme telles. Cette différence importante peut s'expliquer par le fait que ne sont pris en compte dans cette étude que les mariages civils, or à Mayotte la part des mariages uniquement religieux est importante et elle n'est pas comptabilisée.

#### Logement en fin de grossesse

Près d'une mère sur cinq à Mayotte (18,9 %) ne vit pas dans un logement personnel en fin de grossesse, mais vit chez un membre de sa famille, des amis ou autres, contre 6,3 % dans l'Hexagone (Tableau 9).

**Tableau 9. Situation maritale et vie en couple (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Statut marital</b>					<0,0001*		
Célibataire	83,7	721	80,2	77,4 – 82,8		39,4	38,5 – 40,4
Mariée	14,4	160	17,8	15,4 – 20,5		38,2	37,3 – 39,1
Pacsée	1,9	18	2,0	1,2 – 3,1		22,3	21,6 – 23,1
	(806)	(899)				(10 846)	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Vie en couple</b>					<0,0001*		
Non	8,4	75	8,2	6,5 – 10,2		5,1	4,7 – 5,6
Oui	91,6	838	91,8	89,8 – 93,5		94,9	94,4 – 95,3
Oui, dans le même logement	82,8	771	84,6	82,1 – 86,9		92,1	91,6-92,6



	Mayotte 2016	Mayotte 2021		Hexagone 2021	
Oui, mais pas dans le même logement	8,7 <sup>(1)</sup> (821)	65 (911)	7,1 5,5 – 9,0	2,8 (10 949)	2,5-3,1
<b>Logement en fin de grossesse<sup>(2)</sup></b>			<0,0001*		
Logement personnel	–	737	81,1 77,4 – 82,8	93,7	93,3 – 94,2
Famille, amis et autre	–	172	18,9 15,4 – 20,5	6,3	5,8 – 6,7
	–	(909)		(10 935)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) Comprend « Oui, pas dans le même logement » et « Oui sans précision sur le logement ».

(2) Non disponible pour Mayotte 2016

## Âge du partenaire

Pour cette édition de l'ENP, les questions concernant les caractéristiques du partenaire ont été posées à la maternité pour Mayotte et aux 2 mois de l'enfant pour l'Hexagone.

Parmi les femmes ayant répondu avoir un partenaire (92,6 %), l'âge moyen de celui-ci est de 33,6 ans à Mayotte, soit une moyenne similaire à l'Hexagone (33,8 ans). Cependant, la distribution de l'âge est différente avec plus de partenaires jeunes (< 30 ans) et plus de partenaires âgés (≥ 40 ans) à Mayotte (36,2 % et 24,7 % respectivement) que dans l'Hexagone (23,3 % et 16,8 % respectivement) (Tableau 10).

## Nationalité et pays de naissance du partenaire

Pour les femmes ayant un partenaire, 37,9 % des partenaires sont de nationalité française (contre 85,1 % dans l'Hexagone) et 37,8 % des partenaires étaient nés en France (contre 79,6 % dans l'Hexagone) (Tableau 10).

**Tableau 10. Âge du partenaire (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021 <sup>(1)</sup>				Hexagone 2021 <sup>(2)</sup>	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Partenaire</b>				0,0980		
Oui	840 (907)	94,6	90,7 – 94,2		94,1 (7 287)	93,3 – 94,8
<b>Âge à la maternité</b>				<0,0001*		
Moins de 30 ans	174	36,2	31,9 – 40,6		23,3	22,3 – 24,3
<i>Dont moins de 20 ans</i>	<10				0,3	0,2 – 0,5
30-39 ans	188	39,1	34,7 – 43,6		59,9	58,6 – 61,2
40 ans et plus	119 (481)	24,7	20,9 – 28,8		16,8 (6 939)	15,7 – 17,9
Moyenne ± écart-type			33,6 ± 6,7			33,8 ± 0,1
<b>Nationalité</b>				<0,0001*		
Française	318	37,9	34,6 – 41,3		85,1	83,9 – 86,2
Autre nationalité	521 (839)	62,1	58,7 – 65,4		14,9 (6954)	13,8 – 16,1
<b>Pays de naissance</b>				<0,0001*		
France	317	37,8	34,5 – 41,2		79,6	78,4 – 80,8
Autre pays	521 (838)	62,2	58,8 – 65,5		20,4 (6937)	19,2 – 21,6

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Recueil de données à la maternité ; (2) Recueil de données aux 2 mois de l'enfant.



## Niveau d'étude des mères

Le niveau d'études des femmes à Mayotte s'est amélioré entre 2016 et 2021, mais il reste toujours très inférieur à celui de l'Hexagone (Tableau 11). En effet, la part des femmes n'ayant jamais été scolarisées ou s'étant arrêtées au primaire est passée de 45,0 % en 2016 à 33,3 % en 2021, alors qu'elles ne représentent que 1,7 % dans l'Hexagone. Pour les mères ayant arrêté les études au lycée, à Mayotte, elles proviennent majoritairement de l'enseignement général, alors que dans l'Hexagone elles proviennent plus de l'enseignement professionnel. À Mayotte, 13,8 % des mères ont un niveau d'études supérieur au bac, contre 59,4 % dans l'Hexagone.

**Tableau 11. Niveaux d'études des mères (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021 <sup>(1)</sup>				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Niveaux d'études</b>					<0,0001*		
Non scolarisée ou primaire	45,0	303	33,3	30,2 – 36,4		1,7	1,4 – 1,9
Collège (6 <sup>e</sup> à 3 <sup>e</sup> )	21,3	218	23,9	21,2 – 26,8		5,2	4,8 – 5,7
Enseignement professionnel	6,0	51	5,6	4,2 – 7,3		12,0	11,4 – 12,6
Lycée	16,6	214	23,4	20,8 – 26,4		21,6	20,9 – 22,4
<i>Enseignement général</i>	10,3	134	14,7	12,5-17,2		8,6	8,1-9,2
<i>Enseignement technologique</i>	2,0	15	1,6	0,6-2,7		2,3	2,1-2,6
<i>Enseignement professionnel</i>	4,4	65	7,1	5,6-9,0		10,7	10,1-11,3
Supérieur au baccalauréat	11,0	125	13,8	11,6 – 16,1		59,4	58,5 – 60,3
<i>Baccalauréat + 1 ou 2 ans</i>	5,9	57	6,3	4,8-8,0		18,5	17,8-19,2
<i>Baccalauréat + 3 ou 4 ans</i>	3,9	49	5,4	4,0-7,1		18,6	17,9-19,3
<i>Baccalauréat + 5 ans ou plus</i>	1,2	19	2,1	1,3-3,2		22,3	21,6-23,1
	(817)	(911)				(10 940)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) Test : niveau d'études des mères, Mayotte, 2021 contre 2016 : p<0,0001\*

## Activité et catégorie professionnelles des mères

Depuis 2016, il n'y a pas eu de changement concernant l'activité professionnelle des femmes à Mayotte. En 2021, à Mayotte, seulement 23,1 % des femmes ont déclaré avoir travaillé pendant la grossesse et 20,1 % être en activité en fin de grossesse, contre respectivement 69,8 % et 67,9 % dans l'Hexagone. En 2021, 71,3 % ont déclaré être femme au foyer, contre 14,4 % dans l'Hexagone. Cependant, il est à noter que le travail informel est important à Mayotte et il est donc probable que dans cette situation, certaines femmes préfèrent déclarer être femme au foyer, ou ne pas répondre à la question (Tableau 12).

**Tableau 12. Activité professionnelle des mères (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Exercice d'un emploi pendant la grossesse</b>					<0,0001*		
Oui	20,3	210	23,1	20,4 – 25,9		69,8	68,9 – 70,7
Non	79,7	701	76,9	74,1 – 79,6		30,2	29,4 – 31,1
	(817)	(911)				(10 941)	
<b>Situation à la fin de la grossesse<sup>(1)</sup></b>					<0,0001*		
En activité	18,0	181	20,1	17,5 – 22,8		67,9	67,0 – 68,8
Sans activité	82,0	721	79,9	77,2 – 82,5		32,2	31,2 – 33,0
<i>Au chômage</i>	14,9	17	1,9	1,1 – 3,0		13,0	12,3-13,6
<i>Femme au foyer</i>	78,5	643	71,3	68,2 – 74,2		14,4	13,7-15,0
<i>Autre</i>	6,6	61	6,8	5,2 – 8,6		4,8	4,4-5,2
	(819)	(902)				(10 739)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) En activité inclut arrêt de travail, arrêt maladie, chômage partiel à cause de la crise sanitaire; Autre situation inclut étudiante, congé parental, congé sans solde.



À Mayotte, en 2021, la profession actuelle, ou la dernière exercée, est le plus souvent employée (16,6 % des femmes) (Tableau 13). Le nombre de femmes se déclarant « sans profession » est de 70,3 % contre 10,3 % dans l'Hexagone.

Pour les femmes ayant travaillé pendant la grossesse, on observe un arrêt plus précoce de l'activité professionnelle (sans reprise du travail jusqu'à l'accouchement) pour la grande majorité des femmes dans l'Hexagone. Celles-ci sont 71 % à travailler au plus jusqu'à la 32<sup>e</sup> SA contre un peu moins de la moitié des femmes enceintes à Mayotte (46,3 %).

**Tableau 13. Catégorie professionnelle des mères (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Profession de la femme</b> <sup>(1,2)</sup>				<0,0001*		
Agricultrice exploitante / Artisane, commerçante et cheffe d'entreprise	22	2,5	1,6 – 3,8		3,7	3,4 – 4,1
Cadre et profession intellectuelle supérieure	24	2,7	1,8 – 4,0		17,8	17,1 – 18,6
Profession intermédiaire	50	5,7	4,3 – 7,4		26,2	25,3 – 27,0
Employée	146	16,6	14,2 – 19,3		35,8	34,9 – 36,7
Ouvrière	19	2,2	1,3 – 3,4		6,2	5,7 – 6,7
Sans profession	617 (878)	70,3	67,1 – 73,3		10,3 (10 647)	9,7 – 10,9
<b>Quotité du temps de travail</b>				0,0008*		
Temps plein	127	76,5	69,3 – 82,7		82,7	81,7 – 83,6
De 80 à 99 %	14	8,4	4,7 – 13,8		10,0	9,3 – 10,8
Moins de 80 %	25 (166)	15,1	10,0 – 21,4		7,3 (6 289)	6,7 – 8,0
<b>Âge gestationnel à l'arrêt de l'activité professionnelle</b>				<0,0001*		
≤ 22 SA	22	10,8	6,9 – 16,0		30,3	29,3 – 31,4
23-28	30	14,8	10,2 – 20,4		22,3	21,4 – 23,3
29-32	57	28,1	22,0 – 34,8		18,4	17,5 – 19,3
≥ 33	94 (203)	46,3	39,3 – 53,4		29,0 (7 531)	28,0 – 30,0

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Codage automatisé de la profession à partir du programme SICORE (INSEE) ;
- (2) Profession actuelle ou la dernière exercée.

## Situation professionnelle du partenaire

À Mayotte, près 88 % des partenaires ont un emploi (Tableau 14). En 2016, ce chiffre était d'environ 66 %, soit une augmentation de +23 points. Toutefois, il est difficile de savoir si ce pourcentage comprend l'ensemble des partenaires ayant une activité non déclarée ou seulement une partie d'entre eux.

Lors de leur dernier emploi, près de la moitié (45,7 %) des partenaires exerçait une activité rémunérée (en tant que salariés ou stagiaires rémunérés). Le pourcentage important de « Aide non rémunérée » (48,7 %) s'explique principalement par le travail portant la mention « non déclaré ».



**Tableau 14. Situation professionnelle du partenaire (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016 <sup>(1)</sup>	Mayotte 2021 <sup>(1)</sup>				Hexagone 2021 <sup>(2)</sup>	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Situation actuelle du partenaire</b>							
En emploi	66,1	711	88,3	85,9 – 90,5		89,0	88,1 – 89,9
Sans emploi	33,9	94	11,7	9,5 – 14,1		11,0	10,3 – 11,8
<i>Au chômage</i>	25,2	64	8,0	6,2-10,0		8,3	7,5-9,1
<i>Autre ou non précisé</i>	8,7	30	3,7	2,5-5,3		2,7	2,2-3,2
	(747)	(805)				(6 918)	
<b>Statut professionnel lors du dernier emploi<sup>(2)</sup></b>							
Salarié ou stagiaire rémunéré	-	365	45,7	42,2 – 49,3			
Travailleur indépendant	-	44	5,5	4,0 – 7,3			
Aide non rémunérée	-	389	48,7	45,2 – 52,3			
		(798)					

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Recueil de données à la maternité ; (2) Recueil de données aux 2 mois de l'enfant.

(2) Non disponible pour Mayotte 2016

## Ressources et revenus mensuels du ménage

Les ressources des femmes sont décrites au niveau du ménage, c'est-à-dire en tenant compte des ressources de l'ensemble des personnes qui partageaient le même logement qu'elles au moment de l'enquête.

À Mayotte, 14,7 % des ménages n'ont pas de revenu lié à une activité professionnelle, contre 10,5 % dans l'Hexagone (Tableau 15).

Les ressources ont été hiérarchisées en catégories exclusives :

- 1) L'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE, ou allocation-chômage) ;
- 2) Le revenu de solidarité active (RSA) ;
- 3) D'autres aides (allocation aux adultes handicapés, aides familiales ou associatives, etc.) ;
- 4) Les revenus provenant d'une activité professionnelle (salaire, honoraires, prime d'activité, etc.) ;
- 5) Les ménages sans ressources.

Les prestations familiales pour les enfants ou pour le logement ou encore la prestation d'accueil du jeune enfant n'étaient pas comptabilisées dans les autres sources de revenu.

Les salaires ou revenus issus d'un travail contribuent aux revenus de 80,9 % des ménages (contre 73,8 % en 2016 et 60,5 % en 2010 [1]). Presque dix ans après son instauration, seulement 3,2 % des ménages bénéficient du RSA, un chiffre deux fois plus faible que celui observé en 2016. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait qu'en 2016 la prime d'activité était incluse dans la catégorie RSA, alors qu'en 2021, elle est incluse dans les ressources issues d'une activité professionnelle (Tableau 15). Les ménages n'ayant aucune ressource représentent 11,7 % des femmes à Mayotte, contre 1,3 % dans l'Hexagone.



**Tableau 15. Ressources de revenus des ménages (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Revenus du ménage liés à une activité professionnelle<sup>(1,2)</sup></b>					<0,0001*		
Oui	-	766	85,3	82,8 – 87,6		89,5	88,9 – 90,1
Non	-	132	14,7	12,5 – 17,2		10,5	9,9 – 11,1
		(898)				(10 923)	
<b>Ressources du ménage<sup>(2,3)</sup></b>					<0,0001*		
Allocation chômage	1,1	15	1,7	1,6 – 3,8		16,4	15,7 – 17,1
RSA (Revenu de solidarité active) <sup>(2)</sup>	6,6	29	3,2	2,2 – 4,6		6,9	6,4 – 7,4
Autres ressources	14,2	23	2,6	78,1 – 83,4		2,8	2,5 – 3,2
Salaires	73,8	727	80,9	0,9 – 2,7		72,6	71,8 – 73,5
Aucune ressource	-	105	11,7	9,7 – 14,0		1,3	1,1 – 1,6
		(819)				(10 926)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Pour Mayotte, en 2016 : information non disponible.

(2) Pour Mayotte, en 2021 : il s'agit pour la plupart des femmes de revenus provenant d'un « travail informel ».

(3) Si plusieurs sources de revenu, classement suivant l'ordre présenté ici ;

Concernant le niveau de revenu des ménages (incluant salaires, aides sociales, aides familiales, etc.), la question posée en 2021 concernait les revenus nets après prélèvement à la source, contrairement à 2016 et à 2010. Alors qu'il avait été observé une augmentation des inégalités entre 2010 et 2016 (plus de revenus à moins de 500 € et moins de revenus à 1 500 € et plus [2]), on observe le contraire sur la période 2016-2021 (Tableau 16).

En effet, on obtient -13,6 points (soit 43,5 % en 2021) pour les revenus les plus faibles (moins de 500 € par mois et probablement pas imposables) et +4,3 points (soit 24,6 % en 2021) pour les revenus de 1 500 € et plus. Cette augmentation des revenus « hauts » est d'autant plus importante étant donné l'instauration du prélèvement de l'impôt à la source, qui aurait pu biaiser les réponses de femmes à la baisse. Toutefois, ces revenus sont nettement inférieurs à ceux observés dans l'Hexagone où l'on a 84,9 % des femmes déclarant un revenu mensuel supérieur ou égal à 1 500 € (et seulement 1,9 % un revenu mensuel inférieur à 500 €). La proportion des non-réponses concernant le revenu des ménages à Mayotte est de 36,0 % sur l'ensemble des femmes ayant participé à l'entretien.

Beaucoup de mères à Mayotte ont une situation financière difficile et elles l'expriment. En effet, près de 40 % des parturientes (contre environ 10 % dans l'Hexagone) déclarent y arriver difficilement, voire n'y arrivent pas du tout financièrement (Tableau 16).

**Tableau 16. Revenus et aisance financière des ménages (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Montant mensuel des ressources du ménage<sup>(1,2)</sup></b>					<0,0001*		
< 500 euros	57,1	252	43,5	39,4 – 47,7		1,9	1,6 – 2,2
500 – 999	10,4	96	16,6	13,6 – 19,9		5,6	5,1 – 6,0
1 000 – 1 499	12,2	89	15,4	12,5 – 18,6		7,8	7,3 – 8,4
1 500 – 1 999	7,0	34	5,9	4,1 – 8,1		9,6	9,0 – 10,1
2 000 – 2 999	4,8	44	7,6	5,6 – 10,1		23,5	22,6 – 24,3
3 000 – 3 999	3,5	26	4,5	3,0 – 6,5		27,1	26,3 – 28,0
≥ 4 000	5,0	38	6,6	4,7 – 8,9		24,6	23,8 – 25,4
	(625)	(579)				(10 379)	
<b>Sentiment d'aisance financière<sup>(3)</sup></b>					<0,0001*		
N'y arrive pas sans faire de dettes	-	68	7,5	5,9 – 9,4		2,3	2,0 – 2,6
Y arrive difficilement	-	292	32,2	29,2 – 35,4		7,3	6,9 – 7,8
C'est juste	-	169	18,7	16,2 – 21,4		31,8	31 – 32,7
Ca va	-	336	37,1	33,9 – 40,3		33,5	32,6 – 34,4
Plutôt/Vraiment à l'aise	-	41	4,5	3,3 – 6,1		25,0	24,2 – 25,9
		(906)				(10 867)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Revenus après prélèvement à la source pour 2021 ;

- (2) Pour Mayotte, il s'agit pour la plupart des femmes de revenus provenant d'un « travail informel ».

- (3) Non disponible pour Mayotte 2016



## Couverture sociale et couverture maladie complémentaire

En début de grossesse, en 2021, 59,2 % des femmes n'étaient pas affiliées à la sécurité sociale (contre 3,7 % – y compris AME – dans l'Hexagone), soit -2,7 points par rapport à 2016 (évolution non significative). La part des femmes ayant une couverture maladie complémentaire, bien qu'en progression par rapport à 2016 (+3,5 points, différence significative), reste toujours très marginale en 2021, elle ne concerne que de 8,3 % des femmes à Mayotte contre 93,0 % des femmes dans l'Hexagone (Tableau 17).

**Tableau 17. Couverture sociale et couverture maladie complémentaire (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Couverture sociale en début de grossesse <sup>(1)</sup></b>					<0,0001*		
Aucune (non affiliées)	61,9	535	59,2	56,0 – 62,5		1,0	0,8 – 1,2
PUMa <sup>(3)</sup> (affiliées)	38,1	368	40,8	37,5 – 44,0		96,3	95,9 – 96,6
Autres (y compris AME <sup>(4)</sup> )	–	–				2,7	2,4 – 3
	(818)	(903)				(10 926)	
<b>Couverture maladie complémentaire <sup>(2)</sup></b>					<0,0001*		
Aucune	95,2	835	91,7	89,7 – 93,4		7,0	6,6 – 7,5
Couverte <sup>(5)</sup>	4,8	76	8,3	6,6 – 10,3		93,0	92,5 – 93,4
<i>Dont mutuelle, assurance privée ou institution de prévoyance</i>	4,3	<10				81,6	
	(816)	(911)				(10 915)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Test : couverture sociale des mères, Mayotte, 2021 contre 2016 :  $p=0,2904$  ;

(2) Test : couverture maladie complémentaire des mères, Mayotte, 2021 contre 2016 :  $p=0,0041^*$  ;

(3) Pour 2016, le régime « PUMa » (protection universelle de maladie) correspond au regroupement des régimes « CMU » (couverture maladie universelle) et « sécurité sociale » ;

(4) L'AME (aide médicale d'État) est non applicable à Mayotte.

(5) Type de couverture maladie complémentaire :

⇒ « Mutuelle, assurance privée ou institution de prévoyance » et

⇒ « CSS (complémentaire santé solidaire) » qui comprend l'ex-CMU-C (CMU complémentaire) et l'ex-ACS (aide au paiement de la complémentaire santé).

## Indice de précarité et renoncement aux soins

En 2021, de nombreuses mères sont en situation précaire, voire très précaire. Un indice de précarité individuelle montre que 71,3 % des mères vivent de manière plus ou moins défavorisée à Mayotte, contre seulement 15,5 % dans l'Hexagone (Tableau 18). Le renoncement aux soins a davantage concerné les femmes à Mayotte (5,9 % contre 2,8 % dans l'Hexagone).

**Tableau 18. Indice de précarité et renoncement aux soins (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Indice de précarité <sup>(1)</sup></b>				<0,0001*		
0 (non défavorisé)	261	28,6	25,7 – 31,7		84,6	83,9 – 85,2
1	502	55,1	51,8 – 58,4		10,3	9,8 – 10,9
2	125	13,7	11,6 – 16,1		3,9	3,5 – 4,3
3 (très défavorisé)	23	2,5	1,6 – 3,8		1,3	1,1 – 1,5
	(911)				(10 956)	
<b>Renoncement aux consultations, examens ou soins dentaires pour raison financière</b>				<0,0001*		
Oui	54	5,9	4,5 – 7,7		2,8	2,5 – 3,2
Non	857	94,1	92,3 – 95,5		97,2	96,8 – 97,5
	(911)				(10 929)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) Cumul des 4 critères suivants : ne pas vivre en couple, percevoir le RSA, être assurée par l'AME ou ne pas avoir d'assurance sociale, ne pas avoir de logement personnel [12].



## En résumé...

### Indicateurs sociodémographiques

#### Une très grande majorité de mères étrangères

Après une forte augmentation de la proportion de mères de nationalité étrangère entre 2010 et 2016 (+12 points), celle-ci s'est stabilisée en entre 2016 et 2021, autour de 72 %. Elles sont cependant une minorité (3,8 %) à être arrivées sur le territoire en étant déjà enceintes, contrairement à 2016 (12,5 %).

#### Des zones délaissées pour une concentration de plus en plus importante au sein de la commune chef-lieu et ses alentours

Entre 2016 et 2021, on recense une augmentation importante des femmes enceintes résidant dans la commune de Mamoudzou (+4,8 points, non significative), et ce au détriment – principalement – de la commune de Sada qui connaît une importante baisse de -3,8 points (significative). De manière générale, les communes du sud, du centre ouest et de la Petite-Terre sont délaissées (*i.e.* moins de femmes enceintes) pour les communes de Mamoudzou/Koungou et leurs périphéries.

#### Des mères toujours aussi jeunes

L'âge moyen des parturientes est d'environ 28 ans (depuis 2010) contre 31 ans dans l'Hexagone. À Mayotte, plus de 11 % des parturientes ont moins de 20 ans, contre à peine 1,3 % dans l'Hexagone.

#### De légères améliorations du niveau socio-économique par rapport à 2016...

On observe une augmentation du niveau socio-économique des parturientes en 2021 par rapport à 2016 avec -11,7 points pour le taux de mères avec un très faible niveau scolaire (primaire ou inexistant), -13,6 points pour celles avec des revenus mensuels de moins de 500 €, -2,7 points pour les mères non affiliées à la sécurité sociale (bien que différence non significative) et -3,5 points pour les mères sans aucune couverture maladie complémentaire. Ces baisses peuvent être expliquées par plusieurs facteurs : de plus en plus de femmes font des études supérieures, travaillent, et/ou ont des revenus plus élevés. Sans pour autant oublier l'implication du partenaire, puisqu'ils sont généralement plus âgés et sont de plus en plus nombreux à exercer une activité rémunérée.

#### ... mais des écarts avec l'Hexagone toujours aussi importants

Sur les mêmes caractéristiques étudiées, les écarts relevés vis-à-vis de la France hexagonale sont importants. Plus d'un tiers des mères ont un très faible niveau d'études à Mayotte contre 1,7 % dans l'Hexagone ; 43,5 % ont des revenus mensuels inférieurs à 500 euros (contre 1,9 %) ; plus de la moitié sont non-affiliées à la sécurité sociale (contre 3,7 %) et enfin 91,7 % n'ont aucune couverture complémentaire, contre 7 % dans l'Hexagone.

Ainsi malgré les améliorations observées, la situation reste très précaire pour une grande majorité des mères de Mayotte, puisqu'elles sont 40 % à déclarer avoir d'importantes difficultés financières, et 7 femmes sur 10 sont considérées comme étant défavorisées.



## 3.2 Contexte de la grossesse et maîtrise de la fécondité

### 3.2.1 Caractéristiques morphologiques des femmes

D'après les données recueillies lors des entretiens en face-à-face, les parturientes sont sensiblement plus petites et plus corpulentes à Mayotte que dans l'Hexagone. En effet, 43,5 % mesurent moins de 160 cm contre 19,2 % dans l'Hexagone. De plus, avant la grossesse, 29,4 % des mères étaient obèses (*i.e.* indice de masse corporelle (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) contre 14,4 % dans l'Hexagone (Tableau 19). En 2016, la part des mères obèses était de 25,4 %, soit une augmentation de +4 points sur la période concernée. Cette augmentation n'est toutefois pas significative.

L'interprétation de ces résultats nécessite de la prudence puisque, d'une part, il s'agit de données déclaratives et, d'autre part, les taux de non-réponses de ces items sont particulièrement élevés. Ainsi, l'IMC (poids et taille connus) a été renseigné pour 248 mères, soit seulement une femme sur quatre. La population des mères ayant répondu présente des caractéristiques significativement différentes de celle des mères n'ayant pas répondu. Par exemple, il a été possible de calculer l'IMC pour 45,9 % des femmes affiliées à la sécurité sociale contre seulement 14,8 % des femmes non-affiliées (Tableau 20). En 2016, ces chiffres étaient respectivement de 77,6 % et 51,0 %. On peut en déduire qu'il y a un biais vis-à-vis de l'affiliation sur le fait d'être en mesure de fournir son poids et sa taille.

**Tableau 19. Caractéristiques morphologiques des mères (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Taille</b>					<0,0001*		
<160 cm	56,0	148	43,5	38,2 – 49		19,2	18,4 – 19,9
160 – 169	38,4	166	48,8	43,4 – 54,3		57,6	56,7 – 58,6
≥ 170	5,7	26	7,6	5,1 – 11		23,2	22,4 – 24,0
	(576)	(340)				(10 861)	
<b>IMC (indice de masse corporelle) avant grossesse<sup>(1)</sup></b>					<0,0001*		
<18,5 kg/m <sup>2</sup>	4,2	14	5,6	3,1 – 9,3		5,8	5,4 – 6,3
18,5 – 24,9	42,6	95	38,3	32,2 – 44,7		56,7	55,8 – 57,7
25,0 – 29,9	27,8	66	26,6	21,2 – 32,6		23,0	22,2 – 23,8
30,0 – 34,5	17,4	43	17,3	12,8 – 22,6		9,4	8,9 – 10,0
≥ 35,0	8,0	30	12,1	8,3 – 16,8		5,0	4,6 – 5,5
	(500)	(248)				(10 780)	
<b>Prise de poids pendant la grossesse<sup>(2)</sup></b>					<0,0001*		
< 5 kg	-	75	20,8	16,7 – 25,3		7,7	7,2 – 8,2
5 à 9	-	108	29,9	25,2 – 34,9		18,6	17,9 – 19,3
10 à 19	-	137	38	32,9 – 43,2		62,5	61,5 – 63,4
≥ 20	-	41	11,4	8,3 – 15,1		11,2	10,6 – 11,8
		(361)				(10 753)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Test : Taux de mères obèses, Mayotte, 2021 contre 2016 : 29,4 % contre 25,4 % (+4 points) = > p=0,2774.
- (2) Non disponible pour Mayotte 2016



**Tableau 20. Connaissance de l'IMC et affiliation à la sécurité sociale (naissances vivantes)**

	Femmes avec un indice de masse corporelle (IMC) avant grossesse renseigné			
	n (N)	%	IC à 95 %	p <sup>(1)</sup>
<b>Couverture sociale en début de grossesse</b>				<0,0001*
Non affiliée : Aucune couverture	79 (535)	14,8	11,9 – 18,1	
Affiliée : PUMa <sup>(2)</sup>	169 (368)	45,9	40,7 – 51,2	

Source : ENP-DROM 2021.

Notes : - (1) Test entre affiliation (affiliée/non-affiliée) et IMC (renseigné/non renseigné) ;

- (2) Protection universelle maladie.

### 3.2.2 Maladies chroniques et antécédents médicaux

À Mayotte, moins de 10 femmes interrogées avaient un diabète préexistant (insulino ou non-insulino dépendant), et 1,6 % avaient une hypertension artérielle (HTA) chronique avant la grossesse (0,9 % dans l'Hexagone, différence non significative) (Tableau 21).

La part des femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel au cours d'une grossesse antérieure est plus importante chez les parturientes à Mayotte que dans l'Hexagone. En effet, à Mayotte, 5,5 % des femmes (contre 2,7 % dans l'Hexagone) ont été concernées par un antécédent de diabète gestationnel. Cette proportion a été multipliée par 3 depuis 2016 (1,6 %).

On peut aussi noter que les femmes ayant rapporté un antécédent personnel ou familial de diabète au premier degré (insulino ou non-insulino dépendant) lors des entretiens en face-à-face sont moins nombreuses à Mayotte (18,2 % contre 23,2 % dans l'Hexagone). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a une méconnaissance importante des antécédents médicaux familiaux chez les patients de manière générale à Mayotte (Tableau 21).

Un antécédent d'HTA au cours d'une grossesse antérieure a été retrouvé pour 2,5 % des femmes à Mayotte (contre 1,2 % dans l'Hexagone) (Tableau 21).

Cependant, en raison d'une offre de soins insuffisante pour faire face aux besoins à Mayotte, on ne peut écarter l'hypothèse que certaines informations relatives aux antécédents médicaux de la femme (pathologies chroniques et antécédents médicaux ou obstétricaux notamment) et au suivi de grossesse ne soient pas reportées de façon exhaustive dans les dossiers médicaux, sans pour autant apparaître en données manquantes dans les questionnaires. Ainsi les prévalences seraient sous-estimées.

**Tableau 21. Maladies chroniques et handicaps des mères (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Diabète gestationnel au cours d'une grossesse antérieure<sup>(1)</sup></b>					<0,0001*		
Oui	1,6 (902)	54 (973)	5,5	4,2 – 7,2		2,7 (12 014)	2,4 – 3,0
<b>Antécédent familial de diabète</b>					0,0004*		
Oui	15,8	165	18,2	15,7 – 20,8		23,2	22,4 – 24,0
Non / Ne sait pas	84,2 (817)	744 (909)	81,8	79,2 – 84,3		76,8 (10 929)	76 – 77,6
<b>HTA avant la grossesse<sup>(2)</sup></b>					0,0001*		
HTA Chronique	2,3	16	1,6	0,9 – 2,7		0,9	0,7 – 1,1
HTA durant une autre grossesse	2,2	24	2,5	1,6 – 3,7		1,2	1,0 – 1,4
Non	95,5 (901)	932 (972)	95,9	94,4 – 97,0		97,9 (12 025)	97,6 – 98,2

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Effectifs trop faibles à Mayotte, pour présenter les femmes ayant un diabète préexistant insulino-dépendant (Type I) ou non (Type II) (<10 femmes) ; (2) HTA : hypertension artérielle.



### 3.2.3 Parité et antécédents obstétricaux

#### Parité

Avant cette grossesse, 77,7 % des parturientes avaient déjà accouché au moins une première fois. Aussi, les mères avec 3 enfants ou plus représentent 39,3 % des mères à Mayotte contre seulement 8,9 % des mères dans l'Hexagone. On ne peut cependant pas comparer l'évolution de la parité puisque les critères des deux échantillons (2016 et 2021) ne sont pas exactement les mêmes (Tableau 22).

**Tableau 22. Parité (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Parité : Nombre d'accouchements <sup>(1)</sup></b>					<0,0001*		
0	22,8	217	22,3	19,7 – 25,0		41,3	40,5 – 42,2
1	19,7	196	20,1	17,6 – 22,8		35,1	34,2 – 35,9
2	17,2	178	18,3	15,9 – 20,8		14,7	14,1 – 15,3
≥ 3	40,2	383	39,3	36,2 – 42,5		8,9	8,4 – 9,5
	(1 004)	(974)				(12 033)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) Données issues du dossier médical uniquement en 2021 et complétées par le Questionnaire minimal en 2016.

#### Antécédents obstétricaux

La prévalence d'antécédents obstétricaux (Mort-né, accouchement prématuré, hypotrophie ou mort néonatale) est globalement plus élevée chez les parturientes à Mayotte que dans l'Hexagone (respectivement 21,7 % contre 13,1 %). Cette différence est observée plus particulièrement au niveau des antécédents d'enfants mort-nés (4,8 % contre 2,1 % dans l'Hexagone), de la prématurité (10,6 % contre 6,2 %) et d'hypotrophes (11,1 % contre 6,8 %). La prévalence de nouveau-nés hypotrophes était en baisse par rapport à 2016 (baisse non significative pour les antécédents de prématurité et d'enfants mort-nés) (Tableau 23).

A contrario, la prévalence d'antécédents de macrosomie est bien plus faible à Mayotte que dans l'Hexagone (2,8 % contre 6,1 % respectivement).

Pour les antécédents de mort néonatale et de césariennes, la prévalence observée à Mayotte (respectivement 1,5 % et 19,2 %) est proche de celle observée dans l'Hexagone (Tableau 23).

**Tableau 23. Antécédents obstétricaux des mères multipares (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	% (N)	n (N)	%	IC à 95 %	p	% (N)	IC à 95 %
<b>Antécédents obstétricaux</b>							
→ Mort-né, accouchement prématuré, hypotrophie ou mort néonatale <sup>(1)</sup>	–	164 (757)	21,7	18,8 – 24,8	<0,0001*	13,1 (7 058)	12,3 – 13,9
Mort-né <sup>(1)</sup>	3,6 (729)	36 (755)	4,8	3,4 – 6,5	<0,0001*	2,1 (7 056)	1,8 – 2,5
Accouchement prématuré <sup>(1,2)</sup>	13,7 (569)	80 (755)	10,6	8,5 – 13,0	<0,0001*	6,2 (7 054)	5,7 – 6,8
Nouveau-né hypotrophe <sup>(1,2)</sup>	16,1 (651)	84 (755)	11,1	9,0 – 13,6	<0,0001*	6,8 (7 041)	6,2 – 7,4
Mort néonatale <sup>(1,2)</sup>	3,6 (729)	11 (755)	1,5	0,7 – 2,6	0,0864	0,8 (7 043)	0,6 – 1,1
Nouveau-né macrosome <sup>(1)</sup>	–	21 (752)	2,8	1,7 – 4,2	0,0002*	6,1 (7 038)	5,5 – 6,6
Césarienne <sup>(1)</sup>	16,5 (727)	145 (755)	19,2	16,5 – 22,2	0,3574	20,7 (7 057)	19,8 – 21,7

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Chez les multipares ;
- (2) Tests Mayotte, 2021 contre 2016 pour :  
 ⇒ mort-né = > p=0,3045 ; prématuré = > p=0,1002 ; hypotrophe = > p=0,0077\*.



### 3.2.4 Maîtrise de la fécondité

#### Recours à la contraception

Parmi les femmes ayant participé à l'enquête à Mayotte, six sur dix (60,4 %) déclarent avoir déjà utilisé une méthode contraceptive dans le passé, en baisse par rapport à 2016 (-6,2 points). Cette proportion est très inférieure à celle observée dans l'Hexagone où la quasi-totalité des femmes (presque 9 femmes sur 10) a déjà utilisé une méthode contraceptive (Tableau 24).

En 2021, la méthode de contraception la plus courante reste de loin la pilule, elle a été citée comme dernière méthode contraceptive utilisée par plus de la moitié (53,5 %) des femmes ayant répondu à la question. Suivent derrière, les méthodes de type implants, patchs ou anneaux vaginaux (35,5 %). Il est à noter que la baisse observée pour le recours à la pilule entre 2010 et 2016 (-15,4 points) semble se poursuivre en 2021, mais dans une moindre mesure (-4,1 points, non significative) au profit des patchs, implants et anneaux vaginaux (+11,6 points entre 2010 et 2016, et +13,9 points, significatif entre 2016-2021). De plus, on peut noter que l'utilisation du préservatif masculin reste très marginale à Mayotte puisque ce moyen ne concerne que 3,1 % des femmes contre 13,9 % dans l'Hexagone (Tableau 24).

Parmi les femmes ayant déjà eu recours à la contraception, près de la moitié d'entre elles (45,5 %) ont arrêté, soit parce que la méthode utilisée ne leur convenait pas ou tout simplement parce qu'elles étaient enceintes (sous contraceptif) synonyme d'une contraception non adaptée ou d'une utilisation non maîtrisée. En France hexagonale, cela concerne 23,3 % des femmes. Par ailleurs, seulement une femme sur trois (37,4 %) a déclaré avoir arrêté la contraception afin d'avoir un enfant, contre 70,9 % dans l'Hexagone (Tableau 24).

Alors qu'une consultation pré-conceptionnelle est conseillée depuis 2009 pour toutes les femmes désirant une grossesse [13], seules 8,2 % des femmes à Mayotte ont eu une consultation en prévision de cette grossesse, contre 37,9 % dans l'Hexagone.

**Tableau 24. Usage de moyens contraceptifs (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Usage d'une contraception dans le passé</b>					< 0,0001*		
Non	33,4	361	39,6	36,4 – 42,9		11,8	11,2 – 12,4
Oui	66,6 (818)	550 (911)	60,4	57,1 – 63,6		88,2 (10 927)	87,6 – 88,8
<b>Dernière méthode de contraception utilisée<sup>(1,2,3,4)</sup></b>					< 0,0001*		
Pilule	57,6	292	53,5	49,2 – 57,7		59,7	58,7 – 60,6
Stérilet	3,3	21	3,8	2,4 – 5,8		15,9	15,1 – 16,6
Implant/Patch/Anneau vaginal	21,6	194	35,5	31,5 – 39,7		5,8	5,3 – 6,3
Préservatif masculin	4,6	17	3,1	1,8 – 4,9		13,9	13,2 – 14,6
Autre méthode <sup>(5)</sup>	12,9 (542)	22 (546)	4	2,5 – 6,0		4,8 (9 637)	4,4 – 5,3
<b>Motif d'arrêt de la contraception<sup>(3,4)</sup></b>					< 0,0001*		
Souhait d'avoir un enfant	41,3	205	37,4	33,3 – 41,6		70,9	70 – 71,8
La méthode ne convenait pas	17,9	150	27,4	23,7 – 31,3		14,3	13,6 – 15,0
Était enceinte	18,8	99	18,1	14,9 – 21,6		9,0	8,4 – 9,6
Arrêt lors de la dernière grossesse	–	23	4,2	2,7 – 6,2		3,3	3,0 – 3,7
Autre motif <sup>(6)</sup>	22,0 (537)	71 (548)	13,0	10,3 – 16,1		2,5 (9 567)	2,2 – 2,8
<b>Consultation en prévision de cette grossesse<sup>(7)</sup></b>					< 0,0001*		
Oui	–	75	8,2	6,5 – 10,2		37,9	37,0 – 38,8
Dont le motif de consultation est « pour arrêter votre contraception »	–	49 (67)	73,1	60,9 – 83,2		–	–
Non	–	836 (911)	91,8	89,8 – 93,5		62,1 (10 933)	61,2 – 63,0

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.



Notes :

- (1) Test : Taux de recours à la pilule, Mayotte, 2021 contre 2016 : 53,5 % contre 57,6 % (-4,1 points) = > p=0,1955 ;
- (2) Test : Taux de recours aux implant/patch/anneau, Mayotte, 2021 contre 2016 : 35,5 % contre 21,6 % (+13,9 points) = > p<0,0001\* ;
- (3) Si plusieurs méthodes/motifs, classement suivant l'ordre présenté ici ;
- (4) Rapporté au nombre de femmes ayant déjà utilisé une méthode de contraception ;
- (5) Autre méthode : retrait, abstinence périodique, depo provera, ... ;
- (6) Autre motif : date de péremption dépassée, mauvaise observance, sans raison particulière.
- (3) Non disponible pour Mayotte 2016

## Efficacité des méthodes contraceptives

La répartition de la dernière méthode de contraception utilisée sans prise en compte du motif d'arrêt diffère significativement de celle utilisée par les femmes tombées enceintes sous contraception (Tableau 25). Ainsi, on a observé une surreprésentation des femmes ayant utilisé la pilule parmi les femmes tombées enceintes sous contraceptif, à savoir 72,7 % contre les 53,5 % observés quel que soit le motif d'arrêt. Et, en considérant le fait de tomber enceinte tout en ayant recours à la contraception comme synonyme d'échec, on peut qualifier la pilule et dans une moindre mesure l'abstinence périodique (6,1 % contre 1,6 % sans prise en compte du motif d'arrêt) comme des méthodes statistiquement associées à de très forts taux d'échec chez les femmes à Mayotte.

En s'intéressant cette fois-ci aux femmes ayant arrêté la contraception parce que la méthode ne convenait pas, on observe une surreprésentation des méthodes de type implant et patch (45,0 % contre 35,5 % observés si non prise en compte du motif d'arrêt) (tableau 24). Cependant, globalement ces deux répartitions ne diffèrent pas ( $p>0,01$ ), ne permettant pas de conclure que les implants et patchs sont des produits peu adaptés pour les femmes à Mayotte (Tableau 25).

**Tableau 25. Efficacité des méthodes contraceptives (naissances vivantes, Mayotte)**

Dernière méthode utilisée	Motif d'arrêt de la contraception						Sans prise en compte du motif d'arrêt
	Était enceinte <sup>(1)</sup>			Ne convenait pas <sup>(2)</sup>			
	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %	p	
			< 0,0001*			0,081	
Pilule	72,7	62,9 – 81,2		47,7	39,4 – 56,0		53,5
Implant/Patch	12,1	6,4 – 20,2		45,0	36,8 – 53,3		35,5
Stérilet							3,8
Préservatif				7,4	3,7 – 12,8		3,1
Autres méthodes	15,2	8,7 – 23,8					4,0
Abstinence périodique	6,1			0,0			1,6
				(99)		(149)	(546)

Source : ENP-DROM 2021, ENP 2021.

Notes : Les « p » correspondent ici aux tests du Khi d'ajustement entre dernière méthode de contraception utilisée et :

- (1) dernière méthode de contraception utilisée pour les femmes dont le motif d'arrêt est « était enceinte » ;
- (2) dernière méthode de contraception utilisée pour les femmes dont le motif d'arrêt est « ne convenait pas ».

## Recours à la contraception et caractéristiques sociodémographiques

Le recours à une méthode contraceptive (médicale ou non) est statistiquement lié à la couverture sociale des parturientes. En effet, les femmes affiliées à la sécurité sociale ont plus souvent recours à une contraception que les non-affiliées. Plus précisément, 7 affiliées sur 10 ont déclaré avoir déjà utilisé un moyen contraceptif contre 5 non-affiliées sur 10 (Tableau 26).

**Tableau 26. Recours à la contraception selon la couverture sociale de la femme (naissances vivantes, Mayotte)**

Couverture sociale	Parturientes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive			Total	p
	n	%	IC à 95 %		
Non affiliée : Aucune couverture	287	53,6	49,3 – 57,9	535	< 0,0001*
Affiliée : PUMa <sup>(1)</sup>	258	70,1	65,1 – 74,7	368	
	(545)	60,4		(903)	

Source : ENP-DROM 2021 ; Note : (1) PUMa = Protection Universelle Maladie



Le recours à la contraception est lié à l'âge maternel avec un gradient. En effet, plus une femme est âgée et plus elle a de chance d'avoir recours à une contraception (Tableau 27). Les mêmes tendances ont déjà été observées en 2016 [2].

**Tableau 27. Recours à la contraception selon l'âge maternel (naissances vivantes, Mayotte)**

Âge	Parturientes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive			Total	p
	n	%	IC à 95 %	n	
< 20 ans	24	23,5	15,7 – 33,0	102	< 0,0001*
20-24	110	49,5	42,8 – 56,3	222	
25-29	153	67,4	60,9 – 73,5	227	
30-34	129	70,5	63,3 – 77,0	183	
≥ 35	133	75,6	68,5 – 81,7	176	
	(549)	60,3		(910)	

Source : ENP-DROM 2021

Le niveau scolaire n'est quant à lui pas associé significativement avec la prise d'une contraception. La moitié des femmes avec un niveau lycée ont recours à une contraception, elles sont plus de 6 femmes sur 10 pour les autres catégories (Tableau 28).

**Tableau 28. Recours à la contraception selon le niveau d'études (naissances vivantes, Mayotte)**

Niveau d'étude	Parturientes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive			Total	p
	n	%	IC à 95 %	n	
Non scolarisée ou primaire	192	63,4	57,7 – 68,8	303	0,0140
Collège ou enseignement professionnel court	168	62,5	56,4 – 68,3	269	
Lycée	109	50,9	44,0 – 57,8	214	
Supérieur au baccalauréat	81	64,8	55,8 – 73,1	125	
	(550)	60,4		(911)	

Source : ENP-DROM 2021

## Recours à l'interruption volontaire de grossesse

La part des femmes ayant eu au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG) est de 17,8 % en 2021 et était de 14,2 % en 2016. Ce taux d'IVG n'est pas significativement plus élevé que celui observé dans l'Hexagone (15,2 %) (Tableau 29).

**Tableau 29. Antécédents d'IVG (naissances vivantes)**

Nombre d'IVG <sup>(1,2)</sup>	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
0	85,7	800	82,1	79,6 – 84,5	0,0156	84,8	84,2 – 85,5
1	12,7	128	13,1	11,1 – 15,4		12,0	11,4 – 12,6
≥ 2	1,5	46	4,7	3,5 – 6,2		3,2	2,9 – 3,5
	(690)	(974)				(12 022)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) IVG : Interruption volontaire de grossesse
- (2) Recueil de données dans le dossier médical en 2021 ; Entretien face à face en 2016.



## Traitement de l'infertilité

Parmi les 20 femmes ayant indiqué avoir suivi un traitement contre l'infertilité, moins de 10 ont précisé l'une des méthodes conventionnelles proposées au sein du questionnaire (contre 6,7 % des parturientes dans l'Hexagone) (Tableau 30). Le reste de ces 20 femmes, ont en quasi-totalité déclaré avoir eu recours à des méthodes à base de remèdes traditionnels.

**Tableau 30. Recours à des traitements de l'infertilité (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %
<b>Traitement contre l'infertilité</b>				
Fécondation in vitro, don d'ovocytes, insémination artificielle, induction de l'ovulation	8,8 (818)	< 10 (894)	6,7 (10 842)	6,2 – 7,1

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

## Réaction à la découverte de la grossesse

Lors de la découverte de leur grossesse, 68,8 % des parturientes à Mayotte étaient heureuses qu'elle arrive maintenant (taux similaire à l'Hexagone). En revanche, elles sont plus nombreuses à déclarer qu'elles auraient préféré ne pas être enceintes (15,9 % contre 4,0 % dans l'Hexagone). On observe aussi un changement des comportements entre 2016 et 2021, et plus particulièrement pour celles qui auraient souhaité que leur grossesse arrive plus tard. Elles sont ainsi presque deux fois moins nombreuses qu'en 2016, équivalent à l'Hexagone (11,6 % contre 12,6 %) (Tableau 31).

**Tableau 31. Réaction à la découverte de la grossesse (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Réaction à la découverte de la grossesse<sup>(1)</sup></b>					<0,0001*		
Était heureuse qu'elle arrive maintenant	63,4	626	68,8	65,7 – 71,8		71,4	70,5 – 72,2
Aurait souhaité qu'elle arrive plus tôt	3,4	33	3,6	2,5 – 5,1		12,0	11,4 – 12,7
Aurait souhaité qu'elle arrive plus tard	20,7	106	11,6	9,6 – 13,9		12,6	12 – 13,2
Aurait préféré ne pas être enceinte	12,5 (817)	145 (910)	15,9	13,6 – 18,5		4,0 (10 910)	3,6 – 4,4

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) Test : réaction à la découverte, Mayotte, 2021 contre 2016 :  $p < 0,0001^*$



## En résumé...

### Contexte de la grossesse et maîtrise de la fécondité

#### Des pathologies liées à des grossesses antérieures plus fréquentes que dans l'Hexagone

Les dossiers médicaux font état de diabète gestationnel et de HTA gestationnelle antérieurs à la grossesse présente, pour respectivement 5,5 % et 2,5 % des parturientes à Mayotte, contre respectivement 2,7 % et 1,2 % dans l'Hexagone. C'est d'autant plus inquiétant pour les antécédents de diabète gestationnel qui ont triplé entre 2016 et 2021.

#### Une multiparité toujours beaucoup plus importante que dans l'Hexagone

La parité des mères à Mayotte demeure bien supérieure à celle des parturientes dans l'Hexagone : la multiparité concerne 77,7 % des mères mahoraises, et 39,3 % ont déjà connu trois accouchements ou plus. En France hexagonale, on a 58,7 % de multipares et seulement 8,9 % avec trois accouchements ou plus.

À l'exception des antécédents de césariennes et de mort néonatale pour lesquels il n'y a pas de différence avec l'Hexagone, et des antécédents de macrosomes qui sont moins fréquents que dans l'Hexagone (2,8 % contre 6,1 %), les antécédents obstétricaux (mort-nés, prématurés et hypotrophes) sont bien plus fréquents chez les mères à Mayotte.

#### Une fécondité moins maîtrisée que dans l'Hexagone

Six parturientes de Mayotte sur dix ont déclaré avoir déjà eu recours à une méthode contraceptive contre pratiquement neuf parturientes sur dix dans l'Hexagone. La pilule, bien que de moins en moins prise, reste le contraceptif le plus utilisé et concerne au moins la moitié des parturientes ayant déjà eu recours à la contraception. Les méthodes de type implants, patchs et anneaux vaginaux sont de plus en plus utilisées et concernent une parturiente sur trois. Cependant, les méthodes de contraception ne semblent pas maîtrisées par une partie des femmes puisque près de 18,1 % des femmes ayant eu recours à une contraception ont déclaré être enceinte sous contraceptif (contre 9,0 % dans l'Hexagone), et 27,5 % auraient préféré ne pas être enceinte ou l'être plus tard (contre 16,6 % dans l'Hexagone). Il a aussi été observé que les mères plus jeunes, les non-affiliées à la sécurité sociale sont moins susceptibles d'avoir recours à une contraception. Le recours à l'IVG (17,8 %) quant à lui reste stable par rapport à 2016 et comparable à celui observé dans l'Hexagone.



### 3.3 Déroulement de la grossesse : suivi médical, santé et conduites à risque

#### 3.3.1 Surveillance prénatale et mesures de prévention

##### Attention portée à la consommation de tabac et d'alcool par les professionnels de santé

Les mères à Mayotte sont beaucoup moins nombreuses à être questionnées par les professionnels de santé sur leur consommation de tabac (66,3 % contre 92,0 % dans l'Hexagone) et d'alcool (65,7 % contre 73,9 % dans l'Hexagone) (Tableau 32). Ceci pourrait s'expliquer par des comportements à risques très marginaux chez les mères à Mayotte (voir plus loin Tableau 45).

**Tableau 32. Attention portée à la consommation de tabac et d'alcool par les professionnels pendant le suivi de grossesse (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Question sur la consommation de tabac</b>				< 0,0001*		
Oui	603	66,3	63,2 – 69,4		92,0	91,4 – 92,5
Non / Ne sait pas	306 (909)	33,7	30,6 – 36,8		8,0 (10 923)	7,5 – 8,6
<b>Si oui, recommandations données par le professionnel</b>				< 0,0001*		
Pas de recommandations, car non fumeuse	463	80,9	77,5 – 84,1		77,5	76,6 – 78,3
Pas de conseils reçus / Ne sait pas	87	15,2	12,4 – 18,4		5,1	4,7 – 5,6
Conseils pour arrêter / Conseils pour diminuer / Possibilité de fumer occasionnellement	22 (572)	3,8	2,4 – 5,8		17,4 (8 962)	16,6 – 18,2
<b>Question posée sur la consommation d'alcool</b>				< 0,0001*		
Oui	595	65,7	62,5 – 68,8		73,9	73,1 – 74,7
Non / Ne sait pas	311 (906)	34,3	31,2 – 37,5		26,1 (10 914)	25,3 – 26,9
<b>Conseils donnés par le professionnel<sup>(1)</sup></b>				< 0,0001*		
Pas de conseils reçus / Ne sait pas	264	32,5	29,3 – 35,9		45,0	44,0 – 46,0
Conseils pour ne pas boire du tout / Conseils pour diminuer	144	17,7	15,2 – 20,5		22,0	21,2 – 22,8
Possibilité de boire occasionnellement	0	0,0			0,7	0,5 – 0,9
Ne boit jamais	404 (812)	49,8	46,3 – 53,3		32,4 (10 423)	31,5 – 33,3

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) En cas d'effectif nul, test réalisé en regroupant "Conseils pour ne pas boire du tout / Conseils pour diminuer" et "Possibilité de boire occasionnellement".



## Vaccination antigrippale

En 2021 à Mayotte, la vaccination contre la grippe saisonnière n'a été proposée qu'à 3,3 % des mères et seules 2,1 % des femmes étaient vaccinées, alors que dans l'Hexagone ces chiffres sont beaucoup plus élevés (59,0 % de propositions et 30,4 % de réalisation) (Tableau 33).

**Tableau 33. Vaccination antigrippale (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Vaccination contre la grippe proposée/conseillée</b>				< 0,0001*		
Oui	30	3,3	2,2 – 4,7		59,0	58,0 – 59,9
Non / Ne sait pas	880 (910)	96,7	95,3 – 97,8		41,0 (10 923)	40,1 – 42,0
<b>Réalisation de la vaccination contre la grippe saisonnière</b>				< 0,0001*		
Oui	19	2,1	1,3 – 3,3		30,4	29,6 – 31,3
Non	887 (906)	97,9	96,7 – 98,7		69,6 (10 838)	68,7 – 70,4
→ Si non-vaccination, motifs <sup>(1,2)</sup>						
Vaccin non proposé	867	98,0	96,8 – 98,8	< 0,0001*	41,4	40,2 – 42,6
Autres motifs	24 (885)	2,7	1,8 – 4,0			

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Dénominateur calculé si au moins une réponse cochée dans la liste des motifs ;
- (2) Autres motifs : « pas peur d'avoir la grippe, méfiance vis-à-vis des vaccins, peur d'effets défavorables pour le bébé, peur d'effets défavorables pour la femme, autre raison ».

## Littératie

La littératie en santé est reconnue comme étant un élément déterminant de la santé. On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. Pour la première fois, dans le cadre de l'enquête nationale 2021, des questions évaluent la littératie des femmes durant leur grossesse. Comme l'ENP, l'ENP-DROM a reçu l'autorisation de l'université australienne *Swinburne University of Technology* pour l'exploitation du module 6 du questionnaire HLQ (*Health Literacy Questionnaire* : module Capacité à s'engager avec les professionnels de santé) validé en français [14]. Cinq questions étaient posées aux femmes et chaque item coté de 1 à 5 (pour les détails des réponses voir Annexe 2 / Complément des tableaux/Tableau 81).

Globalement, un score inférieur à 3,5 traduit un faible niveau de littératie. À Mayotte cette situation concerne 28,2 % des mères contre à peine 5,6 % des mères dans l'Hexagone (Tableau 34).

**Tableau 34. Littératie en santé durant la grossesse (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Littératie en santé durant la grossesse <sup>(1)</sup></b>						
Score <3,5 <sup>(2)</sup>	240 (851)	28,2	25,2 – 31,4	<0,0001	5,6 (10 852)	5,2 – 6,1
Moyenne ± écart-type <sup>(2)</sup>		3,7 ± 1,1			4,5 ± 0,6	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Littératie en santé = motivation et la capacité des personnes à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé, Module 6 du Health Literacy Questionnaire (HLQ) ;
- (2) Rapporté au nombre de femmes ayant répondu aux 5 questions du module.



### 3.3.2 Suivi médical pendant la grossesse

#### Professionnel consulté durant les six premiers mois de grossesse

Les professionnels de la PMI, composés essentiellement de sages-femmes, sont les principaux acteurs du suivi de grossesse pour plus de la moitié des parturientes ayant participé à l'enquête à Mayotte en 2021 (55,8 %), suivi des sages-femmes libérales (31,8 %), puis des sages-femmes en maternité (9,9 %). Les gynéco-obstétriciens (libéraux et publiques) ne suivent que 1,2 % des grossesses à Mayotte (contre 51,5 % dans l'Hexagone) (Tableau 35).

Ces différences en termes de professionnels consultés sont à mettre en relation avec la structuration de l'offre de soin en périnatalité à Mayotte (graduation des prises en charge), la démographie médicale (seuls deux gynécologues libéraux exercent dans tout le département) et le statut d'affiliation ou non à la sécurité sociale (cf. 1. SITUATION DE MAYOTTE : GÉOGRAPHIE, DÉMOGRAPHIE ET OFFRE DE SOINS EN P).

**Tableau 35. Professionnel principalement responsable du suivi pendant les six premiers mois (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Professionnel principal consulté pour le suivi pendant les deux 1<sup>er</sup> trimestres</b>					< 0,0001*		
Gynéco-obstétricien libéral	2,2					39,4	38,5 – 40,3
Gynéco-obstétricien en maternité publique et médecin en CPP <sup>(1)</sup>	0,1	11	1,2	0,6 – 2,2		12,1	11,5 – 12,8
Sage-femme libérale	26,9	286	31,8	28,8 – 35,0		22,9	22,1 – 23,7
Sage-femme en maternité publique et sage-femme en CPP <sup>(1)</sup>	9,6	89	9,9	8,0 – 12,1		16,1	15,4 – 16,8
PMI <sup>(1)</sup>	59,3	501	55,8	52,5 – 59,1		1,9	1,6 – 2,1
Médecin généraliste	1,9					4,3	3,9 – 4,7
Plusieurs de ces professionnels	–	11	1,2	0,6 – 2,2		3,3	2,9 – 3,6
	(792)	(898)				(10 885)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) CPP = Centre Périnatal de Proximité, PMI = Protection Maternelle et Infantile.

#### Consultations médicales réalisées

Environ 30 % des parturientes à Mayotte ont réalisé des consultations en urgence (contre 50,1 % des parturientes dans l'Hexagone), sachant qu'elles n'y sont allées qu'une seule fois pour la très grande majorité (Tableau 36).

L'entretien prénatal précoce (EPP) a été mis en place en 2007 en France. C'est un temps d'échange et d'écoute avec des professionnels de la périnatalité afin de répondre aux questions que se posent les futurs parents sur la grossesse, la naissance et l'accueil du bébé. Depuis le 1er mai 2020, l'EPP est devenu obligatoire. Il doit donc être systématiquement proposé par les médecins et sages-femmes qui assurent les suivis de grossesse. En 2021 à Mayotte, seulement 1,8 % (contre 6,5 % en 2016, différence significative) déclarent avoir bénéficié de l'entretien du 4<sup>e</sup> mois ou entretien prénatal précoce (EPP) contre 36,5 % dans l'Hexagone.

De manière générale, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ont été suivies par seulement 3,0 % des femmes à Mayotte en 2021 (contre 8,7 % en 2016, différence significative), contre 54,1 % dans l'Hexagone. Les primipares ont plus tendance à suivre les PNP à Mayotte, tout comme dans l'Hexagone. Cependant, seulement 7,5 % des primipares à Mayotte suivent une séance de préparation contre plus de 80,2 % des primipares dans l'Hexagone.



À Mayotte, les femmes sont 33,6 % à avoir réalisé moins de 3 échographies en 2021 (contre 0,4 % dans l'Hexagone), soit un nombre d'échographies inférieur aux recommandations. Elles étaient 46,1 % en 2016. Le nombre moyen d'échographies à Mayotte est de 3,1 (comme recommandé) contre 6,3 dans l'Hexagone (Tableau 36).

Dans le questionnaire aucune distinction n'était faite entre échographie de suivi et de datation, seul le nombre total d'échographies est connu. Ces résultats sont à interpréter avec précaution car ils sont issus de l'entretien en face-à-face et non pas du dossier médical, l'existence de biais de mémoire ne peut être écartée.

**Tableau 36. Consultations médicales au cours de la grossesse (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Consultation en urgence</b>					< 0,0001*		
Oui	28,3	274	30,1	30,1 – 27,1		50,1	49,2 – 51,1
Non	71,7 (764)	637 (911)	69,9	66,8 – 72,9		49,9 (10 932)	48,9 – 50,8
→ Si oui, nombre de consultations dans une maternité ou à l'hôpital <sup>(1)</sup>					0,0194		
0 ou 1 <i>aucune</i>	-	174 <10	64,7	58,7 – 70,4		55,8 5,2	54,2 – 56,8 4,7 – 5,9
2	-	50	18,6	14,1 – 23,6		23,8	22,7 – 25,0
3	-	28	10,4	7,0 – 14,7		11,1	10,3 – 12,0
≥4	-	17 (269)	6,3	3,7 – 9,9		9,6 (5 436)	8,8 – 10,4
→ Si oui, nombre de consultations en cabinet médical <sup>(1)</sup>							
0	-	>252 (262)	> 96,2			83,8 (5 120)	82,8 – 84,8
<b>Entretien du 4<sup>e</sup> mois (EPP)<sup>(2)</sup></b>					< 0,0001*		
Oui	6,5	16	1,8	1,0 – 2,8		36,5	35,6 – 37,4
Non / Ne sait pas	93,5 (817)	895 (911)	98,2	97,2 – 99,0		63,5 (10 925)	62,6 – 64,4
<b>Séance de préparation à la naissance<sup>(3)</sup></b>							
Toute parité comprise	8,7 (813)	27 (907)	3,0	2,0 – 4,3	<0,0001*	54,1 (10 834)	53,2 – 55,1
Primipares	-	15 (201)	7,5	4,2 – 12,0	<0,0001*	80,3 (4 536)	79,1 – 81,4
Multipares	-	12 (703)	1,7	0,9 – 3,0	<0,0001*	35,3 (6 315)	34,2 – 36,5
<b>Nombre d'échographies réalisées</b>					< 0,0001*		
Moins de 3	46,1	267	33,6	30,3 – 37,0		0,4	0,3 – 0,5
3	31,7	273	34,4	31,1 – 37,8		13,1	12,5 – 13,8
Plus de 3	22,2 (783)	254 (794)	32,0	28,8 – 35,4		86,5 (10 884)	85,8 – 87,1
Moyenne ± écart-type			3,1 ± 1,5			6,3 ± 3,1	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Non disponible pour Mayotte 2016
- (2) Test : Taux de EPP, Mayotte, 2021 contre 2016 : 1,8 % contre 6,5 % =>  $p < 0,0001^*$  ;
- (3) Test : Taux de PNP, Mayotte, 2021 contre 2016 : 3,0 % contre 8,7 % =>  $p < 0,0001^*$ .

## Accompagnement pendant la grossesse

Pendant la grossesse, seulement 1,5 % des femmes ont eu au moins une visite à domicile par une sage-femme, soit un taux beaucoup plus faible que les 18,5 % observés dans l'Hexagone. Par ailleurs, 3,0 % des femmes ont signalé avoir eu un entretien avec une assistante de service social durant la grossesse (contre 8,2 % dans l'Hexagone) (Tableau 37).



**Tableau 37. Accompagnement de la mère pendant la grossesse (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Visites à domicile par une sage-femme</b>				< 0,0001		
Oui	14 (906)	1,5	0,9 – 2,6		18,5 (10 880)	17,8 – 19,3
<b>Entretien avec une assistante de service social pendant la grossesse</b>				< 0,0001		
Oui	27 (910)	3,0	2,0 – 4,3		8,2 (10 930)	7,7 – 8,7

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

### 3.3.3 Prévention, examens de diagnostic et de dépistage durant la grossesse

#### Prévention, examens de diagnostic et de dépistage des pathologies de l'enfant au cours de la grossesse

Les informations concernant la réalisation des examens de diagnostic anténatal sont issues de l'entretien en face-à-face et non du dossier médical. Il convient donc de les considérer avec prudence, d'autant plus que pour certains items beaucoup de femmes n'ont pas su répondre : par exemple, près de 50 % des femmes ne savaient pas dire si elles avaient eu une mesure échographique de la clarté nucale et près de 40 % ne savaient pas si elles avaient réalisé un dépistage sérique du risque de trisomie 21 (Tableau 38). En revanche seulement 2,3 % ne savent pas si un geste invasif de type l'amniocentèse, la biopsie de trophoblaste a été réalisé.

Ainsi, par rapport à 2016, une plus faible proportion de mères à Mayotte déclare avoir eu une mesure de la clarté nucale (21,2 % contre 28,3 % en 2016, significative) ou un dépistage de la trisomie 21 (31,3 % contre 39,8 % en 2016, significative). Il est à noter que ces chiffres étaient en forte augmentation sur la période d'enquête précédente avec respectivement +9,5 points et +23,4 points en 2016 par rapport à 2010 [2]. Ces proportions restent largement inférieures à celles observées dans l'Hexagone où plus de 90 % des femmes déclarent avoir eu ces examens en 2021 (Tableau 38).

**Tableau 38. Examens de dépistage et de diagnostic des pathologies de l'enfant (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Mesure échographique de la clarté nucale <sup>(1)</sup></b>					< 0,0001*		
Oui	28,3	193	21,2	18,6 – 24,0		90,2	89,7 – 90,8
Non	29,6	263	28,9	25,9 – 31,9		4,1	3,7 – 4,5
Ne sait pas	42,1 (814)	455 (911)	49,9	46,7 – 53,2		5,7 (10 896)	5,2 – 6,1
<b>Dépistage de la trisomie 21 <sup>(2)</sup></b>					< 0,0001*		
Oui	39,8	285	31,3	28,3 – 34,4		90,9	90,3 – 91,4
Non	19,1	276	30,3	27,3 – 33,4		7,5	7,0 – 8,0
Ne sait pas	41,1 (818)	350 (911)	38,4	35,3 – 41,7		1,7 (10 924)	1,4 – 1,9
→ Si oui, dépistage réalisé par <sup>(3)</sup>							
Les marqueurs sériques	-	185	66,1	60,2 – 71,6	< 0,0001*	87,8	87,2 – 88,5
Le dépistage prénatal non invasif	-	19	6,8	4,1 – 10,4	< 0,0001*	15,6	14,9 – 16,3
Ne sait pas	-	93 (280)	33,2	27,7 – 39,1	< 0,0001*	9,4 (9 891)	8,8 – 10,0
<b>Geste invasif de diagnostic anténatal</b>					0,0139		
Oui (amniocentèse / biopsie de trophoblaste)	2,0	15	1,6	0,9 – 2,7		2,5	93,1 – 94,1
Non	97,5	875	96,0	94,6 – 97,2		93,6	2,2 – 2,8
Ne sait pas	0,5 (806)	21 (911)	2,3	1,4 – 3,5		3,9 (10 415)	3,5 – 4,3

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Test : Taux de mesure de clarté nucale, Mayotte, 2021 contre 2016 : 21,2 % contre 28,3 % => p=0.0008\* ;

(2) Test : Taux de dépistage de la T21, Mayotte, 2021 contre 2016 : 31,3 % contre 39,8 % => p=0.0002\*.

(3) Non disponible pour Mayotte 2016



La prise d'acide folique est l'unique mesure de lutte efficace contre les anomalies de fermeture du tube neural. Pour cela, la prise doit débuter minimum 4 semaines avant la conception et être poursuivie jusqu'à la 12<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée. Alors que l'application de cette mesure préventive est de 28,3 % dans l'Hexagone, ce phénomène reste très marginal à Mayotte puisque seulement 1,5 % des femmes ont débuté la prise avant la grossesse en 2021 (1,1 % en 2016) (Tableau 39).

**Tableau 39. Mesures de prévention des pathologies de l'enfant (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Prise d'acide folique en prévention des AFTN<sup>(1)</sup></b>					< 0,0001*		
Oui	9,8	398	43,7	40,5 – 47,0		78,6	77,8 – 79,4
Non	80,4	482	53,0	49,7 – 56,3		20,6	19,8 – 21,3
Ne sait pas	9,7	30	3,3	2,2 – 4,7		0,9	0,7 – 1,0
	(813)	(910)				(10 920)	
<b>Prise d'acide folique avant la grossesse<sup>(2)</sup></b>					< 0,0001*		
Oui	1,1	12	1,5	0,8 – 2,5		28,3	27,4 – 29,2
		(826)				(10 550)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) AFTN = anomalies de fermeture du tube neural ;
- (2) Dénominateur calculé parmi les femmes n'ayant pas pris d'acide folique ou connaissant le moment de la prise.

## Prévention, examens de diagnostic et de dépistage des pathologies maternelles

Le dépistage du diabète, particulièrement élevé à Mayotte chez les 18-69 ans [15], était en 2016 plutôt bien connu des femmes. En effet, seulement 0,7 % d'entre elles ne savaient pas si cet examen avait été réalisé, ce qui est moins le cas en 2021 puisque ce chiffre augmente à 4,1 %. On note de plus une baisse importante du taux de dépistage du diabète gestationnel qui passe de 86,2 % en 2016 à 75,5 % en 2021 et se rapproche plus de celui observé dans l'Hexagone (Tableau 40). Il est probable que cette baisse soit due au fait qu'à Mayotte, les professionnels de santé suivent les recommandations de 2010 relatives au dépistage du diabète gestationnel incitant à des dépistages plus ciblés. Plus précisément, ces recommandations préconisent un dépistage ciblé chez les femmes présentant des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur à 35 ans, surpoids, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) [16].

En 2021, la part des femmes ayant eu un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années est nettement plus faible que dans l'Hexagone (26,3 % à Mayotte contre 61,2 %). Depuis 2016, la tendance est à la baisse à Mayotte (-12,4 points) comme dans l'Hexagone (-8,9 points) et cela malgré les recommandations émises dans le cadre du Plan Cancer renouvelé en 2014 et des recommandations émises par la Haute Autorité de santé (HAS) renouvelées en 2020. De plus en plus de mères à Mayotte indiquent ne pas savoir si elles ont été dépistées (6,8 % en 2021 contre 4,2 % en 2016), ce qui n'est pas le cas dans l'Hexagone (Tableau 40). Sachant qu'en l'absence d'examen récent, la grossesse est pourtant l'occasion de réaliser ce dépistage. Cependant, on ne peut exclure une mauvaise compréhension de la question, rendue plus confuse par la notion d'auto-prélèvement ajoutée en 2021. De plus, il est aussi possible que le contexte sanitaire n'ait pas favorisé l'accès au dépistage pour les femmes dans les mois précédant la grossesse.



À partir du dossier médical, les informations concernant la réalisation et les résultats des dépistages obligatoires de 2 maladies infectieuses (toxoplasmose et syphilis) ont été recueillis. En fin de grossesse, le statut des parturientes à Mayotte vis-à-vis de ces maladies était inconnu à seulement 1,6 % pour la toxoplasmose et 1,5 % pour la syphilis (Tableau 40). Trois quarts des femmes sont immunisées contre la toxoplasmose à Mayotte contre un quart dans l'Hexagone.

Le taux de séroconversion en cours de grossesse est stable par rapport à 2016 (1,3 % en 2021).

**Tableau 40. Prévention et examen de dépistage des pathologies maternelles (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Dépistage du diabète gestationnel <sup>(1)</sup></b>					< 0,0001*		
Oui	86,2	687	75,5	72,6 – 78,3		76,1	75,3 – 76,9
Non	13,1	186	20,4	17,9 – 23,2		22,8	22,0 – 23,6
Ne sait pas	0,7	37	4,1	2,9 – 5,6		1,1	0,9 – 1,3
	(817)	(910)				(10 928)	
<b>Dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 3 dernières années ou pendant la grossesse <sup>(2,3)</sup></b>					< 0,0001*		
Oui	38,7	239	26,3	23,4 – 29,3		61,2	60,3 – 62,1
Non	57,2	609	66,9	63,8 – 70,0		35,8	34,9 – 36,7
Ne sait pas	4,2	62	6,8	5,3 – 8,7		3,0	2,7 – 3,4
	(817)	(928)				(10 828)	
<b>Statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose</b>					< 0,0001*		
Absence d'anticorps : séronégative	21,8	237	24,4	21,8 – 27,3		74,9	74,1 – 75,7
Présence d'IgG spécifiques : Séropositive	75,2	704	72,6	69,7 – 75,4		24,7	29,3 – 25,5
Séroconversion au cours de la grossesse	0,8	13	1,3	0,7 – 2,3		0,2	0,1 – 0,3
Statut inconnu	2,2	16	1,6	0,9 – 2,7		0,2	0,2 – 0,3
	(908)	(970)				(12 008)	
<b>Sérologie vis-à-vis de la syphilis au cours de la grossesse<sup>(4)</sup></b>					< 0,0001*		
Oui, une fois	-	728	74,9	72,1 – 77,6		87,2	86,6 – 87,8
Oui, plusieurs fois	-	14	1,4	0,8 – 2,4		1,1	0,9 – 1,3
Oui, nombre de fois précisé	-	215	22,1	19,6 – 24,9		9,6	9,1 – 10,2
Non faite / Information non notée dans le dossier	-	15	1,5	0,9 – 2,5		2,1	1,9 – 2,4
		(972)				(11 998)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Test : Taux de dépistage du diabète gestationnel, Mayotte, 2021 contre 2016 : 75,5 % contre 86,2 % =>  $p < 0,0001^*$  ;

(2) Test : dépistage du cancer du col, Mayotte, 2021 contre 2016 :  $p < 0,0001^*$  ;

(3) Comprend uniquement le frottis cervical en 2016 et le frottis cervical et l'auto-prélèvement vaginal en 2021.

(4) Non disponible pour Mayotte 2016



## Information et mesures de prévention avant l'accouchement

Malgré le nombre important de femmes en surpoids ou obèses ou ayant un diabète gestationnel, la part des femmes ayant eu une consultation ou une réunion d'information dédiée à la diététique est très faible, seulement 2,4 % contre 14,8 % dans l'Hexagone (également considéré comme étant relativement faible) (Tableau 41).

La séroconversion pour le cytomégalo virus (CMV) en cours de grossesse est source de retard de croissance fœtale, de fœtopathie, de troubles neurodéveloppementaux et de l'audition. Le dépistage du CMV par une sérologie n'est pas recommandé, ni en prévision d'une grossesse, ni pendant la grossesse car aucun traitement n'a démontré son efficacité en prénatal en cas d'infection avérée. En revanche, la prévention repose sur les mesures d'hygiène qui doivent être expliquées à toutes les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse. Il s'agit d'une recommandation fondamentale [17] [18]. La part des mères ayant déclaré avoir reçu des conseils pour limiter la transmission du CMV est beaucoup plus élevée à Mayotte (avec 28,4 %) que dans l'Hexagone (avec 16,0 %) (Tableau 41).

**Tableau 41. Information et mesures de prévention avant l'accouchement (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Consultation de diététique (ou réunion d'information)</b>				< 0,0001*		
Oui	22	2,4	1,5 – 3,6		14,8	14,1
Non	888 (910)	97,6	96,4 – 98,5		85,2 (10 925)	84,5
<b>Conseils reçus pour limiter la transmission du CMV<sup>(1)</sup></b>				<0,0001*		
Oui	258	28,4	25,4 – 31,4		16,0	15,3 – 16,7
Non	510	56,0	52,8 – 59,3		74,7	73,9 – 75,5
Ne sait pas	142 (910)	15,6	13,3 – 18,1		9,3 (10 911)	8,8 – 9,9

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) CMV = cytomégalo virus.

### 3.3.4 Complications pendant la grossesse et hospitalisations

#### Complications pendant la grossesse

Avec un taux de 9,8 % en 2021, la prévalence du diabète gestationnel est plus faible à Mayotte que dans l'Hexagone (16,4 %), sachant que depuis 2016 ce taux est relativement stable (Tableau 42). Toutefois, la prévalence pourrait être sous-estimée en raison d'un accès au dépistage limité.

Une anémie en cours de grossesse (taux d'hémoglobine < 11 g/dl) est plus fréquemment retrouvée à Mayotte (41,7 % contre 25,2 % dans l'Hexagone). En cours de grossesse, cette pathologie est associée notamment à un risque de morbidité maternelle sévère (hémorragie du post-partum et HTA) ou de dépression du post-partum [19]. La part des femmes ayant reçu une injection intraveineuse de fer en cours de grossesse à Mayotte est similaire à celle observée dans l'Hexagone (2,4 %) (Tableau 42).

Moins de 10 femmes ont été infectées par le coronavirus SARS-CoV-2 parmi les femmes enquêtées à Mayotte.



**Tableau 42. Complications pendant la grossesse (partie I) (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Diabète gestationnel</b>					< 0,0001*		
Oui, sous régime	7,0	65	6,7	5,2 – 8,5		11,4	10,8 – 12
Oui, sous insuline, par antidiabétiques oraux ou traitement inconnu	2,9	30	3,1	2,1 – 4,4		5,0	4,6 – 5,4
Non	90,2 (875)	873 (968)	90,2	88,1 – 92		83,6 (11 992)	82,9 – 84,3
<b>Corticothérapie anténatale<sup>(2)</sup></b>	-	37 (972)	3,8	2,7 – 5,2	0,1440	4,8 (11 972)	4,5 – 5,2
→ Si oui, âge gestationnel à la 1 <sup>re</sup> cure ≤ 33 SA	-	37 (37)	100,0	90,5 – 100,0		94,4 (568)	92,1 – 96,1
<b>Anémie en cours de grossesse<sup>(1,2)</sup></b>	-	401 (961)	41,7	38,6 – 44,9	<0,0001*	25,2 (11 912)	24,4 – 26,0
<b>Injection intraveineuse de fer en cours de grossesse<sup>(2)</sup></b>	-	23 (969)	2,4	1,5 – 3,5	0,3931	2,8 (11 951)	2,6 – 3,2
<b>Infection à Coronavirus en cours de grossesse<sup>(2)</sup></b>	-	< 10 (969)				5,7 (11 930)	5,3 – 6,1

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Hémoglobine < 11 g/dl.

(2) Non disponible pour Mayotte 2016

La mention de certaines complications (HTA au cours de la grossesse, suspicion d'anomalie du poids fœtal et placenta prævia) a été recherchée dans les dossiers médicaux des mères. Pour l'ensemble de ces complications, aucune différence significative n'a été notée entre les parturientes à Mayotte et dans l'Hexagone pour l'année 2021, et aucune évolution n'a été observée depuis 2016 (Tableau 42).

Globalement, dans les dossiers médicaux à Mayotte, il est fait mention d'une suspicion d'anomalie du poids fœtal pour 12,2 % des mères, d'un placenta prævia pour 1,1 % et d'une HTA pendant la grossesse pour 5,6 % (Tableau 43).

Toutefois, le suivi médical des femmes enceintes étant plus défavorable à Mayotte que dans l'Hexagone, un biais lié à un sous-diagnostic n'est pas à exclure. Ainsi, il est seulement possible d'affirmer que ces 3 complications ont des prévalences à Mayotte au moins égales à celles observées dans l'Hexagone.



**Tableau 43. Complications pendant la grossesse (partie II) (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>HTA pendant la grossesse<sup>(1)</sup></b>					0,0331		
Oui, avec protéinurie	2,2	35	3,6	2,5 – 5,0		2,3	2,0 – 2,6
Oui, sans protéinurie	3,7	19	2,0	1,2 – 3,0		2,0	1,8 – 2,3
Non	94,1 (901)	916 (970)	94,4	92,8 – 95,8		95,7 (11 971)	95,3 – 96,1
→ Si oui, hospitalisation					0,3303		
Oui	41,5 (53)	38 (53)	71,7	57,7 – 83,2		65,0 (483)	60,6 – 69,3
→ Si oui, âge gestationnel au diagnostic <sup>(2)</sup>					0,0576		
≤ 31 SA	-	17	34,0	21,2 – 48,8		20,0	16,5 – 24
32 à 36	-	18	36,0	22,9 – 50,8		38,1	33,7 – 42,7
≥ 37	-	15 (50)	30,0	17,9 – 44,6		41,8 (459)	37,3 – 46,5
<b>Suspicion d'anomalie du poids fœtal<sup>(3)</sup></b>					0,0034		
Oui, RCIU, hypotrophie	4,1	59	6,4	4,9 – 8,2		5,2	4,8 – 5,7
Oui, macrosomie	4,2	53	5,8	4,4 – 7,5		8,7	8,2 – 9,3
Non	91,7 (898)	805 (917)	87,8	85,5 – 89,8		86,0 (11 283)	85,4 – 86,7
<b>Localisation placentaire en fin de grossesse<sup>(4)</sup></b>					0,2748		
Bas inséré ou recouvrant	1,1	10	1,1	0,5		1,5	1,3 – 1,8
Normalement inséré	98,9 (869)	927 (937)	98,9	98,1		98,5 (11 615)	98,3 – 98,7

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) HTA = Hypertension artérielle ; Avec protéinurie > 0,3 g/l ou par 24 heures ;

(2) Non disponible pour Mayotte 2016

(3) RCIU = retard de croissance intra-utérin ;

(4) Placenta « bas inséré » ou « recouvrant » = placenta prævia.

## Hospitalisation pendant la grossesse

Les transferts *in utero* (TIU) entre maternités ont significativement augmenté depuis 2016, et sont en 2021 dix fois plus fréquents que dans l'Hexagone (23,0 % contre 1,9 % dans l'Hexagone). Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que les TIU dans l'Hexagone et à Mayotte n'ont pas la même signification. À Mayotte, certains TIU sont réalisés uniquement en raison d'un besoin de compléter des bilans et la nécessité d'avoir l'avis d'un gynécologue-obstétricien (uniquement disponible à la maternité centrale de Mamoudzou). De plus, 3,2 % des mères ont été hospitalisées pour une menace d'accouchement prématuré (4,8 % dans l'Hexagone) (Tableau 44).

**Tableau 44. Hospitalisations pendant la grossesse et transfert *in utero* (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	% (N)	n (N)	%	IC à 95 %	p	% (N)	IC à 95 %
<b>Hospitalisation au cours de la grossesse<sup>(1)</sup></b>							
Transfert <i>in utero</i> (TIU)	16,9 (904)	224 (973)	23,0	20,4 – 25,8	<0,0001*	1,9 (11 913)	1,7 – 2,2
MAP avec hospitalisation <sup>(2)</sup>	5,9 (817)	31 (969)	3,2	2,2 – 4,5	0,0258	4,8 (12 001)	4,4 – 5,2
HTA avec hospitalisation <sup>(2)</sup>	41,5 (53)	38 (53)	71,7	57,7 – 83,2	0,3303	65,0 (483)	60,6 – 69,3

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Test : TIU, Mayotte, 2021 contre 2016 : 23,0 % contre 16,9 % = > p<0,01\* ;

- (2) MAP = Menace d'accouchement prématuré, HTA = Hypertension artérielle.



### 3.3.5 Comportements à risque pendant la grossesse

En 2021, les comportements addictifs à risque pendant la grossesse restent très marginaux à Mayotte. Après avoir eu connaissance de leur grossesse, moins de 10 femmes ont mentionné avoir consommé de l'alcool, sachant qu'elles étaient déjà une minorité (4,2 %) à en consommer (même exceptionnellement) un an avant la grossesse. De même, seulement 1,3 % des parturientes de Mayotte ont déclaré fumer au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (contre 12,2 % dans l'Hexagone), et moins de 10 mères ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de leur grossesse (Tableau 45). Cependant, ces données peuvent être sous-estimées surtout pour les consommations survenues au cours de la grossesse. Souvent, les femmes ne déclarent pas leur consommation d'alcool de façon exhaustive ou peuvent la sous-estimer devant la sage-femme enquêtrice [20] [21].

**Tableau 45. Comportements à risque avant et pendant la grossesse (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n (N)	%	IC à 95 %	p	% (N)	IC à 95 %
<b>Consommation d'alcool...</b>						
→ un an avant la grossesse	38 (911)	4,2	3,01 – 5,7	< 0,0001*	60,5 (10 924)	59,6 – 61,4
→ après avoir eu connaissance de la grossesse	< 10 (910)				3,1 (10 914)	2,8 – 3,4
<b>Consommation de cigarettes...</b>						
→ avant la grossesse	21 (907)	2,3	1,4 – 3,5	< 0,0001*	27,1 (10 899)	26,2 – 27,9
→ à la connaissance de la grossesse	13 (908)	1,4	0,8 – 2,4	< 0,0001*	20,4 (10 918)	19,6 – 21,2
→ pendant le troisième trimestre	12 (910)	1,3	0,7 – 2,3	< 0,0001*	12,2 (10 922)	11,6 – 12,8
<b>Consommation de cannabis...</b>						
→ un an avant la grossesse	< 10 (909)				6,0 (10 878)	5,6 – 6,5
→ pendant la grossesse	< 10 (906)				1,1 (11 571)	0,9 – 1,3

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.



### 3.3.6 Contexte psychologique durant la grossesse

Les parturientes de Mayotte sont beaucoup moins nombreuses à déclarer avoir eu des difficultés psychologiques durant leur grossesse. En effet, 16,7 % des mères de Mayotte (contre 25,6 % dans l'Hexagone) ont déclaré avoir été tristes, déprimées ou sans espoir et 11,3 % (contre 19,1 % dans l'Hexagone) ont déclaré avoir eu une perte d'intérêt pour la plupart des choses pendant deux semaines consécutives durant leur grossesse. Et ce, bien qu'elles soient plus nombreuses à déclarer ne pas être bien entourées (19,4 % contre 8,5 % dans l'Hexagone). Elles ne sont ainsi qu'une toute petite minorité (1,9 %) à aller consulter un professionnel pour difficultés psychologiques (contre 9,0 % dans l'Hexagone) (Tableau 46).

**Tableau 46. Contexte psychologique et entourage durant la grossesse (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques</b>				< 0,0001*		
Oui	17	1,9	1,1 – 3,0		9,0	8,4 – 9,5
Non	893 (910)	98,1	97,0 – 98,9		91,0 (10 905)	90,5 – 91,6
<b>Vécu de la grossesse (au moins 2 semaines consécutives)</b>						
Avec le sentiment d'être triste, déprimée, sans espoir	152 (910)	16,7	14,3 – 19,3	<0,0001*	25,6 (10 914)	24,8 – 26,5
Avec une perte d'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs	103 (910)	11,3	9,3 – 13,6	<0,0001*	19,1 (10 901)	18,4 – 19,9
<b>État psychologique durant la grossesse</b>				0,0224		
Bien / Assez bien	770	85,0	82,5 – 87,3		87,7	87,0 – 88,3
Mal / Assez mal	136 (906)	15,0	12,7 – 17,5		12,3 (10 919)	11,7 – 13,0
<b>Soutien de l'entourage pendant la grossesse</b>				< 0,0001*		
Très bien entourée / Bien entourée	732	80,6	77,9 – 83,1		91,5	91,0 – 92,0
Peu entourée / Pas du tout entourée	176 (908)	19,4	16,9 – 22,1		8,5 (10 865)	8,0 – 9,0

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.



## En résumé...

### Suivi médical et santé pendant la grossesse

#### Un suivi prénatal qui demeure insuffisant

Du fait de la structuration de l'offre de soin et de la faiblesse de la démographie médicale des gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes sont les acteurs principaux du suivi de grossesse à Mayotte. En effet, les parturientes de Mayotte ont désigné comme professionnel principal chargé du suivi de leur grossesse pendant les six premiers mois à 56 % les sages-femmes de la PMI et à 32 % les sages-femmes libérales et 10 % celles en maternité. Cependant, le suivi des femmes enceintes reste insuffisant, le nombre déclaré d'échographies, qui est en augmentation depuis 2016, reste toujours bien en deçà des recommandations : 33,6 % des femmes déclarent avoir eu moins de 3 échographies contre à peine 0,4 % dans l'Hexagone. Par ailleurs, la prise d'acide folique avant grossesse est beaucoup plus faible que dans l'Hexagone (1,5 % contre 28,3 %).

#### Des tests de dépistage fœtaux peu réalisés ou peu connus des parturientes

Beaucoup de mères (autour de 40 %) n'ont pas su indiquer si les tests anténataux relatifs au dépistage de trisomie 21 (mesure échographique de la clarté nucale et dépistage sérique du risque de trisomie 21) avaient été réalisés. De ce fait, les taux de réalisation de ces examens ne peuvent pas être estimés avec précision mais ils sont vraisemblablement plus faibles que ceux constatés dans l'Hexagone. À titre d'exemple, seulement 21,2 % des mères de Mayotte ont déclaré avoir eu une mesure de la clarté nucale contre 90,2 % dans l'Hexagone. Cependant, elles ont eu moins de difficulté à parler d'autres tests, comme l'amniocentèse ou la biopsie de trophoblaste.

#### Les dépistages obligatoires réalisés par une très large majorité des femmes

Les dépistages sont globalement bien réalisés, puisqu'en fin de grossesse, le statut des parturientes était inconnu pour seulement 1,6 % pour la toxoplasmose et 1,5 % pour la syphilis.

#### Des complications apparemment pas plus fréquentes que dans l'Hexagone mais un biais de sous-diagnostic qui ne peut être écarté

Les dossiers médicaux faisaient mention pour 5,6 % des mères d'une HTA pendant la grossesse, 12,2 % d'une suspicion d'anomalie du poids fœtale et 1,1 % d'un placenta prævia, relativement proches des taux observés dans l'Hexagone. Le diabète gestationnel concerne 9,8 % des mères à Mayotte (contre 16,4 % dans l'Hexagone). Étant donné le suivi médical insuffisant de certaines mères, il est possible que les prévalences réelles de ces complications soient plus élevées, notamment pour le diabète gestationnel au vu des caractéristiques maternelles plus à risque à Mayotte.

Les transferts *in utero* sont beaucoup plus fréquents (23,0 % contre 1,9 % dans l'Hexagone), bien que les hospitalisations pour cause de menace d'accouchement prématuré ou encore d'HTA gestationnelle y soient aussi fréquentes.

#### Rareté des comportements à risque

Les comportements à risque restent très marginaux à Mayotte, moins de 1,1 % des parturientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool après avoir eu connaissance de leur grossesse (contre 3,1 % dans l'Hexagone) et 1,3 % fumaient pendant le troisième trimestre contre 12,2 % dans l'Hexagone.

#### À Mayotte les femmes enceintes ont moins de problèmes de santé mentale

Les mères de Mayotte sont beaucoup moins nombreuses à déclarer avoir vécu des difficultés psychologiques durant leur grossesse (16,7 % se sont senties tristes ou 11,3 % ont eu un sentiment d'anhédonie contre 25,6 % et 19,1 % respectivement dans l'Hexagone), ainsi elles ne sont qu'une très faible minorité à avoir été consulter un professionnel (moins de 2 %).



## 3.4 Travail et accouchement

### 3.4.1 Lieu d'accouchement

À Mayotte, les femmes ont accouché au sein de la maternité centrale de Mamoudzou (72,8 %) ou au sein des maternités de l'un des 4 centres médicaux de référence (27,2 %) (Tableau 47). Avec plus de 9 000 accouchements réalisés en 2020 la maternité centrale de Mamoudzou est la plus importante de France.

**Tableau 47. Lieu d'accouchement (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Statut de la maternité<sup>(1,2,3)</sup></b>				< 0,0001*		
CH	977	100,0			50,1	49,2 – 51,0
<i>Maternité centrale de Mamoudzou</i>	711	72,8				
<i>Centres médicaux de référence (CMR)</i>	266	27,2				
CHU/CHR, Espic ou privé à but lucratif	0	0,0			49,9	49,0 – 50,8
	(977)				(12 079)	
<b>Type d'autorisation<sup>(1,2)</sup></b>				< 0,0001*		
Type I	266	27,2	24,5 – 30,1		20,2	19,4 – 20,9
Type II A	0	0,0			28,9	28,1 – 29,7
Type II B	711	72,8	69,9 – 75,5		24,2	23,4 – 25,0
Type III	0	0,0			26,8	28,1 – 29,7
	(977)				(12 079)	
<b>Taille de la maternité<sup>(2,4)</sup></b>				< 0,0001*		
< 1 000 accouchements/an	266	27,2	24,5 – 30,1		18,7	18,0 – 19,4
1 000-1 999	0	0,0			29,7	28,9 – 30,6
2 000-2 999	0	0,0			20,3	19,6 – 21,0
≥ 3 000	711	72,8	69,9 – 75,5		31,3	30,4 – 32,1
	(977)				(12 088)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) En France hexagonale, 9 femmes ayant accouché dans les maisons de naissances non prises en compte ;
- (2) Comprend les accouchements à domicile (55 à Mayotte et 65 dans l'Hexagone) et les accouchements dans un autre lieu notamment SAMU, voiture, pompier (26 à Mayotte et 21 dans l'Hexagone) ;
- (3) Espic = Établissement de santé privé d'intérêt collectif ;
- (4) Nombre de d'accouchements en 2020 d'après les données du questionnaire Établissement.

Le trajet pour se rendre en maternité est un peu plus difficile que dans l'Hexagone, puisque 12,3 % d'entre elles passent plus de quarante-cinq minutes sur le trajet (contre 7,8 % dans l'Hexagone) et plus de la moitié (55,3 %) ne s'y est pas rendue en voiture (contre 13,3 % dans l'Hexagone) (Tableau 48).



**Tableau 48. Trajet pour aller accoucher (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Temps de transport pour aller accoucher</b>				< 0,0001*		
< 30 minutes	546	68,1	64,7 – 71,3		74,4	73,6 – 75,3
30-44	157	19,6	16,9 – 22,5		17,8	17,1 – 18,5
≥ 45	99	12,3	10,2 – 14,8		7,8	7,3 – 8,3
	(802)				(10 779)	
<b>Mode de transport pour aller accoucher</b>				< 0,0001*		
En voiture	401	44,7	41,4 – 48,0		87,7	87,0 – 88,3
En transport d'urgence	183	20,4	17,8 – 23,2		5,4	5,0 – 5,9
En taxi	240	26,7	23,9 – 29,8		2,8	2,5 – 3,2
Autre transport (yc transport en commun)	74	8,2	6,5 – 10,2		4,1	3,7 – 4,5
	(898)				(10 919)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

### 3.4.2 Demandes particulières

Les mères à Mayotte sont deux fois moins nombreuses à avoir des demandes particulières pour l'accouchement que dans l'Hexagone (14,4 % contre 30,0 %), sachant qu'une part importante n'en a pas fait part à l'équipe médicale (32,6 %) contre seulement 7,5 % dans l'Hexagone. Ceci est principalement dû à la suractivité dont font l'objet les professionnels de santé à la maternité du site de Mamoudzou, et qui ne leur laisse que peu de temps à consacrer à l'accueil individualisé des mères et à leurs souhaits.

De plus, les demandes concernent principalement la limitation des actes médicaux (60,0 %, à peu près autant que dans l'Hexagone). En revanche, l'accouchement sans péridurale est souhaité par 60,8 % des femmes contre 38,2 % dans l'Hexagone. Pour les autres types de demandes, concernant le fait de pouvoir manger, marcher ou encore faire du peau-à-peau, comparées à l'Hexagone, les mères à Mayotte sont beaucoup moins nombreuses à les souhaiter (Tableau 49).

**Tableau 49. Demandes des femmes à propos de l'accouchement (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Souhaits particuliers pour l'accouchement</b>				< 0,0001*		
Oui, rédaction d'un projet de naissance	130	14,4	12,2 – 16,9		10,3	9,7 – 10,8
Oui, demandes particulières mais non écrites					19,7	18,9 – 20,5
Non, pas de demande particulière	772	85,6	83,1 – 87,8		70,1	69,2 – 70,9
	(902)				(10 916)	
<b>Demandes exprimées auprès de l'équipe</b>				< 0,0001*		
Oui	87	67,4	58,6 – 75,4		92,5	91,5 – 93,4
	(129)				(3 251)	
<b>Type de demandes</b>						
Pouvoir bouger et/ou manger <sup>(1)</sup>	14	10,8	6,0 – 17,4	< 0,0001*	34,1	32,4 – 35,8
Pouvoir marcher, changer de position <sup>(1)</sup>	17	13,1	7,8 – 20,1	< 0,0001*	60,1	58,4 – 61,8
Faire du peau-à-peau <sup>(1)</sup>	11	8,5	4,3 – 14,6	< 0,0001*	67,3	65,7 – 69,0
Limiter les actes médicaux <sup>(1,2)</sup>	78	60,0	51,1 – 68,5	0,0823	52,2	50,5 – 54,0
Accoucher sans péridurale <sup>(1)</sup>	79	60,8	51,8 – 69,2	< 0,0001*	38,2	36,5 – 39,9
Autre demande <sup>(1)</sup>	30	23,1	16,1 – 31,3	< 0,0001*	63,0	61,3 – 64,6
	(130)				(3 193)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Dénominateur calculé si au moins une réponse cochée dans la liste des demandes ;
- (2) Épisiotomie, césarienne ou recours à l'ocytocine.



### 3.4.3 Déroulement du travail

À Mayotte, le travail se déroule différemment de l'Hexagone. Il y a significativement plus de nouveau-nés qui se présentent en position céphalique (97,5 % contre 95,0 % dans l'Hexagone). Pour la majorité des femmes (8 femmes sur 10), le travail commence de façon spontanée et beaucoup plus fréquemment que dans l'Hexagone (6 femmes sur 10). La part des femmes ayant eu un déclenchement est plus faible (11,0 % contre 25,8 % dans l'Hexagone), mais lorsque celui-ci est utilisé le choix de la méthode initiale (maturation cervicale ou autre) ne diffère pas entre les deux territoires (Tableau 50). Ces chiffres de 2021 demeurent proches de ceux observés en 2016, cependant les comparaisons doivent être réalisées avec prudence car les informations ont été recueillies différemment d'une année à l'autre.

Il est aussi important de noter que le taux de césariennes programmées est trois fois moins important à Mayotte (2,4 % contre 7,1 % dans l'Hexagone), et qu'il est similaire au taux de césariennes en urgence (2,7 %), là où en France hexagonale les césariennes programmées sont deux fois plus nombreuses que celles en urgence (7,1 % contre 3,2 %) (Tableau 50).

De plus, la rupture de la poche des eaux se présente davantage pendant le travail à Mayotte, que ce soit chez les femmes ayant eu une tentative de voie basse (53,6 % contre 29,6 % dans l'Hexagone) ou en travail spontané (58,6 % contre 34,0 % dans l'Hexagone). De même l'ocytocine est globalement moins utilisée à Mayotte que dans l'Hexagone. Par ailleurs, par rapport à 2016, on observe une baisse significative en 2021 des ruptures artificielles de la poche des eaux (parmi les tentatives par voie basse) (Tableau 50).

**Tableau 50. Déroulement du travail (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Présentation fœtale</b> <sup>(1,2)</sup>					0,0006*		
Céphalique	96,1	958	97,5	96,3 – 98,4		95,0	94,6 – 95,4
Autre	3,9	25	2,5	1,7 – 3,7		5,0	4,6 – 5,4
	(1 018)	(983)				(12 210)	
<b>Mode de début de travail</b> <sup>(1,3)</sup>					< 0,0001*		
Spontané	82,4	818	84,0	81,5 – 86,2		63,8	63 – 64,7
Déclenché	12,4	107	11,0	9,1 – 13,1		25,8	25,1 – 26,6
Césarienne programmée	5,2	23	2,4	1,5 – 3,5		7,1	6,7 – 7,6
Césarienne en urgence		26	2,7	1,8 – 3,1		3,2	2,9 – 3,5
	(992)	(974)				(12 041)	
→ Si déclenchement, méthode initiale <sup>(3)</sup>					0,2392		
Rupture des membranes et/ou ocytocine <sup>(4)</sup>	65,7	27	25,5	17,5 – 34,9		30,8	29,2 – 32,5
Maturation cervicale	34,3	79	74,5	65,1 – 82,5		69,2	67,5 – 70,8
	(108)	(106)				(3 104)	
→→ Si maturation cervicale, technique en première intention <sup>(3)</sup>					0,2392		
Méthodes pharmacologiques (prostaglandine, Misoprostol)	65,7	27	25,5	17,5 – 34,9		30,8	29,2 – 32,5
Méthodes mécaniques (dont ballonnet)	34,3	79	74,5	65,1 – 82,5		69,2	67,5 – 70,8
	(108)	(106)				(3 104)	
<b>Rupture de la poche des eaux : Parmi les tentatives de voie basse</b> <sup>(3,4)</sup>					< 0,0001*		
Artificielle <sup>(5)</sup>	32,3	183	21,7	19,0 – 24,6		38,9	38 – 39,8
Spontanée avant travail	20,3	209	24,8	21,9 – 27,8		31,5	30,7 – 32,4
Spontanée pendant travail	47,4	452	53,6	50,1 – 57,0		29,6	28,7 – 30,4
	(768)	(844)				(10 534)	



	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Rupture de la poche des eaux : Parmi les femmes en travail spontané<sup>(3,6)</sup></b>					< 0,0001*		
Artificielle	-	132	17,8	15,1 – 20,8		33,2	32,1 – 34,2
Spontanée avant travail	-	175	23,6	20,6 – 26,8		32,8	31,8 – 33,9
Spontanée pendant travail	-	434	58,6	54,9 – 62,1		34,0	32,9 – 35,1
		(741)				(7 490)	
<b>Ocytocine durant le travail</b>							
Parmi les tentatives de voie basse <sup>(3,7)</sup>	22,1 (779)	134 (910)	14,7	12,5 – 17,2	<0,0001*	41,3 (10 637)	40,4 – 42,3
Parmi les femmes en travail spontané <sup>(3)</sup>	-	69 (804)	8,6	6,7 – 10,7	<0,0001*	30,0 (7 599)	29,0 – 31,1

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Données issues du dossier médical uniquement en 2021 et complétées par le Questionnaire minimal en 2016.
- (2) Rapporté au nombre de naissances ;
- (3) Rapporté au nombre de femmes ;
- (4) Ocytocine seule pour 2016 ;
- (5) Test : Taux de rupture artificielle de la poche des eaux (parmi les tentatives de voie basse), Mayotte, 2021 contre 2016 : 21,7 % contre 32,3 % = > p<0,0001\*.
- (6) Non disponible pour Mayotte 2016
- (7) Travail spontané, maturation cervicale ou déclenchement du travail ;

Concernant le mode de début de travail par déclenchement, il n'y a pas de différence quant au motif de l'utilisation de ce mode. Même chose pour le motif de césarienne avant travail (Tableau 51).

**Tableau 51. Motifs du déclenchement ou de la césarienne avant travail (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Motif principal de déclenchement<sup>(1,2)</sup></b>				0,2390		
Post-terme ou prévention du post-terme	17	16,3	9,8 – 24,9		23,5	22,0 – 25,0
Rupture prématurée des membranes	19	18,3	11,4 – 27,1		20,4	19,0 – 21,9
Motif lié au fœtus	31	29,8	21,2 – 39,6		24,0	22,5 – 25,5
Utérus cicatriciel / Pathologie maternelle / Autre motif (sans précision) / Pas de motif	37	35,6	26,4 – 45,6		32,1	30,5 – 33,8
	(104)				(3 090)	
<b>Motif principal de césarienne avant travail<sup>(1,2)</sup></b>				0,0315		
Motif lié au fœtus	11	22,9	12,0 – 37,3		33,4	30,8 – 36,2
Utérus cicatriciel	16	33,3	20,4 – 48,4		39,8	37,0 – 42,7
Pathologie maternelle / Placenta prævia / Autre motif (sans précision) / Pas de motif	21	43,8	29,5 – 58,8		26,7	24,3 – 29,4
	(48)				(1 193)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Motif lié au fœtus inclut anomalie de la présentation, RCIU ou hypotrophie, macrosomie, autre anomalie de la vitalité fœtale. Pathologie maternelle inclut diabète gestationnel ou préexistant, pathologie maternelle hypertensive, autre pathologie maternelle.
- (2) Rapporté au nombre de femmes.

### 3.4.4 Accouchement

#### Mode d'accouchement

L'accouchement par voie basse non instrumentale reste très majoritaire à Mayotte (80,6 % des naissances) contre 66,2 % dans l'Hexagone (Tableau 52). Le taux de césariennes semble légèrement diminuer, passant de 17,6 % des naissances en 2016 à 13,6 % en 2021 (différence non significative). À l'inverse, l'accouchement par voie basse instrumentale semble en



augmentation passant de 3,1 % à 5,8 % sur la période (différence non significative). À noter qu'en 2021, ce mode d'accouchement a été pratiqué dans deux maternités de plus (Kahani et Mramadoudou) qu'en 2016 (Mamoudzou et Dzaoudzi). Lorsque l'accouchement se fait par voie basse instrumentale, la ventouse représente le principal instrument utilisé par le professionnel de santé (82,5 % contre 60,2 % dans l'Hexagone).

En cas de césarienne pendant le travail ou en cas de de voie basse instrumentale, le motif principal de réalisation est une anomalie du RCF (54,6 %), puis une stagnation / non-engagement (25,9 %). En France hexagonale, la réalisation de ces interventions est plus souvent pour une stagnation / non-engagement (49,5 %).

D'après les déclarations des mères, 76,1 % des enfants nés en maternité ont été mis au monde par une sage-femme contre 57,1 % dans l'Hexagone. À noter que ce pourcentage est en baisse par rapport à 2016 (-7 points, baisse significative) (Tableau 52).

**Tableau 52. Modalités d'accouchement (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Mode d'accouchement<sup>(4)</sup></b>					< 0,0001*		
Voie basse non instrumentale	79,3	793	80,6	78,0 – 83,0		66,2	65,3 – 67
Voie basse instrumentale <sup>(1)</sup>	3,1	57	5,8	4,4 – 7,4		12,4	11,9 – 13,0
Césarienne <sup>(2)</sup>	17,6	134	13,6	11,5 – 15,9		21,4	20,7 – 22,1
	(1 020)	(984)				(12 284)	
→ Instrument si voie basse instrumentale <sup>(4)</sup>					0,0007*		
Forceps	8,0	10	17,5	8,8 – 29,9		20,9	18,9 – 23,0
Spatules	8,0					19,0	17,0 – 21,0
Ventouse	84,0	47	82,5	70,1 – 91,3		60,2	57,7 – 62,6
	(25)	(57)				(1 524)	
<b>Professionnel ayant réalisé l'accouchement<sup>(3,5)</sup></b>					< 0,0001*		
Gynécologue ou Obstétricien	8,9	202	23,9	21,1 – 27,0		42,9	42,0 – 43,9
Sage-femme	83,1	642	76,1	73,0 – 78,9		57,1	56,1 – 58,0
Autre / Ne sait pas <sup>(6)</sup>	8,1	–	–	–		–	–
	(632)	(822)				(11 254)	
<b>Motif principal de voie basse instrumentale / césarienne pendant travail<sup>(7,8)</sup></b>					< 0,0001*		
Stagnation / non-engagement	-	28	25,9	18,0 – 35,3		49,5	47,5 – 51,5
Anomalie du RCF	-	59	54,6	44,8 – 64,2		40,4	38,5 – 42,4
Autre motif	-	21	19,4	12,5 – 28,2		10,0	8,9 – 11,3
		(108)				(2 408)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Test : Taux de VBI, Mayotte, 2021 contre 2016 : 5,8 % contre 3,1 % =>  $p=0,0055^*$  ;
- (2) Test : Taux de césarienne, Mayotte, 2021 contre 2016 : 13,6 % contre 17,6 % =>  $p=0,0156$  ;
- (3) Test : Taux d'accouchement par SF, Mayotte, 2021 contre 2016 : 76,1 % contre 83,1 % =>  $p=0,0013^*$  ;
- (4) Rapporté au nombre de naissances ;
- (5) Rapporté au nombre de naissances en maternité ;
- (6) Modalité « autre / ne sait pas » que pour 2016 ;
- (7) Rapporté au nombre de femmes.
- (8) Non disponible pour Mayotte 2016



## Accouchement par voie basse

Bien que les recommandations soient de laisser à la femme le choix de sa position d'accouchement, la majorité des femmes (surtout à Mayotte) privilégie la position sur le dos que ce soit au début des efforts expulsifs (95,7 % à Mayotte et 87,2 % dans l'Hexagone) ou au moment de l'expulsion (96,2 % à Mayotte et 93,9 % dans l'Hexagone) (Tableau 53).

Pour les accouchements par voie basse, le taux d'épisiotomie est bien plus faible à Mayotte, 1,7 % contre 8,3 % que dans l'Hexagone (Tableau 53).

La sage-femme effectue une plus grande majorité des accouchements par voie basse (98,3 % contre 88,6 % dans l'Hexagone).

**Tableau 53. Accouchement par voie basse (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Position au début des efforts expulsifs<sup>(1)</sup></b>				< 0,0001*		
Sur le dos	757	95,7	94,1 – 97,0		87,2	86,5 – 87,9
Sur le côté	13	1,6	0,9 – 2,8		8,5	7,9 – 9,1
Autre	21	2,7	1,7 – 4,0		4,3	3,9 – 4,8
	(791)				(8 659)	
<b>Position à l'expulsion<sup>(1)</sup></b>				0,0302		
Sur le dos	761	96,2	94,6 – 97,4		93,9	93,4 – 94,4
Sur le côté	15	1,9	1,1 – 3,1		3,4	3,0 – 3,8
Autre	15	1,9	1,1 – 3,1		2,7	2,4 – 3,1
	(791)					
<b>Épisiotomie<sup>(1)</sup></b>				< 0,0001*		
Oui	14	1,7	0,9 – 2,8		8,3	7,8 – 8,9
Non	831	98,3	97,2 – 99,1		91,7	91,1 – 92,2
	(845)				(9 467)	
<b>Professionnel ayant réalisé l'accouchement<sup>(2)</sup></b>				< 0,0001*		
Sage-femme	642	98,3	97,0 – 99,2		88,6	87,9 – 89,4
Gynécologue obstétricien	11	1,7	0,8 – 3,0		11,4	10,7 – 12,1
	(653)				(7 246)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Rapporté au nombre de femmes ayant accouché par voie basse ;
- (2) Rapporté au nombre de naissances à la maternité par voie basse spontanée.

## Accouchement par césarienne

Il est à noter que les taux de césariennes entre Mayotte et la France hexagonale ne sont pas différents chez les primipares mais le sont significativement chez les multipares. En effet, le taux de césarienne chez les multipares de Mayotte est de 13,0 % contre 19,1 % dans l'Hexagone). De plus, la classification de Robson [22], recommandée par l'OMS [23] pour aider à l'évaluation des pratiques de césarienne, montre que la contribution la plus importante au taux de césarienne est le groupe 5, c'est-à-dire les femmes ayant un antécédent de césarienne et un fœtus singleton en présentation céphalique à terme, avec une contribution au taux global de 4,0 % (pour la répartition du taux de césarienne par la méthode de classification de Robson (voir Annexe 2 / Complément des tableaux/Tableau 82).



**Tableau 54. Taux de césarienne selon la parité (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	% (N)	n (N)	%	IC à 95 %	p	% (N)	IC à 95 %
<b>Taux de césarienne</b>							
Ensemble des naissances	17,6 (1 020)	134 (984)	13,6	11,5 – 15,9	<0,0001*	21,4 (12 284)	20,7 – 22,1
Primipares	32,0 (178)	35 (218)	16,1	11,2 – 20,3	0,0145	23,2 (4 974)	22,0 – 24,4
Multipares	14,5 (739)	99 (763)	13,0	10,6 – 15,6	<0,0001*	19,1 (7 058)	18,2 – 20,0

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

### 3.4.5 Analgésie et anesthésie

Parmi les femmes ayant eu une tentative de voie basse à Mayotte, seulement 25,4 % ont bénéficié d'une analgésie médicamenteuse, contre 85,1 % dans l'Hexagone. L'analgésie la plus couramment utilisée est la péridurale (ADP). En cas de césarienne ou d'extraction instrumentale, les femmes sont 38,2 % à avoir bénéficié d'une péridurale (contre 56,2 % dans l'Hexagone) et 39,8 % d'une rachianesthésie ou d'une péri-rachi combinée (PRC) (comme dans l'Hexagone) (Tableau 55).

En cas d'analgésie péridurale (y compris péri-rachianesthésie combinée), le taux d'auto-administration de l'analgésie par pompe type PCEA (*Patient Controlled Epidural Analgesia*) est de 81,7 % à Mayotte, contre 74,2 % dans l'Hexagone. La PCEA présente de nombreux avantages. Elle réduit la consommation d'anesthésiques locaux et donc la survenue de bloc moteur, et le nombre de bolus complémentaires administrés en raison d'une analgésie insuffisante, entraîne une diminution du nombre d'interventions humaines [24]. De plus, à partir des données de l'enquête réalisée en 2016, nous avons pu montrer que la PCEA permettait d'améliorer la satisfaction des femmes concernant l'analgésie délivrée durant le travail et l'accouchement [25].

À Mayotte, plus de deux tiers des femmes n'ont pas consommé d'aliments ou de boissons en salle d'accouchement contre 39,6 % dans l'Hexagone.

**Tableau 55. Analgésie et anesthésie (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Type d'analgésie durant le travail si tentative par voie basse</b> (1,2,3)					< 0,0001*		
Aucune	86,8	686	74,6	71,6 – 77,4		14,9	14,2 – 15,6
ADP, PRC ou rachianalgésie	11,8	204	22,2	19,5 – 25,0		84,5	83,8 – 85,2
Autre situation (analgésie parentérale, autre analgésie)	1,4	30	3,2	2,2 – 4,6		0,6	0,5 – 0,8
	(774)	(920)				(10 678)	
→ Si APD ou PRC, PCEA (1,3,4,5)					0,0228		
Oui	-	147	81,7	75,2 – 87,0		74,2	73,2 – 75,1
Non	-	33	18,3	13,0 – 24,8		25,8	24,9 – 26,8
		(180)				(7 922)	
<b>Si voie basse instrumentale ou césarienne, type d'analgésie à l'expulsion</b> (1,2,3)					0,0001*		
ADP	19,0	71	38,2	31,2 – 45,6		56,5	54,9 – 58,0
Rachianesthésie / PRC	41,5	74	39,8	32,7 – 47,2		37,6	36,1 – 39,1
Autre situation (aucune analgésie, anesthésie générale, ...)	39,5	41	22,0	16,3 – 28,7		5,9	5,2 – 6,7
	(211)	(186)				(3 991)	



	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Consommation de boissons et d'aliments en salle d'accouchement<sup>(1,5)</sup></b>							
Oui, boissons (avec ou sans aliments)	-	243	29,2	26,2 – 32,5	< 0,0001*	60,2	59,2 – 61,2
Oui, aliments (avec ou sans boissons)	-	84	10,1	8,1 – 12,4	0,0002*	6,7	6,2 – 7,2
Non	-	580 (831)	69,8	66,6 – 72,9	<0,0001*	39,6 (9 660)	38,7 – 40,9

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Rapporté au nombre de femmes en 2021 ;
- (2) Rapporté au nombre de naissances en maternité pour 2016 ;
- (3) ADP = péridurale / PRC = Péri-rachi combinée ;
- (4) PCEA = patient-controlled epidural analgesia : pompe pour gestion autonome de réinjection d'anesthésique.
- (5) Non disponible pour Mayotte 2016

### 3.4.6 Gestion de la douleur

#### Demandes vis-à-vis de la gestion de la douleur

Avant leur accouchement, les parturientes à Mayotte étaient beaucoup moins nombreuses que dans l'Hexagone à souhaiter une analgésie péridurale (19,0 % contre 83,5 %). On peut noter cependant que l'efficacité de la méthode reçue est relativement proche entre les deux territoires. En effet, près de 82 % de celles ayant reçu une méthode pour gérer la douleur ont déclaré que celle-ci a été assez efficace, comme dans l'Hexagone (Tableau 56).

De plus, parmi les 103 femmes qui désiraient absolument une analgésie péridurale durant le travail, 35 (soit 34,0 %) n'en ont eu aucune. On note toutefois une très légère amélioration (non significative) de la situation par rapport à 2016 puisque la part des femmes qui n'avaient pas eu d'analgésie malgré leur souhait était de 50,0 %. Ainsi, sachant que les femmes désirant une analgésie péridurale sont bien moins nombreuses à Mayotte que dans l'Hexagone, il en reste qu'une bonne partie d'entre elles ne voient pas leur demande satisfaite (Tableau 56).

**Tableau 56. Demande des femmes et satisfaction vis-à-vis de la gestion de la douleur (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Souhait d'une analgésie péridurale avant l'accouchement si tentative par voie basse</b>					< 0,0001*		
Oui, absolument	12,8	103	12,1	10,0 – 14,4		65,6	64,6 – 66,6
Aucune analgésie durant travail <sup>(1)</sup>	50,0	35	34,0			-	-
Oui, peut être	5,3	59	6,9	5,3 – 8,8		17,9	17,1 – 18,7
Non	81,9 (779)	692 (854)	81,0	78,2 – 83,6		16,5 (9 602)	15,8 – 17,3
<b>Efficacité de la péridurale pour soulager la douleur, si tentative par voie basse<sup>(2,3)</sup></b>					0,1125		
Parfaitement efficace / Efficace	-	149	81,9	75,5 – 87,2		76,6	75,6 – 77,5
Peu ou partiellement efficace / Totalement inefficace	-	33 (182)	18,1	12,8 – 24,5		23,4 (7 959)	22,5 – 24,4

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Test : Taux de non-analgésie malgré la demande, Mayotte, 2021 contre 2016 : 34,0 % contre 50,0 % => p=0,0299 ;
- (2) Données de l'Hexagone légèrement différentes du rapport national, car les femmes ayant coché "Autre" ne sont pas prises en compte ici.
- (3) Non disponible pour Mayotte 2016



## Prise en charge de la douleur par une méthode médicamenteuse ou non-médicamenteuse

Les femmes ont plus fréquemment recours à une méthode médicamenteuse (par perfusion, injection, comprimés ou gaz) pour gérer la douleur (38,6 %) que dans l'Hexagone (28,9 %). En revanche, le recours à des méthodes non médicamenteuses, seules ou en association avec d'autres méthodes (médicaments, péridurale, rachianesthésie, péri-rachianesthésie combinée) est similaire à l'Hexagone (44,3 %). Elles en sont en très grande majorité satisfaites voire très satisfaites des méthodes utilisées pour soulager la douleur (plus de 80 % contre plus de 90 % dans l'Hexagone) (Tableau 57).

**Tableau 57. Prise en charge de la douleur (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Utilisation d'une méthode médicamenteuse pour gérer la douleur</b> <sup>(1)</sup>	324 (840)	38,6	35,3 – 42,0	<0,0001*	28,9	28,0 – 29,9
Médicaments par perfusion <sup>(2)</sup>	129	15,4	13,0 – 18,0		13,9	13,3 – 14,7
Médicaments en comprimés <sup>(2)</sup>	153	18,2	15,7 – 21,0		10,5	9,9 – 11,2
Gaz à respirer <sup>(2)</sup>	160	19,0	16,4 – 21,9		10,0	9,4 – 10,6
<b>Utilisation d'une méthode non médicamenteuse</b> <sup>(1)</sup>	372 (840)	44,3	40,9 – 47,7	0,0058*	49,2	48,2 – 50,3
Ballon, marche, choix de la position <sup>(2)</sup>	299	35,6	32,4 – 38,9		42,2	41,2 – 43,2
Bain ou douche pendant le travail <sup>(2)</sup>	189	22,5	19,7 – 25,5		22,7	21,9 – 23,5
Autre méthode <sup>(2,3)</sup>	56	6,7	5,1 – 8,6		18,4	17,6 – 19,2
<b>Satisfaction quant aux méthodes utilisées pour soulager la douleur</b> <sup>(1,4)</sup>				< 0,0001*		
Très satisfaite / Satisfaite	573	81,3	78,2 – 84,1		90,3	89,7 – 90,9
Peu satisfaite / Pas du tout satisfaite	132 (705)	57,0	15,9 – 21,8		9,7	9,1 – 10,3

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes : (1) Si tentative de voie basse ;

- (2) Dénominateur calculé si au moins une réponse cochée ;

- (3) Dont massage, hypnose ou sophrologie ou Acupuncture ou acupression ;

- (4) Y compris péridurale.

## Douleurs ressenties lors de l'accouchement

Dans l'ENP 2021, un point d'attention particulier a été mis sur la douleur ressentie par les femmes au moment de l'accouchement. Lors de l'entretien, il était demandé aux femmes de coter leur douleur à l'aide d'une échelle numérique (entre 0 – pas de douleur – et jusqu'à 10 – douleur maximale –). En général une douleur cotée entre 4 et 6 correspond à une douleur forte et une douleur cotée entre 7 et 10 correspond à une douleur insupportable.

Globalement pour les accouchements par voie basse spontanée, les femmes à Mayotte sont beaucoup plus nombreuses à déclarer ressentir une douleur forte voire insupportable (89,6 % contre 56,3 % dans l'Hexagone). Même parmi celles ayant eu une analgésie, elles sont plus nombreuses à déclarer une douleur forte ou insupportable (67,8 % contre 46,9 % dans l'Hexagone) (Tableau 58).



**Tableau 58. Douleurs lors de l'accouchement par voie basse spontanée (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Accouchement par voie basse spontanée, douleur ressentie lors de la sortie de tête du bébé</b>				< 0,0001*		
0 (pas de douleur)	29	4,0	2,7 – 5,7		26,7	25,7 – 27,7
1 à 3	46	6,4	4,7 – 8,4		17,0	16,1 – 17,9
4 à 6	155	21,5	18,5 – 24,7		15,5	14,7 – 16,4
7 à 10 (insupportable)	492	68,1	64,6 – 71,5		40,8	39,6 – 41,9
	(722)				(7 066)	
<b>Accouchement par voie basse spontanée avec analgésie, douleur ressentie lors de la sortie de tête du bébé</b>				< 0,0001*		
0 (pas de douleur)	22	18,6	12,1 – 26,9		32,7	31,5 – 34,0
1 à 3	16	13,6	8,0 – 21,1		20,4	19,3 – 21,4
4 à 6	36	30,5	22,4 – 39,7		17,2	16,2 – 18,2
7 à 10 (insupportable)	44	37,3	28,6 – 46,7		29,7	28,5 – 30,9
	(118)				(5 701)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Pour les accouchements par voie basse instrumentale, bien que la même tendance semble se dégager, à savoir une douleur plus élevée chez les femmes à Mayotte que dans l'Hexagone, cette différence n'est pas significative pour pouvoir en tirer des conclusions (Tableau 59).

**Tableau 59. Douleurs lors de l'accouchement par voie basse instrumentale (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Accouchement par voie basse instrumentale, douleur ressentie au moment des manœuvres</b>				0,0118		
0 (pas de douleur)						
1 à 3	24	42,9	29,7 – 56,8		59,7	57,1 – 62,4
4 à 6						
7 à 10 (insupportable)	32	57,1	43,2 – 70,3		40,3	37,6 – 42,9
	(56)				(1 356)	
<b>Accouchement par voie basse instrumentale avec analgésie, douleur ressentie au moment des manœuvres</b>				0,4172		
0 (pas de douleur)						
1 à 3	20	55,6	38,1 – 72,1		62,2	59,5 – 64,9
4 à 6						
7 à 10 (insupportable)	16	44,4	27,9-61,9		37,8	35,1 – 40,5
	(36)				(1 286)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

En cas d'épisiotomie ou une déchirure, les femmes à Mayotte sont beaucoup plus nombreuses à déclarer ressentir une douleur forte voire insupportable lors de la suture. Sont concernées, 38,1 % d'entre elles contre 22,8 % des femmes dans l'Hexagone (Tableau 60).

**Tableau 60. Douleurs à l'accouchement si épisiotomie (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Si épisiotomie ou déchirure, douleur ressentie au moment de la suture</b>				< 0,0001*		
0 (pas ou de douleur)	76	29,6	24,1 – 35,6		53,1	51,7 – 54,4
1 à 3	83	32,3	26,6 – 38,4		24,1	23,0 – 25,3
4 à 6	53	20,6	15,9 – 26,1		13,9	13,0 – 14,8
7 à 10 (insupportable)	45	17,5	13,1 – 22,7		8,9	8,2 – 9,7
	(257)				(5 389)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.



Pour les accouchements par césarienne, bien que les effectifs soient trop faibles pour être analysés, la tendance va plutôt dans le sens opposé. En effet, à Mayotte peu de femmes ont déclaré avoir ressenti une douleur forte ou insupportable par rapport à l'Hexagone (Tableau 61).

**Tableau 61. Douleurs lors de l'accouchement par césarienne (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Accouchement par césarienne, douleur ressentie au début de la césarienne</b> 4 à 6 / 7 à 10 (insupportable)	< 10 (116)				19,0 (2 230)	17,4 – 20,7
<b>Accouchement par césarienne, douleur ressentie juste après la sortie du bébé</b> 4 à 6 / 7 à 10 (insupportable)	< 10 (116)				16,3 (2 217)	14,8 – 17,9

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

### 3.4.7 Complications de l'accouchement et prise en charge de la mère

D'après les informations relevées dans les dossiers médicaux, en 2021, la prévalence des déchirures périnéales est plus basse à Mayotte que dans l'Hexagone (Tableau 61). En effet, près d'un tiers des parturientes à Mayotte (33,0 %) accouchant par voie basse ont eu une déchirure périnéale contre plus de la moitié des mères dans l'Hexagone (59,9 %). Il n'y a pas d'évolution significative depuis 2016. La prévalence des déchirures périnéales est plus importante chez les primipares (68,1 % contre 23,2 % chez les multipares). En comparaison avec l'Hexagone, le taux de déchirure est similaire parmi les primipares (autour de 70 %), mais il reste moindre chez les multipares mahoraises par rapport à celles de l'Hexagonale (23,2 % contre 51,3 % dans l'Hexagone).

Plus de 90 % des femmes ont reçu des injections préventives d'oxytocine après la naissance de leur enfant, en vue de diminuer le risque d'hémorragie du post-partum (pertes de 500 ml ou plus), qui survient malgré tout dans 10,8 % des cas. Ces taux sont similaires à ceux de l'Hexagone.

La prévalence des hémorragies sévères du *post-partum* est également similaire entre Mayotte et l'Hexagone (de l'ordre de 3 %), sachant que ce n'était pas le cas en 2016 puisque ces hémorragies étaient beaucoup moins fréquentes à Mayotte (0,5 %) que dans l'Hexagone (1,8 %) [2]. La fréquence de ces hémorragies a ainsi augmenté de manière significative depuis 2016 (Tableau 62).



**Tableau 62. Complications maternelles de l'accouchement (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Déchirure périnéale si voie basse <sup>(1)</sup></b>							
Oui, 1 <sup>er</sup> degré au 4 <sup>e</sup> degré							
Ensemble des femmes	29,3	278	33,0	29,8 – 36,3	< 0,0001*	59,9	58,9 – 60,9
Primipares		124 (182)	68,1	61,4 – 74,9	0,161	72,9	71,5 – 74,3
Multipares		153 (659)	23,2	20,0 – 26,4	<0,0001*	51,3	50,0 – 52,6
	(753)	(843)				(9 477)	
<b>Lésions du périnée (épisiotomie ou déchirure) si voie basse</b>							
Oui	31,0	290	32,4	29,3 – 35,5			
	(751)	(896)					
<b>Antibiothérapie pendant le travail<sup>(2)</sup></b>					0,0001*		
Oui	-	336	34,6	31,6 – 37,7		28,9	28,1 – 29,7
Non	-	634	65,4	62,3 – 68,4		71,1	70,3 – 71,9
		(970)				(11 957)	
<b>Administration prophylactique d'oxytocine</b>					< 0,0001*		
Oui, Bolus ou intraveineuse lente	-	381	39,2	36,1 – 42,4		60,5	59,6 – 61,3
Oui, perfusion d'entretien	-	78	8,0	6,4 – 9,9		4,7	4,3 – 5,1
Oui, les deux	-	444	45,7	42,5 – 48,9		26,6	25,9 – 27,5
Non	-	69	7,1	5,6 – 8,9		8,2	7,7 – 8,7
		(972)				(11 873)	
<b>Pertes sanguines à l'accouchement en ml</b>					0,7977		
< 500 ml	-	744	89,2	86,9 – 91,2		88,5	87,8 – 89,1
500-999	-	66	7,9	6,2 – 10,0		8,6	8,0 – 9,1
≥1 000	-	24	2,9	1,9 – 4,3		3,0	2,7 – 3,3
		(834)				(10 176)	
<b>Hémorragie sévère du post-partum <sup>(3,4)</sup></b>					0,5703		
Oui	0,5	32	3,3	2,3 – 4,6		3,0	2,7 – 3,3
	(890)	(970)				(11 930)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Test : Taux de déchirure périnéale, Mayotte, 2021 contre 2016 : 33,0 % contre 29,3 % =>  $p=0,1319>0,01$  ;
- (2) Non disponible pour Mayotte 2016
- (3) Test : Taux d'hémorragies du post-partum, Mayotte, 2021 contre 2016 : 3,3 % contre 0,5 % =>  $p<0,0001^*$  ;
- (4) Pertes sanguines  $\geq 1\ 000$  ml, embolisation, chirurgie ou transfusion.



## En résumé...

### Déroulement du travail et de l'accouchement

#### Des accouchements peu médicalisés

Les césariennes, les épisiotomies et les déchirures périnéales sont moins fréquentes chez les parturientes à Mayotte que dans l'Hexagone. L'une des raisons pourrait être la forte multiparité qui y est plus élevée. Une autre raison pourrait être le faible niveau de l'offre de soin notamment pour les césariennes qui ne peuvent être réalisées que par les gynéco-obstétriciens. Ainsi les taux de césariennes et de déchirures périnéales sont plus faibles chez les multipares mahoraises par rapport à l'Hexagone, alors que chez les primipares les taux se rapprochent des chiffres de l'Hexagone. Ainsi, on a :

- Taux de césarienne : 13,6 % à Mayotte (contre 21,4 % dans l'Hexagone), dont 16,1 % chez les primipares (et 23,2 % dans l'Hexagone) et 13,0 % chez les multipares (contre 19,1 % dans l'Hexagone) ;
- Taux de déchirures périnéales : 33,0 % à Mayotte (contre 59,9 % dans l'Hexagone), dont 68,1 % chez les primipares (et 72,1 % dans l'Hexagone) et 23,2 % chez les multipares (contre 51,3 % dans l'Hexagone).

Pour les épisiotomies, le faible interventionnisme médical peut aussi être expliqué par le fait que la très grande majorité des accouchements (76,1 %) est réalisée par des sages-femmes. Cet indicateur n'a pas pu être décliné selon la parité qui pourrait être également une explication.

#### Analgesie péridurale largement moins demandée et pratiquée que dans l'Hexagone

La prise en charge médicale de la douleur est bien moins répandue que dans l'Hexagone. Par exemple, la très grande majorité des parturientes (74,6 %) n'a bénéficié d'aucune analgésie pendant le travail contre 14,9 % dans l'Hexagone. Deux faits contribuent à ce constat : la faible accessibilité de ces pratiques (anesthésistes présents uniquement sur le site de Mamoudzou et en nombre insuffisant) et une demande plus faible des parturientes. Seulement 12,1 % des parturientes souhaitaient absolument une analgésie péridurale avant leur accouchement, sachant que 34,0 % d'entre elles ne l'ont pas reçue. Ce qui n'empêche pas les femmes d'être largement satisfaites quant aux méthodes utilisées pour soulager la douleur (81,3 % contre 90,3 % dans l'Hexagone).

#### Les accouchements à Mayotte sont plus douloureux

Les accouchements par voie basse spontanée sont plus douloureux à Mayotte. La part des mères à Mayotte déclarant avoir ressenti une douleur insupportable lors de la sortie de la tête du bébé est bien plus élevée que dans l'Hexagone, que ce soit avec ou sans analgésie. La même tendance est observée pour les accouchements par voie basse instrumentale (bien que non significative), et pour les accouchements avec épisiotomie.



## 3.5 Les nouveau-nés et leur prise en charge

### 3.5.1 État de santé de l'enfant à la naissance

Au cours de l'enquête, il est né 18 enfants sans vie, davantage des enfants mort-nés que d'IMG.

Avec un score d'Apgar à cinq minutes égal à 10, à Mayotte tout comme dans l'Hexagone, 9 enfants sur 10 naissent en très bonne santé.

En 2016, le pH au cordon n'avait été renseigné dans les dossiers médicaux que d'un nombre limité de nouveau-nés à Mayotte (134 sur 927, soit à peu près 14 %), et il avait été émis l'hypothèse qu'il soit réservé aux nouveau-nés en mauvaise santé (en plus du fait que les appareils de gazométrie permettant de réaliser le pH n'étaient pas déployés dans toutes les maternités de l'île), sachant qu'il est recommandé de le faire de manière systématique. En 2021, la mesure de ce critère a été faite pour environ 65 % des nouveau-nés, on peut donc supposer ici que les recommandations sont mieux respectées. De plus, celui-ci est strictement inférieur à 7 (soit un risque de présenter une asphyxie fœtale [26]) pour à peine quelques-uns de ces nouveau-nés (Tableau 63).

**Tableau 63. Santé des nouveau-nés à la naissance**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>État du nouveau-né à la naissance<sup>(1)</sup></b>					0,0035		
Vivant	99,0	991	98,2	97,2 – 98,9		99,1	99,0 – 99,3
Mort-né	0,9	14	1,4	0,8 – 2,3		0,5	0,4 – 0,6
IMG	0,1	4	0,4	0,1 – 1,0		0,4	0,3 – 0,5
	(1 025)	(1 009)				(12 939)	
<b>Apgar à 5 minutes<sup>(2,3)</sup></b>					0,2365		
< 7	1,9 [≤6]	21	2,3	1,4 – 3,5		1,6	1,4 – 1,8
7-9	5,7 [7-8]	69	7,5	5,9 – 9,4		7,8	7,3 – 8,3
10	92,3 [9-10]	826	90,2	88,1 – 92,0		90,7	90,1 – 91,2
	(959)	(916)				(12 026)	
<b>pH artériel au cordon<sup>(2)</sup></b>							
<7	4,5	<10				0,7	0,5 – 0,9
	(134)	(652)				(10 901)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Toutes les naissances ;
- (2) Naissances vivantes ;
- (3) Classes différentes pour 2016.

### 3.5.2 Sexe, taille, poids à la naissance et âge gestationnel

La taille moyenne des nouveau-nés est de 49 cm en 2021, elle reste stable par rapport à 2010 (49,3 cm) et 2016 [2]. La distribution de la taille à la naissance est similaire entre Mayotte et l'Hexagone.

Parmi les naissances vivantes à Mayotte, 9,9 % sont des naissances prématurées (*i.e.* âge gestationnel inférieur à 37 SA) et 10,8 % des petits poids de naissances (< 2 500 g), des chiffres qui sont beaucoup plus élevés que dans l'Hexagone où l'on observe 7,0 % de prématurées et 7,1 % de petits poids. Par rapport à 2016, les prévalences de ces deux indicateurs sont en baisse, mais ces baisses ne sont cependant pas significatives (Tableau 64).



**Tableau 64. Sexe, taille, prématurité et petits poids de naissance (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Sexe</b>					0,3146		
Masculin	53,0	483	50,2	47,0 – 53,4		51,9	51 – 52,8
Féminin	47,0	479	49,8	46,6 – 53,0		48,1	47,2 – 49
	(920)	(962)				(11 838)	
<b>Taille</b>					0,0082		
≤ 47,9 cm	19,5	203	21,2	18,7 – 23,9		19,6	18,8 – 20,3
48–49,9	32,6	326	34,1	31,1 – 37,2		30,9	30,1 – 31,8
50–51,9	36,3	319	33,3	30,4 – 36,4		34,7	33,8 – 35,6
≥ 52	11,5	109	11,4	9,5 – 13,6		14,9	14,2 – 15,5
	(867)	(957)				(11 099)	
Moyenne ± écart-type	49,2		49 ± 2,5			49,4 ± 2,4	
<b>Périmètre crânien<sup>(6)</sup></b>					<0,0001*		
≤ 32 cm	-	237	24,7	22,0 – 27,6		10,8	10,2 – 11,4
33	-	265	27,6	24,8 – 30,6		17,4	16,7 – 18,1
34	-	232	24,2	21,5 – 27,0		27,0	26,2 – 27,8
35	-	156	16,3	14,0 – 18,8		24,9	24,1 – 25,7
≥ 36	-	69	7,2	5,6 – 9,0		19,9	19,2 – 20,7
		(959)				(11 474)	
Moyenne ± écart-type			33,4 ± 1,7			34,4 ± 1,6	
<b>Prématurité<sup>(1,3)</sup></b>					0,0009*		
AG < 37 SA	11,8	97	9,9	8,1 – 11,9		7,0	6,6 – 7,5
	(998)	(981)				(12 235)	
<b>Petits poids de naissance<sup>(2,3)</sup></b>					<0,0001*		
<2 500 g	13,4	105	10,8	8,9 – 10,9		7,1	6,6 – 7,5
	(1 010)	(975)				(12 082)	
<b>Petit poids pour l'âge gestationnel<sup>(4,5,6)</sup></b>					< 0,0001*		
< 10 <sup>e</sup> percentile	-	174	18,3	15,9 – 20,9		11,0	10,4 – 11,6
		(952)				(11 824)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Test : Taux de naissances prématurées, Mayotte, 2021 contre 2016 : 9,9 % contre 11,8 % = > p=0,1897 ;
- (2) Test : Taux de petits poids de naissance, Mayotte, 2021 contre 2016 : 10,8 % contre 13,4 % = > p=0,0881 ;
- (3) Données issues du dossier médical pour 2021 et complétées par le questionnaire minimal pour 2016 ;
- (4) Courbes EPOPé, ajustées sur l'âge gestationnel et le sexe ;
- (5) Données de l'Hexagone légèrement différentes du rapport national, car inclut les triplés.
- (6) Non disponible pour Mayotte 2016

### 3.5.3 Prise en charge des nouveau-nés

#### Prise en charge à la naissance

Conformément aux recommandations de 2017 [27], les prélèvements bactériologiques réalisés à la naissance pour les nouveau-nés ont significativement diminué. En effet, en 2021 moins de 10 nouveau-nés ont eu un prélèvement bactériologique contre un bébé sur deux en 2016. Même tendance en France hexagonale, où 10,3 % des nouveau-nés étaient concernés en 2021 contre 42,8 % en 2016. Cette diminution n'est a priori pas attribuable à la différence d'intitulé des questions entre les deux enquêtes. En 2016, l'examen bactériologique comprenait du liquide gastrique, et deux prélèvements périphériques (oreilles et anus), alors qu'en 2021 il comprend uniquement le liquide gastrique). Les prélèvements périphériques (anus / oreille) en pratique courante sont réalisés en même temps que le liquide gastrique [28]. De plus, depuis 2017 les prélèvements bactériologiques (gastriques, oreilles, anus) ne sont plus recommandés en cas de suspicion d'infection néonatale, d'où la baisse importante du nombre de prélèvements à Mayotte comme en France hexagonale [27].



En raison de leur état de santé à la naissance, 12,6 % des nouveau-nés ont reçu une ventilation au masque (dont la moitié au Néopuff), un taux proche de celui observé en 2016. La ventilation au masque est moins fréquente dans l'Hexagone puisque ne concerne que 7,8 % des nouveau-nés, quasi exclusivement au Néopuff. La proportion de PPC (ventilation en pression positive continue) nasale (3,2 %) et d'intubations (moins de 1 %) réalisée à Mayotte reste relativement proche de celle observée dans l'Hexagone (Tableau 65).

À partir de 2018-2019, dans l'objectif de libérer des lits à la maternité centrale de Mamoudzou, il a été mis en place un dispositif de transfert précoce dans les 24 heures, vers les maternités périphériques du couple mère/enfant en cas d'accouchement physiologique. Ce dispositif a concerné 36,0 % des mères en 2021. Autrement, les vrais transferts, à savoir les transferts en « réanimation / soins intensifs / néonatalogie » restent stables par rapport à 2016 et comparables à l'Hexagone (respectivement 6,6 % contre 5,1 % en 2016 contre 7,6 % dans l'Hexagone) (Tableau 65).

**Tableau 65. Prise en charge des nouveau-nés à la naissance (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Prélèvements bactériologiques (2)</b>							
Oui	57,0 (912)	< 10 (972)				10,3 (11 896)	9,7 – 10,8
<b>Gestes techniques</b>							
Ventilation au masque (1)	10,5 (921)	123 (980)	12,6	10,5 – 14,8	<0,0001*	7,8 (11 878)	7,3 – 8,3
Au ballon	1,1	22	2,2	1,4 – 3,4		0,6	0,5 – 0,8
Au Néopuff	6,8	61	6,2	4,8 – 7,9		6,5	6,1 – 7,0
Moyen non précisé	2,6	40	4,1	2,9 – 5,5		0,6	0,5 – 0,8
PPC nasale	0,6 (901)	31 (970)	3,2	2,2 – 4,5	1	3,2 (11 217)	2,9 – 3,5
Intubation	1,3 (904)	< 10 (971)			–	0,8 (11 224)	0,6 – 0,9
<b>Transfert de l'enfant ou hospitalisation particulière</b>					< 0,0001*		
Non	94,6	563	57,3	54,2 – 60,5		89,1	88,5 – 89,6
Réanimation / Soins intensifs	0,9	12	1,2	0,6 – 2,1		3,0	2,7 – 3,3
Néonatalogie	4,2	53	5,4	4,1 – 7,0		4,6	4,2 – 4,9
Unité de néonatalogie dans la maternité (3) / Autre service de médecine/chirurgie	0,3	354	36,0	33,0 – 39,1		3,4	3,1 – 3,7
	(1 006)	(982)				(11 956)	
→ Si oui, lieu du transfert (4)							
Dans le même établissement	80,8	53	13,0	9,9 – 16,6		-	
Dans un autre établissement	19,2	355	87,0	83,4 – 90,1		-	
	(47)	(408)					
→ Si oui, motif de transfert (5,6)							
Prématuré ou hypotrophie	-	41 (70)	58,6	46,2 – 70,2	0,2187	51,0 (1 309)	48,3 – 53,8
Détresse respiratoire	-	24 (70)	34,3	23,3 – 46,6	0,2229	27,6 (1 309)	25,2 – 30,1
Autre	-	18 (70)	25,7	16,0 – 37,6	0,0986	35,4 (1 309)	20,0 – 24,6

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Test : Taux de ventilation au masque, Mayotte, 2021 contre 2016 : 12,6 % contre 10,5 % =>  $p=0.1924$  ;
- (2) Formulation des questions différentes (en 2016, prélèvement bactériologique comprenant prélèvements gastrique, oreille et anus ; en 2021, prélèvement gastrique) ;
- (3) Y compris unité Kangourou ou pour Mayotte vers une maternité de périphérie ;
- (4) Pour les transferts en service de réanimation, de soins intensifs, de néonatalogie et autre ;
- (5) Deux motifs possibles pour un même transfert, dénominateur calculé si au moins une réponse cochée ;
- (6) Non disponible pour Mayotte 2016

## Prise en charge des nouveau-nés à terme

D'après le score d'Apgar à cinq minutes de vie, 1,5 % des nouveau-nés nés à terme ont montré des signes de détresse (score inférieur à 7) à Mayotte et 1,7 % dans l'Hexagone (différence non significative). La fréquence des acidoses fœtales sévères, définies par un pH au cordon inférieur



à 7 à l'accouchement, a concerné moins de 10 nouveau-nés à Mayotte (0,7 % dans l'Hexagone). De plus, en 2021, à Mayotte davantage de nouveau-nés ont nécessité des gestes de réanimations (10,0 % contre 6,2 % dans l'Hexagone) (Tableau 66). La différence importante au niveau du transfert des nouveau-nés (41,4 % contre 6,1 % dans l'Hexagone) est principalement due au dispositif de transfert précoce pour libérer de la place à la maternité centrale de Mamoudzou (cf. paragraphe sur le dispositif de transfert précoce, Tableau 65). Les « vrais » transferts (en réanimation, soins intensifs ou néonatalogie) quant à eux sont comparables entre les deux territoires (2,7 % contre 3,8 % dans l'Hexagone).

**Tableau 66. Prise en charge des nouveau-nés à terme (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>PH artériel au cordon</b>						
< 7	< 10 (583)				0,7 (10 133)	0,5 – 0,9
<b>Apgar à 5 minutes</b>				0,6687		
< 7	12	1,5	0,8 – 2,5		1,2	1,0 – 1,4
7-9	51	6,2	4,6 – 8,0		6,8	6,3 – 7,3
10	763 (826)	92,4	90,4 – 94,1		92,0 (11 203)	91,5 – 92,5
<b>Gestes de réanimation réalisés <sup>(1)</sup></b>	882 (794)	10,0	8,1 – 12,2	<0,0001*	6,2 (11 066)	5,8 – 6,7
<b>Transfert du nouveau-né<sup>2)</sup></b>				< 0,0001*		
Non	518	58,6	55,3 – 61,9		93,9	93,4 – 94,3
Réanimation / Soins intensifs / Néonatalogie	24	2,7	1,8 – 4,0		3,8	3,4 – 4,1
Unité de néonatalogie dans la maternité <sup>(2)</sup> / Autre service de médecine/chirurgie	342 (884)	38,7	35,5 – 42,		2,4 (11 109)	2,1 – 2,7

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Ventilation au masque, ventilation en pression positive continue (CPAP) ou intubation ;
- (2) Y compris unité Kangourou ou pour Mayotte vers une maternité de périphérie.

### 3.5.4 Séjour en maternité

#### Accompagnement à l'accouchement

Les mères à Mayotte sont très peu accompagnées lors de leur accouchement. En effet, près d'une femme sur deux (43,7 %) à Mayotte est seule lors de son accouchement contre seulement une sur dix dans l'Hexagone. Et elles sont moins nombreuses à bénéficier du contact peau à peau avec leur bébé (si celui-ci n'a pas été transféré) avec 57,6 % contre 88,9 % dans l'Hexagone, cette pratique est peu développée à Mayotte à cause de la suractivité de travail de la maternité centrale de Mamoudzou (Tableau 67).

**Tableau 67. Accompagnement à l'accouchement et contact peau à peau (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Présence personne de l'entourage au moment de la naissance <sup>(1)</sup></b>				< 0,0001*		
Oui, votre partenaire	233	25,6	22,8 – 28,5		84,9	84,2 – 85,6
Oui, une autre personne	280	30,7	27,8 – 33,9		3,8	3,4 – 4,2
Non	398 (911)	43,7	40,4 – 47,0		11,3 (10 905)	10,8 – 11,9



	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Présence personne de l'entourage au moment de la naissance, si accouchement par voie basse<sup>(1)</sup></b>				< 0,0001*		
Oui, votre partenaire	228	28,7	25,6 – 32,0		89,5	88,8 – 90,1
Oui, une autre personne	276	34,7	31,4 – 38,1		3,9	3,5 – 4,3
Non	291	36,6	33,3 – 40,1		6,6	6,1 – 7,2
	(795)				(8 667)	
<b>Contact peau à peau après l'accouchement<sup>(2)</sup></b>				< 0,0001*		
Oui	300	57,6	53,2 – 61,9		88,9	88,3 – 89,6
Non	221	42,4	38,1 – 46,8		11,1	10,5 – 11,7
	(521)				(9 675)	
<b>Contact peau à peau si voie basse<sup>(2)</sup></b>				< 0,0001*		
Oui	293	68,0	63,4 – 72,4		96,5	96,1 – 96,9
Non	138	32,0	27,6 – 36,7		3,5	3,1 – 3,9
	(431)				(7 833)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Rapporté au nombre de femmes ;
- (2) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatalogie.

## Alimentation du nouveau-né

Le mode d'alimentation des enfants choisit par les mères avant la naissance est différent entre Mayotte et l'Hexagone. Pour les mères à Mayotte, le choix de l'allaitement exclusif au lait maternel avant la naissance n'était pas aussi prononcé que dans l'Hexagone puisque seulement 48,8 % d'entre elles prévoyaient de nourrir leurs enfants de cette manière (contre 64,8 % dans l'Hexagone). Par ailleurs, à Mayotte, les femmes faisaient rarement le choix d'une alimentation au lait premier âge avant la naissance (1,7 % contre 26,7 % dans l'Hexagone) (Tableau 68). La grande majorité des femmes qui avaient choisi l'allaitement maternel envisageait d'allaiter le plus longtemps possible (70,1 % contre 28,8 % dans l'Hexagone).

**Tableau 68. Choix de l'alimentation avant la naissance (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Choix d'alimentation du nouveau-né avant la naissance</b>				< 0,0001*		
Oui, avant la grossesse	269	29,9	26,9 – 33,0		62,8	61,9 – 63,7
Oui, pendant la grossesse	531	59,1	55,8 – 62,3		31,7	30,8 – 32,6
Non	99	11,0	9,0 – 13,2		5,5	5,1 – 6,0
	(899)				(10 636)	
<b>Choix du mode d'alimentation avant la naissance</b>				< 0,0001*		
Allaitement maternel exclusif	396	48,8	45,3 – 52,3		64,8	63,8 – 65,7
Allaitement maternel mixte	401	49,4	46,0 – 52,9		8,5	8 – 9,1
Lait premier âge du commerce	14	1,7	1,0 – 2,9		26,7	25,9 – 27,6
	(811)				(10 306)	
<b>Si allaitement, durée prévue</b>				< 0,0001*		
< 4 mois	22	2,8	1,7 – 4,2		21,9	20,9 – 22,8
De 4 et 6 mois	22	2,8	1,7 – 4,2		22,7	21,7 – 23,7
Plus de 6 mois	55	6,9	5,3 – 8,9		13,5	12,7 – 14,3
Le plus longtemps possible	558	70,1	66,8 – 73,3		28,8	27,7 – 29,8
Pas de durée prévue	139	17,5	14,9 – 20,3		13,2	12,5 – 14,1
	(796)				(7 105)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.



D'après les entretiens en face-à-face, 57,9 % des bébés nés à Mayotte se sont vus proposer le sein dans les deux premières heures de leur vie (contre 69,4 % dans l'Hexagone). Au moment de l'enquête à Mayotte, c'est-à-dire, un à deux jour(s) après l'accouchement, la grande majorité des enfants (80,5 %) sont allaités exclusivement et 3,1 % sont nourris au lait premier âge seul. En France hexagonale, on observe un comportement assez différent puisqu'un peu plus de la moitié des enfants (56,3 %) sont allaités exclusivement, et que 30,3 % sont nourris au lait premier âge seul. Par rapport à 2016, les comportements des mères vis-à-vis de l'essai de la mise au sein n'a pas changé de façon significative contrairement au mode d'alimentation à la maternité qui diffère en 2021 (Tableau 69).

**Tableau 69. Allaitement maternel et mise au sein (naissances vivantes)**

	Mayotte 2016	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	%	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Essai de mise au sein dans les deux premières heures de vie</b> <sup>(1,3,4)</sup>					< 0,0001*		
Oui	63,6	302	57,9	53,5 – 62,1		69,4	68,5 – 70,3
Non	36,4	220	42,1	37,9 – 46,5		30,6	29,7 – 31,6
	(811)	(522)				(9 697)	
<b>Mode d'alimentation à la maternité</b> <sup>(2,3,4)</sup>					< 0,0001*		
Allaitement maternel exclusif	85,8	420	80,5	76,8 – 83,8		56,3	55,3 – 57,3
Allaitement mixte	10,3	86	16,5	13,4 – 19,9		13,4	12,8 – 14,1
Lait premier âge du commerce	3,9	16	3,1	1,8 – 4,9		30,3	29,4 – 31,2
	(815)	(522)				(9 761)	

Source : ENP-DROM 2016, 2021 ; ENP 2021.

Notes :

- (1) Test : répartition essai de mise au sein, Mayotte, 2021 contre 2016 :  $p=0,0399$  ;
- (2) Test : répartition mode d'alimentation, Mayotte, 2021 contre 2016 :  $p=0,0039^*$  ;
- (3) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatalogie en 2021 ;
- (4) Rapporté au nombre de mères en 2016.

## Le mode de couchage

En 2021, seulement 14,4 % des femmes au moment de l'entretien pour l'enquête à Mayotte déclaraient avoir reçu de conseils sur le couchage du nouveau-né contre 52,7 % des femmes dans l'Hexagone (Tableau 70).

**Tableau 70. Mode de couchage (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Conseils donnés sur le couchage du nouveau-né</b> <sup>(1)</sup>				<0,0001		
Oui, pendant la grossesse	24	4,6	3,0 – 6,8		16,4	15,7 – 17,2
Oui, après l'accouchement	29	5,6	3,8 – 7,9		18,2	17,5 – 19,0
Oui, les deux	22	4,2	2,7 – 6,3		18,0	17,3 – 18,8
Non / Ne sait pas	445	85,6	82,3 – 88,5		47,3	46,3 – 48,3
	(520)				(9 726)	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.

Note : (1) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatalogie.



## Séjour de la mère en maternité

La durée du séjour en maternité après l'accouchement est de manière générale plus faible à Mayotte, hormis pour les accouchements par césariennes. En effet, globalement 70,4 % des mères à Mayotte restent 3 jours ou moins à la maternité contre 55,9 % dans l'Hexagone (Tableau 71).

**Tableau 71. Durée de séjour de la mère en maternité (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021	
	n	%	IC à 95 %	p	%	IC à 95 %
<b>Durée du séjour dans la maternité d'accouchement après la naissance</b>				< 0,0001*		
≤ 2 jours	208	21,7	19,1 – 24,5		12,4	11,8 – 13,0
3	467	48,7	45,5 – 52,0		43,5	42,6 – 44,4
4	146	15,2	13,0 – 17,7		28,0	27,2 – 28,8
5	66	6,9	5,4 – 8,7		9,3	8,8 – 9,9
≥ 6	71	7,4	5,8 – 9,3		6,8	6,4 – 7,3
	(958)				(11 980)	
Moyenne ± écart-type		3,4 ± 1,8			3,7 ± 1,6	
<b>Durée si accouchement par voie basse et enfant non transféré</b>				< 0,0001*		
≤ 2 jours	111	24,3	20,4 – 28,5		15,2	14,5 – 16,0
≥ 3	346	75,7	71,5 – 79,6		84,8	84,0 – 85,5
	(457)				(8 589)	
Moyenne ± écart-type		3,3 ± 2,1			3,3 ± 1	
<b>Durée si accouchement par césarienne et enfant non transféré</b>				0,0001*		
≤ 4 jours	49	54,4	43,6 – 65,0		68,3	66,2 – 70,4
5	23	25,6	16,9 – 35,8		24,0	22,1 – 25,9
≥ 6	18	20,0	12,3 – 29,8		7,7	6,6 – 9,0
	(90)				(1 961)	
Moyenne ± écart-type		4,8 ± 1,6			4,3 ± 1,1	

Source : ENP-DROM 2021 ; ENP 2021.



## En résumé...

### Les nouveau-nés et leur prise en charge

#### **Des taux de prématurité et de petits poids en très légère baisse depuis 2016, mais restent toujours supérieurs à ceux de l'Hexagone**

Le taux de prématuré qui est de 9,9 % des naissances vivantes et le taux de petit poids à la naissance qui est 10,8 % ont diminué mais non significativement par rapport à 2016, et ils restent toujours bien plus élevés que dans l'Hexagone (avec respectivement 7,0 % et 7,1 %).

#### **D'autres indicateurs d'état de santé de l'enfant mitigés**

Le score Apgar à cinq minutes est inférieur à 7, soit un signe de détresse, pour 2,3 % des nouveau-nés mahorais contre 1,6 % pour l'Hexagone (taux similaires). A contrario, le pH au cordon est inférieur à 7, soit signe d'asphyxie fœtale, pour moins de 10 nouveau-nés (et 0,7 % dans l'Hexagone).

#### **Les méthodes de ventilation sont plus souvent utilisées que dans l'Hexagone**

À Mayotte, 12,6 % des nouveau-nés vivants reçoivent une ventilation au masque (contre 7,8 % dans l'Hexagone) et seulement un cas sur deux se fait au Neopuff à Mayotte (contre huit cas sur dix dans l'Hexagone). Le taux de PPC nasale (3,2 %) et le taux d'intubation (moins de 1 %) sont identiques entre les deux territoires.

#### **Le taux de transfert (réanimation/soins intensifs/néonatalogie) est stable par rapport à 2016 et comparable à l'Hexagone**

Une part très importante des nouveau-nés (36,0 %) sont transférés de la maternité centrale de Mamoudzou aux maternités périphériques dans le cadre d'un dispositif mis en place depuis 2018-2019 afin de libérer des lits dans cette dernière. Et au-delà de ces transferts spécifiques, les autres transferts (en réanimation, soins intensifs ou néonatalogie) restent stables par rapport à 2016 et comparables à l'Hexagone (6,6 % contre 5,1 % en 2016 et 7,6 % dans l'Hexagone).

#### **Un début d'alimentation à base du lait maternel**

Avant l'accouchement, une femme sur deux à Mayotte avait choisi de nourrir son enfant uniquement au lait maternel, et après la naissance, ce type d'alimentation concernait plus de huit nourrissons sur dix. En France hexagonale, seulement un nouveau-né sur deux avait été nourri exclusivement au lait maternel. De plus, l'alimentation au lait 1<sup>er</sup> âge seul est très marginale à Mayotte, elle ne concerne que 3,1 % des nouveau-nés de Mayotte contre plus de 30 % dans l'Hexagone.



## 4. FOCUS AU REGARD DE L’AFFILIATION À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Compte tenu de la forte proportion de femmes sans couverture sociale à Mayotte, plusieurs indicateurs ont été comparés entre les femmes non affiliées et les femmes affiliées à la sécurité sociale. Des évolutions ont pu être mises en évidence par rapport à l’enquête de 2016 où la même analyse a été réalisée [2].

### 4.1 Les mères dépourvues de couverture sociale sont toujours plus en situation précaire

Les mères non affiliées à la sécurité sociale représentent 59,6 % de l’échantillon des mères à Mayotte. Elles sont alors plus jeunes (27 ans en moyenne) que celles qui y sont affiliées (30 ans en moyenne). La majorité des mères dépourvues de couverture sociale sont de nationalité étrangère (97,0 % contre 40,2 % chez les affiliées).

De plus, il a été observé que le fait de ne disposer d’aucune couverture sociale est associé à un niveau socio-économique plus faible. Les mères non affiliées ont un niveau d’études plus faible, puisque près de la moitié d’entre elles (43,5 %) n’ont jamais été scolarisées ou ont arrêté leur scolarité en primaire contre moins de deux mères affiliées sur dix (18,2 %). Et les mères avec des revenus très bas (inférieur à 500 €) sont trois fois plus fréquentes chez les non-affiliées (65,5 %) que chez les affiliées (18,8 %).

Aucune différence n’a été observée quant à la parité des mères.

Par rapport à 2016, il y a moins de mères non affiliées en 2021 avec un niveau d’étude très bas (n’ayant jamais été scolarisées ou ayant arrêté leur scolarité en primaire, avec -12,5 points), et moins de mères avec des revenus très faibles (< 500 €, avec -12,7 points). Il s’agit plus généralement d’un effet global qui touche toutes les parturientes à Mayotte, non affiliées tout comme affiliées (-8,9 points pour les niveaux d’études très bas et -11,6 points pour les revenus < 500 €) (Tableau 72).

**Tableau 72. Caractéristiques sociodémographiques des mères en fonction de leur affiliation à la sécurité sociale (naissances vivantes)**

	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>Nationalité</b>							< 0,0001*
Française	16	3,0	1,7 – 4,8	220	59,8	54,6 – 64,8	
Étrangère	519 (535)	97,0	95,2 – 98,3	148 (368)	40,2	35,2 – 45,4	
<b>Âge à la maternité</b>							< 0,0001*
< 20 ans	70	13,1	10,4 – 16,3	32	8,7	6,0 – 12,1	
20-24 ans	157	29,4	25,6 – 33,5	63	17,1	13,4 – 21,4	
25-29 ans	144	27,0	23,2 – 30,9	82	22,3	18,1 – 26,9	
30-34 ans	91	17,0	13,9 – 20,5	89	24,2	19,9 – 28,9	
35-39 ans	54	10,1	7,7 – 13	75	20,4	16,4 – 2,9	
≥ 40 ans	18 (534)	3,4	2,0 – 5,3	27 (368)	7,3	4,9 – 10,5	
Moyenne ± écart-type		27,0 ± 6,4			29,9 ± 6,9		



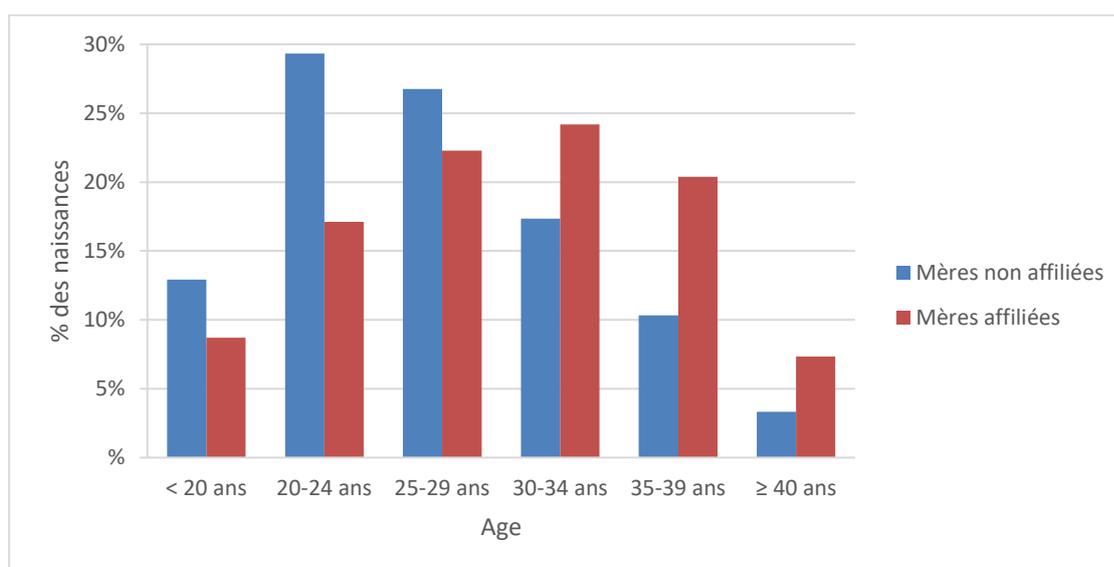
	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>Niveau d'études</b>							< 0,0001*
Non scolarisé ou primaire	235	43,9	39,7 – 48,2	67	18,2	14,4 – 22,5	
Collège ou enseignement professionnel court	176	32,9	28,9 – 37,1	90	24,5	20,2 – 29,2	
Lycée	95	17,8	14,6 – 21,3	115	31,3	26,5 – 36,3	
Supérieur au baccalauréat	29	5,4	3,7 – 7,7	96	26,1	21,7 – 30,9	
	(535)			(368)			
<b>Montant mensuel des ressources du ménage<sup>(1,2)</sup></b>							<0,0001*
< 500 €	199	66,1	60,5 – 71,4	51	18,8	14,3 – 23,9	
≥ 500 €	102	33,9	28,6 – 39,5	221	81,3	76,1 – 85,7	
	(301)			(272)			
<b>Parité : Nombre d'accouchements</b>							0,4548
0	123	23,0	19,5 – 26,8	78	21,3	17,2 – 25,9	
1	108	20,2	16,9 – 23,9	75	20,5	16,5 – 25,0	
2	93	17,4	14,3 – 20,9	69	18,9	15,0 – 23,2	
≥ 3	210	39,3	35,2 – 43,6	144	39,3	34,3 – 44,6	
	(534)			(366)			

Source : ENP-DROM 2021.

Notes :

- (1) Pour Mayotte, il s'agit pour la plupart des femmes de revenus provenant d'un « travail informel » ;
- (2) Revenus après prélèvement à la source.

**Figure 5. Âge des mères affiliées et non affiliées**



Source : Voir Tableau 72 – Note : Voir Tableau 72.

## 4.2 Les mères dépourvues de couverture sociale ont moins recours à la contraception et aux IVG

En 2021, 46,4 % (et 39,4 % en 2016) des mères non affiliées ont déclaré ne jamais avoir eu recours à un moyen contraceptif contre 29,9 % (et 23,4 % en 2016) des mères affiliées. La pilule et les implants/patchs/stérilets sont les contraceptifs les plus fréquemment utilisés par les deux populations (Tableau 73).



Contrairement à 2016, il n'y a cette fois-ci pas de différence notable sur le fait d'avoir arrêté la contraception et l'affiliation des mères. Plus particulièrement, en 2016 les femmes non affiliées étaient moins nombreuses (36,2 %) à avoir arrêté la contraception car elles souhaitent avoir un enfant que les mères affiliées (48,1 %), alors qu'en 2021 elles sont autant dans chacune des deux populations (37,5 %) (Tableau 73).

L'existence d'un antécédent d'IVG a été rencontrée chez 12,7 % des non-affiliées, soit plus de deux fois moins que les mères affiliées (27,3 %). Si globalement, on ne note pas de différence entre 2021 et 2016 (respectivement 17,8 % contre 14,2 %, voir Tableau 29. Antécédents d'IVG (*naissances vivantes*)), il est à noter que par rapport à 2016, la part des mères avec des antécédents d'IVG a très légèrement diminué chez les non-affiliées (-1,6 points,  $p=0,5351$ ) et a légèrement augmenté chez les affiliées (+4,9 points,  $p=0,1941$ ). La baisse des antécédents d'IVG chez les mères non affiliées peut en partie être expliquée par le fait qu'elles sont plus jeunes.

En définitive, les mères non affiliées sont plus de 70 % à être heureuses de leur grossesse actuelle, soit beaucoup plus qu'en 2016 (63,5 %).

**Tableau 73. Maîtrise de la fécondité en fonction de la couverture sociale (*naissances vivantes*)**

	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>Usage d'une contraception dans le passé</b>							< 0,0001*
Oui	287	53,6	49,3 – 57,9	258	70,1	65,1 – 74,7	
Non	248 (535)	46,4	42,1 – 50,7	110 (368)	29,9	25,3 – 34,9	
<b>Dernière méthode de contraception utilisée<sup>(1,2)</sup></b>							0,1022
Pilule	140	49,1	43,2 – 55,1	149	58,2	51,9 – 64,3	
Stérilet / Implant / Patch	124	43,5	37,7 – 49,5	90	35,2	29,3 – 41,4	
Autre méthode <sup>(3)</sup>	21 (285)	7,4	4,6 – 11,0	17 (256)	6,6	3,9 – 10,4	
<b>Motif arrêté de la contraception<sup>(1,2)</sup></b>							0,8322
Souhait d'avoir un enfant	107	37,5	31,9 – 43,4	97	37,6	31,7 – 43,8	
La méthode ne convenait pas	82	28,8	23,6 – 34,4	67	26,0	20,7 – 31,8	
Était enceinte	47	16,5	12,4 – 21,3	49	19,0	14,4 – 24,3	
Autre motif <sup>(4)</sup>	49 (285)	17,2	13,0 – 22,1	45 (258)	17,4	13,0 – 26,6	
<b>Antécédent d'IVG<sup>(5)</sup></b>							< 0,0001*
Oui	68	12,7	10 – 15,9	100	27,3	22,8 – 32,2	
Non	466 (534)	87,3	84,1 – 90	266 (266)	72,7	67,8 – 77,2	
<b>Réaction à l'annonce de la grossesse</b>							0,0111
Était heureuse qu'elle arrive maintenant	385	72,1	68,1 – 75,9	236	64,1	59,0 – 69,0	
Aurait souhaité qu'elle arrive plus tôt	13	2,4	1,3 – 4,1	20	5,4	3,4 – 8,3	
Aurait souhaité qu'elle arrive plus tard	53	9,9	7,5 – 12,8	53	14,4	11,0 – 18,4	
Aurait préféré ne pas être enceinte	83 (534)	15,5	12,6 – 18,9	59 (368)	16,0	12,4 – 20,2	

Source : ENP-DROM 2021.

Notes :

- (1) Si plusieurs méthodes/motifs, classement suivant l'ordre présenté ici ;
- (2) Rapporté au nombre de femmes ayant déjà utilisé une méthode de contraception ;
- (3) Autre méthode : préservatif masculin, retrait, abstinence périodique, Depo Provera, etc. ;
- (4) Autre motif : Arrêt de la contraception lors de la dernière grossesse, date de péremption dépassée, mauvaise observance, sans raison particulière ;
- (5) IVG = Interruption volontaire de grossesse.



### 4.3 Les mères dépourvues de couverture sociale ont autant d'antécédents médicaux que les mères affiliées

Au vu des faibles effectifs, il est difficile de se prononcer quant à la prévalence des principaux antécédents médicaux et obstétricaux en fonction de l'affiliation, si ce n'est pour les antécédents de prématurés et de césariennes pour lesquels il n'y a pas de différence significative entre les mères affiliées et non affiliées (Tableau 74).

La part des femmes avec un antécédent de diabète gestationnel au cours d'une grossesse précédente, ne variait pas selon l'affiliation de la mère à la sécurité sociale.

Les antécédents de mort-nés concernaient 5,9 % des chez les femmes non affiliées et moins de 10 femmes affiliées (soit au plus 3,4 %). Peu de femmes avaient la notion d'une HTA au cours d'une grossesse précédente dans leur dossier médical et ce quel que soit le groupe.

Cependant, comme cela a précédemment été écrit, peu d'antécédents médicaux sont rapportés dans les dossiers médicaux des mères quelle que soit la population, induisant une probable sous-estimation des antécédents médicaux

**Tableau 74. Antécédents médicaux antérieurs à la grossesse en fonction de l'affiliation (naissances vivantes)**

	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>HTA avant la grossesse <sup>(1)</sup></b>							-
HTA Chronique	< 10			< 10			
HTA durant une autre grossesse	13 (532)	2,4	1,3 – 4,1	< 10 (367)			
<b>Diabète gestationnel au cours d'une grossesse antérieure <sup>(2)</sup></b>							0,992
Oui	29 (532)	5,5	3,7 – 7,7	20 (367)	5,4	3,4 – 8,3	
<b>Antécédent d'enfant mort-né <sup>(3)</sup></b>							-
Oui	24 (410)	5,9	3,8 – 8,6	< 10 (287)			
<b>Antécédent d'enfant né prématuré <sup>(3)</sup></b>							0,5913
Oui	42 (411)	10,2	7,5 – 13,6	33 (287)	11,5	8,1 – 15,8	
<b>Antécédent de césarienne <sup>(3)</sup></b>							0,0434
Oui	67 (411)	16,3	12,9 – 20,2	64 (286)	22,4	17,7 – 27,7	

Source : ENP-DROM 2021.

Notes :

- (1) HTA : Hypertension artérielle
- (2) Effectifs trop faibles pour présenter les femmes ayant un diabète préexistant insulino-dépendant ou non quel que soit le groupe ;
- (3) chez les multipares.



## 4.4 Les mères dépourvues de couverture sociale ont une moins bonne connaissance des notions médicales et un suivi prénatal plus fréquemment insuffisant

Une forte disparité existe entre le suivi prénatal des mères affiliées et non affiliées. En effet, 46,4 % des mères non affiliées ont eu moins de 3 échographies (contre 15,7 % des mères affiliées). La préparation à la naissance est suivie de manière très marginale dans cette population (<10 femmes concernées) (Tableau 75). De plus, le suivi prénatal des non-affiliées est principalement assuré par les services de la PMI (80,3 %) alors que les sages-femmes libérales sont les acteurs principaux du suivi des mères affiliées (71,6 %). La même situation était déjà observée en 2016.

**Tableau 75. Suivi prénatal en fonction de la couverture sociale (naissances vivantes)**

	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>Nombre d'échographies réalisées</b>							< 0,0001*
Moins de 3	212	46,4	41,7 – 51,1	52	15,7	12 – 20,1	
3	134	29,3	25,2 – 33,7	139	42,0	36,6 – 47,5	
Plus de 3	111	24,3	20,4 – 28,5	140	42,3	36,9 – 47,8	
	(457)			(331)			
Moyenne ± écart-type		2,7 ± 1,5			3,4 ± 1,3		
<b>Séance de préparation à la naissance</b>							-
Oui	< 10			24	6,5	4,2 – 9,6	
	(533)			(367)			
<b>Professionnel principalement consulté durant les 6 premiers mois<sup>(1)</sup></b>							<0,0001*
PMI	421	80,3	76,7 – 83,7	74	20,2	16,2 – 24,7	
Sage-femme libérale	23	4,4	2,8 – 6,5	261	71,6	66,7 – 76,2	
Sage-femme en maternité ou en CPP	68	13,0	10,2 – 16,2	21	5,2	3,2 – 8,0	
Gynéco-obstétricien libéral ou en maternité publique / Médecin en CPP / Médecin généraliste / Plusieurs professionnels	12	2,3	1,2 – 4,0	10	2,7	1,3 – 5,0	
	(524)			(366)			

Source : ENP-DROM 2021.

Note : (1) CPP = Centre périnatal de proximité ; PMI = Protection maternelle et infantile.

Du fait du suivi prénatal moins important, les différents tests diagnostiques et examens de dépistage sont moins réalisés chez les non-affiliées que chez les affiliées. Des écarts significatifs sont observés pour le dépistage du cancer du col (qui concerne seulement 15,3 % des mères non affiliées contre 41,7 % des mères affiliées), pour la mesure de la clarté nucale (9,0 % des non-affiliées contre 38,9 % des affiliées), ainsi que pour le dépistage de la trisomie 21 (17,6 % des non-affiliées contre 51,1 % des affiliées) (Tableau 76).

À noter que pour la mesure de la clarté nucale ainsi que pour le dépistage de la trisomie 21, ces écarts ne peuvent pas être évalués avec précision car les taux de non-réponses (y compris les réponses « ne sait pas ») à ces questions sont particulièrement importants. De manière générale on observe des taux de « ne sait pas » bien plus élevés chez les mères non affiliées ce qui suggère une moins bonne connaissance et maîtrise des termes médicaux des mères non affiliées.



**Tableau 76. Dépistage prénatal et prévention en fonction de la couverture sociale (naissances vivantes)**

	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>Dépistage du diabète gestationnel</b>							0,0001*
Oui	378	70,7	66,6 – 74,5	301	82,0	77,7 – 85,8	
Non / Ne sait pas	157	29,4	25,5 – 33,4	66	18,0	14,2 – 22,3	
	(535)			(367)			
<b>Dépistage du cancer du col au cours des 3 dernières années ou pendant la grossesse</b>							< 0,0001*
Oui	82	15,3	12,4 – 18,7	153	41,7	36,6 – 46,9	
Non	405	75,7	71,8 – 79,3	201	54,8	49,5 – 59,9	
Ne sait pas	48	9,0	6,7 – 11,7	13	3,5	1,9 – 6,0	
	(535)			(367)			
<b>Mesure échographique de la clarté nucale</b>							< 0,0001*
Oui	48	9,0	6,7 – 11,7	143	38,9	33,9 – 44,0	
Non	170	31,8	27,8 – 35,9	90	24,5	20,2 – 29,2	
Ne sait pas	317	59,3	55 – 63,4	135	36,7	31,7 – 41,8	
	(535)			(368)			
<b>Dépistage de la trisomie 21</b>							< 0,0001*
Oui	94	17,6	14,4 – 21,1	188	51,1	45,9 – 56,3	
Non	174	32,5	28,6 – 36,7	100	27,2	22,7 – 32,0	
Ne sait pas	267	49,9	45,6 – 54,2	80	21,7	17,6 – 26,3	
	(535)			(368)			

Source : ENP-DROM 2021.

D'après les informations recueillies dans les dossiers médicaux, le statut des parturientes vis-à-vis de la toxoplasmose est plus souvent inconnu chez les non-affiliées, cependant il ne s'agit pas de différences assez importantes pour être qualifiées de significatives (Tableau 77).

**Tableau 77. Connaissance du statut des mères vis-à-vis des pathologies infectieuses**

	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>Statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose<sup>(1)</sup></b>							-
Inconnu ou non renseigné	17	3,2	1,9 – 5	< 10			
	(535)			(368)			
<b>Sérologie de la syphilis au cours de la grossesse<sup>(1)</sup></b>							-
Inconnu ou non renseigné	< 10			< 10			
	(535)			(368)			

Source : ENP-DROM 2021.

Note : (1) « connu » et « inconnu ou non renseigné ».



## 4.5 Les mères dépourvues de couverture sociale ont une fréquence de détection des complications de la grossesse proche de celle des mères affiliées

En 2016 [2], les prévalences de 3 complications majeures de la grossesse (menace d'accouchement prématuré, placenta prævia et diabète gestationnel) étaient sensiblement plus faibles chez les non-affiliées. Les écarts se sont significativement réduits sur la période et en 2021, aucune différence – entre affiliées et non affiliées – n'a été observée pour ces 3 complications (Tableau 78).

En ce qui concerne les menaces d'accouchements prématurés ayant nécessité une hospitalisation, les effectifs sont beaucoup trop faibles pour pouvoir réaliser des tests statistiques, mais on ne peut écarter le fait que la prématurité est un facteur de risque classique, à savoir plus fréquente chez les personnes précaires.

Les mères non affiliées semblent également faire moins souvent l'objet d'un transfert *in utero* (20,3 % contre 27,0 % chez les affiliées, différence non significative).

Les écarts de prévalence observés pourraient être expliqués en partie par un âge moyen plus faible des mères non affiliées. D'autres hypothèses peuvent être émises pour expliquer les écarts observés : sous-diagnostic des pathologies chez les non-affiliées, comportements alimentaires différents, etc.

**Tableau 78. Complications de la grossesse en fonction de la couverture sociale (naissances vivantes)**

	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>MAP avec hospitalisation<sup>(1)</sup></b>							-
Oui	< 10 (532)			19 (364)	5,2	3,2 – 8,0	
<b>Prématuré (&lt;37 SA)</b>							0,7960
Oui	44 (532)	8,3	6,1 – 10,9	33 (367)	9,0	6,3 – 12,4	
<b>HTA pendant grossesse avec hospitalisation<sup>(1)</sup></b>							0,3583
Oui	17 (27)	63,0	42,4 – 80,6	13 (16)	81,2	54,4 – 96,0	
<b>Localisation placentaire en fin de grossesse<sup>(2)</sup></b>							-
Bas inséré ou recouvrant	< 10 (506)			< 10 (358)			
<b>Diabète gestationnel</b>							0,6657
Oui, sous régime ou avec traitement	49	9,3	6,9 – 12,1	38	10,4	7,5 – 14	
Non	479 (528)	90,7	87,9 – 93,1	328 (366)	89,6	86,0 – 92,5	
<b>Transfert in utero (TIU)</b>							0,0241
Oui	108	20,3	17,0 – 24,0	99	27,0	22,5 – 31,8	
Non	424 (532)	79,7	76,0 – 83,0	268 (367)	73,0	68,2 – 77,5	

Source : ENP-DROM 2016.

Notes :

- (1) MAP = Menace d'accouchement prématuré ; HTA : Hypertension artérielle ;
- (2) Placenta « bas inséré » ou « recouvrant » = placenta prævia.



## 4.6 Les mères dépourvues de couverture sociale bénéficient d'à peu près la même prise en charge lors de l'accouchement

Les mères non affiliées à la Sécurité sociale sont deux fois plus nombreuses à accoucher en dehors des maternités (10,7 % contre 5,2 % pour les affiliées) (Tableau 79). Au-delà de ça, aucune différence n'a été notée quant à la prise en charge et au déroulement de l'accouchement selon l'affiliation de la mère à la sécurité sociale. Toutefois, bien que non significatives, certaines tendances se dégagent, notamment pour l'administration d'ocytocine pendant le travail qui semble être une pratique moins répandue chez les parturientes non affiliées que chez les affiliées.

**Tableau 79. Prise en charge et déroulement de l'accouchement en fonction de la couverture sociale (naissances vivantes)**

	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>Accouchement hors maternité<sup>(1,2)</sup></b>							0,0051*
Oui	57	10,7	8,2 – 13,6	19	5,2	3,1 – 7,9	
Non	478	89,3	86,4 – 91,8	349	94,8	92,1 – 96,9	
	(535)			(368)			
<b>Mode de début de travail<sup>(2)</sup></b>							0,5923
Spontané	453	85,0	81,7 – 87,9	304	82,8	78,6 – 86,5	
Déclenché	55	10,3	7,9 – 13,2	45	12,3	9,1 – 16,1	
Césarienne programmée	10	1,9	0,9 – 3,4	18	4,9	2,9 – 7,6	
Césarienne en urgence	15	2,8	1,6 – 4,6				
	(533)			(367)			
<b>Mode d'accouchement<sup>(3)</sup></b>							0,0875
Césarienne	66	12,3	9,7 – 15,4	49	13,3	10 – 17,2	
Voie basse instrumentale	41	7,7	5,6 – 10,3	15	4,1	2,3 – 6,6	
Voie basse non instrumentale	428	80,0	76,4 – 83,3	304	82,6	78,3 – 86,3	
	(535)			(368)			
<b>Administration d'ocytocine pendant le travail<sup>(4)</sup></b>							0,0444
Oui	65	13,0	10,2 – 16,3	62	18,1	14,1 – 22,6	
Non	434	87,0	83,7 – 89,8	281	81,9	77,4 – 85,9	
	(499)			(343)			
<b>Consommation de boissons et d'aliments en salle d'accouchement<sup>(2)</sup></b>							0,7758
Non	337	69,1	64,7 – 73,1	238	70,8	65,7 – 75,6	
Boissons seules ou aliments seuls	104	21,3	17,8 – 25,2	70	20,8	16,6 – 25,6	
Boissons et aliments	47	9,6	7,2 – 12,6	28	8,3	5,6 – 11,8	
	(488)			(336)			

Source : ENP-DROM 2021.

Notes :

- (1) Les femmes ayant accouché à domicile et qui n'ont pas été transférées en maternité ne sont pas comptabilisées ;
- (2) Rapporté au nombre de femmes ;
- (3) Rapporté au nombre de naissances ;
- (4) Parmi les tentatives de voie basse.



Les mères non affiliées à la Sécurité sociale sont moins nombreuses à vouloir bénéficier d'une analgésie (14,8 % contre 25,7 % chez les affiliées). Mais dans la pratique elles ne sont pas forcément moins nombreuses à en bénéficier : 24,5 % des mères non affiliées ont bénéficié d'une analgésie contre 27,2 % des mères affiliées) (Tableau 80).

**Tableau 80. Gestion de la douleur en fonction de la couverture sociale (naissances vivantes)**

	Mères sans couverture sociale			Mères affiliées à la sécurité sociale			p
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %	
<b>Souhait d'une analgésie péridurale avant l'accouchement, si tentative de voie basse</b>							0,0001*
Oui, absolument	43	8,5	6,2 – 11,3	61	17,8	13,9 – 22,2	
Oui, peut être	32	6,3	4,4 – 8,8	27	7,9	5,3 – 11,2	
Non	432	85,2	81,8 – 88,2	255	74,3	69,4 – 78,9	
	(507)			(343)			
<b>Analgésie durant le travail, si tentative de voie basse</b>							0,3598
Non	383	75,5	71,6 – 79,2	251	72,8	67,7 – 77,4	
Oui	124	24,5	20,8 – 28,4	94	27,2	22,6 – 32,3	
	(507)			(345)			
<b>Analgésie pendant le travail, si souhait (absolu ou peut-être) d'une analgésie péridurale et tentative de voie basse</b>							0,5763
Non	33	44,6	33,0 – 56,6	35	40,2	29,9 – 51,3	
Oui	41	55,4	43,4 – 67,0	52	59,8	48,7 – 70,1	
	(74)			(87)			

Source : ENP-DROM 2021.



## En résumé...

### Les parturientes non affiliées

#### Les femmes sans couverture sociale ont un niveau socio-économique plus faible, malgré des améliorations observées depuis 2016

Environ 60 % des parturientes à Mayotte sont sans couverture sociale. Elles sont pour la majorité de nationalité étrangère (97,0 %), très jeunes (27 ans en moyenne), en grande partie avec un niveau d'étude très bas (43,9 % non scolarisées ou primaire) et le montant mensuel des ressources du ménage est très faible (66,1 % < 500 €). La part des mères affiliées présentant ces critères (traduisant un niveau socio-économique très faible) est beaucoup plus faible. Cependant, la situation semble s'améliorer depuis la dernière enquête (2016), mais reste à nuancer car cette « amélioration » touche l'entièreté des parturientes à Mayotte et pas seulement les non-affiliées.

#### Un plus faible recours à la contraception et à l'IVG, par rapport à 2016 et par rapport aux mères affiliées

Près de 54 % des mères non affiliées n'ont jamais eu recours à la contraception, soit moins qu'en 2016 (60,6 %) et que chez les mères affiliées (70,1 %). De plus, par rapport à 2016, elles sont encore moins nombreuses à avoir déjà eu recours à une IVG alors que l'effet inverse a été observé chez les affiliées. Et au final, elles sont plus de 70 % à être heureuses de leur grossesse actuelle, soit beaucoup plus qu'en 2016 (63,5 %).

#### Elles ont un suivi prénatal toujours aussi insuffisant

Plus de 46 % des non-affiliées ont eu moins de 3 échographies (contre 15,7 % chez les affiliées). Les différents tests diagnostiques et examens de dépistage sont moins réalisés chez les non-affiliées que chez les affiliées, et surtout elles sont plus nombreuses à ne pas savoir si elles ont déjà réalisé ses tests. Les services de la PMI réalisent principalement le suivi de la grossesse durant les six premiers mois de la très grande majorité des parturientes non affiliées (80,3 %), alors que les mères affiliées ont plus recours aux sages-femmes libérales (71,6 %).

#### Autant de complications de la grossesse détectées dans les deux populations

Hormis pour les hospitalisations pour cause de MAP qui sont moins fréquents chez les non-affiliées, les autres complications majeures de la grossesse (HTA gestationnelle, diabète gestationnel et placenta prævia) sont aussi fréquentes chez les mères non affiliées que chez les mères affiliées.

#### Une plus faible demande de la prise en charge de la douleur

Les mères non affiliées sont moins nombreuses à demander une analgésie avant l'accouchement, mais dans la pratique elles ont des taux similaires de recours à ceux des mères affiliées.



# 5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

## 5.1 Conclusion

L'ARS Mayotte, Santé publique France et l'équipe EPOPé de l'Inserm ont collaboré étroitement pour la mise en place de la déclinaison à Mayotte de l'ENP-DROM en octobre 2021. Mayotte a ainsi pu bénéficier d'une troisième édition de l'extension de l'Enquête Nationale Périnatalité sur son territoire (après 2010 et 2016). Cette nouvelle édition a permis d'actualiser les connaissances sur la périnatalité à Mayotte de 2016 et de constater qu'à plusieurs égards, les écarts avec l'Hexagone ne semblent pas se combler ou se réduisent très lentement.

Les conditions socio-économiques des femmes sont plus défavorables à Mayotte que dans l'Hexagone et malgré quelques évolutions, elles peinent toujours à s'améliorer depuis 2010. Si le taux d'affiliation à la sécurité sociale est resté plutôt stable (38,1 % en 2016 contre 40,8 % en 2021), on observe à Mayotte un recul de la part des femmes non scolarisées ou avec un niveau primaire (45,0 % en 2016 contre 33,3 % en 2021) et des ménages percevant moins de 500 € par mois (57,1 % en 2016 contre 43,5 % en 2021). La non-affiliation à la sécurité sociale impacte fortement le suivi prénatal des mères, les femmes non affiliées constituent une population vulnérable en dépit de l'amélioration des conditions de vie.

Les parturientes à Mayotte continuent en 2021 d'avoir leur premier enfant assez tôt. Le recours global à la contraception n'a pas évolué et reste en dessous de celui observé dans l'Hexagone. Cependant, on constate à Mayotte un changement dans les habitudes avec un usage plus fréquent des méthodes de type implants, patchs et anneaux vaginaux.

Le suivi prénatal reste insuffisant, 33,6 % des mères réalisent moins des 3 échographies recommandées contre à peine 0,4 % dans l'Hexagone, soit très en deçà des recommandations de l'HAS.

La grande majorité des accouchements est réalisée par des sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens n'interviennent que dans 23,9 % des cas, soit trois fois plus qu'en 2016 mais toujours en deçà de l'Hexagone (42,9 %). Les interventions et actes médicaux lors du travail et de l'accouchement sont moins fréquents que dans l'Hexagone : seulement 11,0 % de travail déclenché, 5,8 % des naissances par voie basse instrumentale et 1,7 % d'épisiotomie. Le taux de césarienne semble diminuer, il est de 13,5 % chez l'ensemble des parturientes en 2021 contre 17,6 % en 2016 (différence non significative).

Les taux de naissances prématurées et de petits poids de naissance diminuent légèrement depuis 2010 (baisses non significatives) mais restent toujours bien supérieurs au référentiel hexagonal : 9,9 % des naissances totales sont prématurées et 10,8 % des nouveau-nés pèsent moins de 2,5 kg contre respectivement 7,0 % et 7,1 % des enfants nés dans l'Hexagone.



## 5.2 Perspectives

Le suivi à deux mois prévoyait une interrogation des mères par téléphone ou par web. À Mayotte, ce procédé reste très difficile à mettre en place car les habitants disposent rarement d'un téléphone fixe et changent régulièrement de téléphone portable. Pour la prochaine édition, l'ARS Mayotte s'engage, à déployer le questionnaire à deux mois avec un procédé plus adéquat au territoire, à savoir l'enquête à domicile.

Le Plan régional de santé de Mayotte (PRSM) 2023-2028 intègre plusieurs objectifs dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. En premier lieu, l'amélioration du suivi des grossesses sur le territoire en fluidifiant le parcours de soins et en faisant monter en compétence les professionnels du territoire, notamment sur l'entretien prénatal précoce, puisque seules 1,8 % des femmes bénéficient de cette consultation sur l'île. S'ensuit un travail d'amélioration de la prise en charge des parturientes au moment de l'accouchement, en sécurisant les accouchements dans les centres médicaux de référence. Enfin, les efforts doivent être poursuivis sur la prise en charge des femmes après l'accouchement. Sur ce point, et en lien avec la Direction générale de la Santé, la priorité sera portée sur l'entretien postnatal, dont l'expérience de terrain montre qu'il est encore trop peu réalisé à Mayotte. La mise en place d'une semaine de la « Santé de la femme » en 2024 à Mayotte et au niveau national permettra d'aborder les sujets en lien avec la maternité.

L'amélioration du suivi postpartum avec un parcours de soins dédié sera envisagée sur le territoire de Mayotte, afin de faciliter l'accès à un kinésithérapeute pour la rééducation périnéale, à un diététicien.ne pour rééquilibrer l'alimentation et éviter de développer des pathologies liées à l'obésité, à un éducateur sportif spécialisé dans le sport en suite de grossesse afin de réhabituer le corps à la pratique sportive, et à un psychologue en cas de dépression postpartum.

L'ARS Mayotte en lien avec le PRSM et les 1 000 premiers jours, a également pour objectif d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés, en créant des dispositifs tels que les unités Kangourous au sein du CHM, ou encore la mise en place de consultations couple mère-enfant pour accompagner la femme dans son statut de mère, tout en tenant compte de la place du partenaire.

La prévention des grossesses précoces est également une des priorités de l'ARS, notamment en renforçant l'éducation à la vie sexuelle et reproductive dès le plus jeune âge, et de faciliter l'accès à la contraception sur le territoire. Des comités de suivis seront mis en place en lien avec le Conseil départemental, le CHM, les libéraux et les communes, afin de faciliter le recours à la contraception.

Enfin, et en transversalité des sujets évoqués précédemment, les indicateurs mettent en lumière la difficulté de recours aux soins sur le territoire, notamment pour les femmes non affiliées. L'accès aux droits semble être un enjeu primordial à l'amélioration du suivi des parturientes sur le territoire.



## 6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] ARS-OI. Centre d'observation et d'analyses des besoins en santé, L'enquête périnatale à Mayotte en 2010. Mai 2011.
- [2] ARS-OI. Parenton F, Youssouf H, Mariotti É, Barbail A. La situation périnatale à Mayotte en 2016 : principaux résultats de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) et de son extension. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2020(1):17-27. [En ligne]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/article/2020/la-situation-perinatale-a-mayotte-en-2016-principaux-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale-enp-et-de-son-extension>
- [3] Insee. Recensement de la population 2017. 2017. [En ligne]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/information/2555376>
- [4] Insee. L'essentiel sur... Mayotte. 31 janvier 2023. [En ligne]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4632225>
- [5] Breton D, Marie C-V, Flourey É, Crouzet M, Dehon M, Fabre É. Migrations, Famille et Vieillesse à La Réunion. Premiers résultats de l'enquête MFV-2 en outre-mer. Aubervilliers : Ined. 2022. [En ligne]. Disponible : <https://archined.ined.fr/view/AYSGGTdUkOqZPUwFsDqF>
- [6] ARS Mayotte. « Statiss 2021 », 2021.
- [7] Insee. Enquête budget de famille, Mayotte. Décembre 2018.
- [8] ARS Mayotte. Le Panorama Santé de l'ARS Mayotte. 17 mars 2023. [En ligne]. Disponible : <https://www.mayotte.ars.sante.fr/lars-mayotte-publie-son-premier-panorama-sante>
- [9] Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Inserm, Octobre 2022. Disponible sur le site <https://enp.inserm.fr>
- [10] Le Ray C, , Lelong N, Cinelli H, Blondel B; Collaborators - Members of the ENP2021 Study Group. Results of the 2021 French National Perinatal Survey and trends in perinatal health in metropolitan France since 1995. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2022 Dec;51(10):102509. doi: 10.1016/j.jogoh.2022.102509
- [11] Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. DREES, Rapport, Octobre 2017. [En ligne]. Disponible : [https://www.xn-epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](https://www.xn-epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
- [12] Opatowski M, Blondel B, Khoshnood B, Saurel-Cubizolles MJ. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. BMJ Open. 2016;6(4):e009511.
- [13] HAS. Projet de grossesse : Informations, messages de prévention, examens à proposer ». Septembre 2009. [En ligne]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet\\_de\\_grossesse\\_informations\\_messages\\_de\\_prevention\\_examens\\_a\\_proposer\\_-\\_fiche\\_de\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf)
- [14] Debussche X, Lenclume V, Balcou-Debussche M, Alakian D, Sokolowsky C, Ballet D, Elsworth GR, Osborne RH, Huiart L. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. SAGE Open Med. 2018 Sep 21;6:2050312118801250. doi: 10.1177/2050312118801250.
- [15] Solet JL, Baroux N. Étude Maydia 2008. Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2009. [En ligne]. Disponible :



<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/rapport-synthese/2009/etude-maydia-2008.-etude-de-la-prevalence-et-des-caracteristiques-du-diabete-en-population-generale-a-mayotte>

- [16] CNGOF. Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. 10 décembre 2010. [En ligne]. Disponible : [https://www.cngof.fr/app/uploads/2023/06/RPC\\_COELIO\\_2010.pdf](https://www.cngof.fr/app/uploads/2023/06/RPC_COELIO_2010.pdf)
- [17] HCSP. La prévention de l'infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte et chez le nouveau-né. Décembre 2018. [En ligne]. Disponible : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=702>
- [18] CNGOF. Dépistage prénatal de l'infection à Cyto Mégalo Virus (CMV). Communiqué suite à l'avis rendu par l'Académie de Médecine. 29 novembre 2019. [En ligne]. Disponible : <http://www.cngof.net/Medias-CNGOF/Communiqués/2019/CNGOF-CMV-Academie.pdf>
- [19] Guignard J, Deneux-Tharaux C, Seco A, Beucher G, Kayem G, Bonnet MP. Gestational anaemia and severe acute maternal morbidity: a population-based study. *Anaesthesia*. 2021;76(1):61-71.
- [20] Lange S, Shield K, Koren G, Rehm J, Popova S. A comparison of the prevalence of prenatal alcohol exposure obtained via maternal self-reports versus meconium testing: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:127.
- [21] Gomez-Roig MD, Marchei E, Sabra S, Busardò FP, Mastrobattista L, Pichini S, et al. Maternal hair testing to disclose self-misreporting in drinking and smoking behavior during pregnancy. *Alcohol*. 2018;67:1-6.
- [22] Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131 Suppl 1:S23-7.
- [23] OMS. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. 2014. [En ligne]. Disponible : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?sequence=1). [Accès le 31 08 2023].
- [24] Van Der Vyver M, Halpern S, Joseph G. Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia: a meta-analysis. *Br J Anaesth*. 2002;89(3):459-65.
- [25] Merrer J, Bonnet MP, Blondel B, Tafflet M, Khoshnood B, Le Ray C, et al. Predictors of incomplete maternal satisfaction with neuraxial labor analgesia: A nationwide study. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2021;40(5):100939.
- [26] Langer B. Comment interpréter les gaz du sang au cordon ombilical ? 01 mars 2015. [En ligne]. Disponible : [http://www.realites-pediatriques.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/04/RP\\_192\\_RP\\_Langer.pdf](http://www.realites-pediatriques.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/04/RP_192_RP_Langer.pdf)
- [27] Société française de pédiatrie, Société française de néonatalogie. Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce ( $\geq 34$  SA). Septembre 2017. [En ligne]. Disponible : [https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/documents/label\\_has\\_recommandations\\_inbp.09.2017.pdf](https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/documents/label_has_recommandations_inbp.09.2017.pdf) [Accès le 31 08 2023].
- [28] Madar J, Roehr CC, Ainsworth S, Ersda H, Morley C, Rüdiger M, et al. [Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth]. *Notf Rett Med*. Disponible : 2021;24(4):603-49. [En ligne]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33773829/>
- [29] Insee. « La fécondité baisse moins dans les grandes métropoles » 09 février 2021. [En ligne]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5040245#documentation>



## 7. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Effectif des échantillons .....	24
Tableau 2. Extrait des motifs de non-participation des femmes à l'entretien en face-à-face ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	25
Tableau 3. Analyse de l'exhaustivité des inclusions ( <i>toutes naissances</i> ) .....	26
Tableau 4. Comparaison de la population incluse avec les données 2021 du PMSI <sup>(1)</sup> .....	27
Tableau 5. Nationalité et lieux de naissance des mères ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	29
Tableau 6. Date d'arrivée à Mayotte des femmes nées à l'étranger ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	30
Tableau 7. Commune de résidence des mères ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	30
Tableau 8. Âge des parturientes ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	32
Tableau 9. Situation maritale et vie en couple ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	32
Tableau 10. Âge du partenaire ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	33
Tableau 11. Niveaux d'études des mères ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	34
Tableau 12. Activité professionnelle des mères ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	34
Tableau 13. Catégorie professionnelle des mères ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	35
Tableau 14. Situation professionnelle du partenaire ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	36
Tableau 15. Ressources de revenus des ménages ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	37
Tableau 16. Revenus et aisance financière des ménages ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	37
Tableau 17. Couverture sociale et couverture maladie complémentaire ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	38
Tableau 18. Indice de précarité et renoncement aux soins ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	38
Tableau 19. Caractéristiques morphologiques des mères ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	40
Tableau 20. Connaissance de l'IMC et affiliation à la sécurité sociale ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	41
Tableau 21. Maladies chroniques et handicaps des mères ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	41
Tableau 22. Parité ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	42
Tableau 23. Antécédents obstétricaux des mères multipares ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	42
Tableau 24. Usage de moyen contraceptifs ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	43
Tableau 25. Efficacité des méthodes contraceptives ( <i>naissances vivantes, Mayotte</i> ) .....	44
Tableau 26. Recours à la contraception selon la couverture sociale de la femme ( <i>naissances vivantes, Mayotte</i> ) .....	44
Tableau 27. Recours à la contraception selon l'âge maternel ( <i>naissances vivantes, Mayotte</i> ) .....	45
Tableau 28. Recours à la contraception selon le niveau d'études ( <i>naissances vivantes, Mayotte</i> ) .....	45
Tableau 29. Antécédents d'IVG ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	45
Tableau 30. Recours à des traitements de l'infertilité ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	46
Tableau 31. Réaction à la découverte de la grossesse ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	46
Tableau 32. Attention portée à la consommation de tabac et d'alcool par les professionnels pendant le suivi de grossesse ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	48
Tableau 33. Vaccination antigrippale ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	49
Tableau 34. Littératie en santé durant la grossesse ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	49
Tableau 35. Professionnel principalement responsable du suivi pendant les six premiers mois ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	50
Tableau 36. Consultations médicales au cours de la grossesse ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	51
Tableau 37. Accompagnement de la mère pendant la grossesse ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	52
Tableau 38. Examens de dépistage et de diagnostic des pathologies de l'enfant ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	52
Tableau 39. Mesures de prévention des pathologies de l'enfant ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	53
Tableau 40. Prévention et examen de dépistage des pathologies maternelles ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	54
Tableau 41. Information et mesures de prévention avant l'accouchement ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	55
Tableau 42. Complications pendant la grossesse (partie I) ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	56
Tableau 43. Complications pendant la grossesse (partie II) ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	57
Tableau 44. Hospitalisations pendant la grossesse et transfert <i>in utero</i> ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	57
Tableau 45. Comportements à risque avant et pendant la grossesse ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	58
Tableau 46. Contexte psychologique et entourage durant la grossesse ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	59
Tableau 47. Lieu d'accouchement ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	61
Tableau 48. Trajet pour aller accoucher ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	62



Tableau 49. Demandes des femmes à propos de l'accouchement ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	62
Tableau 50. Déroulement du travail ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	63
Tableau 51. Motifs du déclenchement ou de la césarienne avant travail ( <i>naissances vivantes</i> )	64
Tableau 52. Modalités d'accouchement ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	65
Tableau 53. Accouchement par voie basse ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	66
Tableau 54. Taux de césarienne selon la parité ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	67
Tableau 55. Analgésie et anesthésie ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	67
Tableau 56. Demande des femmes et satisfaction vis-à-vis de la gestion de la douleur ( <i>naissances vivantes</i> )	68
Tableau 57. Prise en charge de la douleur ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	69
Tableau 58. Douleurs lors de l'accouchement par voie basse spontanée ( <i>naissances vivantes</i> )....	70
Tableau 59. Douleurs lors de l'accouchement par voie basse instrumentale ( <i>naissances vivantes</i> )....	70
Tableau 60. Douleurs à l'accouchement si épisiotomie ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	70
Tableau 61. Douleurs lors de l'accouchement par césarienne ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	71
Tableau 62. Complications maternelles de l'accouchement ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	72
Tableau 63. Santé des nouveau-nés à la naissance .....	74
Tableau 64. Sexe, taille, prématurité et petits poids de naissance ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	75
Tableau 65. Prise en charge des nouveau-nés à la naissance ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	76
Tableau 66. Prise en charge des nouveau-nés à terme ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	77
Tableau 67. Accompagnement à l'accouchement et contact peau à peau ( <i>naissances vivantes</i> )..	77
Tableau 68. Choix de l'alimentation avant la naissance ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	78
Tableau 69. Allaitement maternel et mise au sein ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	79
Tableau 70. Mode de couchage ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	79
Tableau 71. Durée de séjour de la mère en maternité ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	80
Tableau 72. Caractéristiques sociodémographiques des mères en fonction de leur affiliation à la sécurité sociale ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	82
Tableau 73. Maîtrise de la fécondité en fonction de la couverture sociale ( <i>naissances vivantes</i> )... 84	
Tableau 74. Antécédents médicaux antérieurs à la grossesse en fonction de l'affiliation ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	85
Tableau 75. Suivi prénatal en fonction de la couverture sociale ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	86
Tableau 76. Dépistage prénatal et prévention en fonction de la couverture sociale ( <i>naissances vivantes</i> )	87
Tableau 77. Connaissance du statut des mères vis-à-vis des pathologies infectieuses .....	87
Tableau 78. Complications de la grossesse en fonction de la couverture sociale ( <i>naissances vivantes</i> ) ...	88
Tableau 79. Prise en charge et déroulement de l'accouchement en fonction de la couverture sociale ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	89
Tableau 80. Gestion de la douleur en fonction de la couverture sociale ( <i>naissances vivantes</i> )	90
Tableau 81. Annexes : Littératie en santé durant la grossesse ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	99
Tableau 82. Annexes : Distribution des femmes, du taux de césarienne et de la contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson ( <i>naissances vivantes</i> ) ....	100
Figure 1. Les structures de prise en charge en périnatalité à Mayotte ( <i>situation au 1<sup>er</sup> janvier 2022</i> ) .	18
Figure 2. Évolution du nombre annuel de naissances au Centre Hospitalier de Mayotte .....	19
Figure 3. Participation à l'ENP-DROM à Mayotte en 2021 ( <i>naissances vivantes</i> ) .....	25
Figure 4. Commune de résidence des mères avec évolution par rapport à 2016 et populations communales .....	31
Figure 5. Âge des mères affiliées et non affiliées .....	83



## 8.ANNEXES

### Annexe 1 / Résumé du parcours de la femme enceinte à Mayotte

Le parcours de la parturiente à Mayotte s'organise selon le schéma suivant :

- **Le suivi prénatal jusqu'au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse** est assuré principalement par la PMI (70 à 80 % de la file active) et par l'offre libérale ; globalement, le recours aux consultations prénatales se fait tardivement, pour des raisons liées à l'accessibilité géographique ou financière et à l'acceptabilité culturelle. Il en résulterait un dépistage tardif des risques. Les échographies de dépistage sont accessibles dans toute l'île, dans les maternités périphériques, certains centres de PMI et certains cabinets de sage-femme libérale. En revanche, l'accès aux tests diagnostiques et aux examens de dépistage ne peut se faire qu'à Mamoudzou, en raison de l'absence de ressources dans les maternités périphériques.

- **Pour les risques maternels**, l'organisation d'une filière spécifique à Mamoudzou allant des consultations programmées jusqu'à l'unité d'hospitalisation rencontre des difficultés. La programmation des consultations constitue un exercice particulièrement difficile pour des raisons tenant principalement à un sous-dimensionnement au regard des effectifs médicaux et de la corrélation des plages à la demande. Pour les risques fœtaux, l'Unité fonctionnelle (UF) de diagnostic prénatal (DPN) est de création récente, des renforcements en personnel sont en cours et une structuration attendue en lien avec le Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) de La Réunion.

- **Au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse**, les femmes enceintes sont orientées par la PMI et les acteurs libéraux vers les maternités périphériques et la maternité de Mamoudzou afin qu'elles puissent avoir un 1<sup>er</sup> contact avec l'équipe responsable de l'accouchement. L'orientation à la maternité de Mamoudzou se fait selon le niveau de risque (protocole sur les critères de transfert) mais son accessibilité géographique peut rester problématique pour certaines femmes.

- **Pour l'accouchement**, les femmes se présentent à la maternité la plus proche. Pour celles ne disposant pas de moyen de transport, il est fait appel aux pompiers. En maternité périphérique, dès lors qu'un accouchement devient dystocique, les sages-femmes sollicitent aussitôt la mutation vers Mamoudzou.

- **En post-partum**, les femmes ayant accouché par voie basse d'un nouveau-né en bonne santé sont transportées avec leurs bébés de Mamoudzou vers les maternités périphériques où elles séjournent quelques jours. Celles qui ont eu une césarienne partent vers la périphérie autour du 3<sup>e</sup> jour.



## Annexe 2 / Complément des tableaux

**Tableau 81. Annexes : Littératie en santé durant la grossesse (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021				Hexagone 2021			
	n	%	IC à 95 %		p	%	IC à 95 %	
<b>Pendant la grossesse, possible de</b>								
<b>Avoir de bonnes discussions sur la santé avec...<sup>(2)</sup></b>					<0,0001*			
Impossible ou toujours difficile	70	8,2	6,5	- 10,3		0,3	0,2	- 0,4
Généralement difficile	51	6,0	4,5	- 7,8		1,2	1,0	- 1,4
Parfois difficile	92	10,8	8,8	- 13,1		5,1	4,7	- 5,5
Généralement facile	456	53,6	50,2	- 57,0		31,7	30,8	- 32,6
Toujours facile	182	21,4	18,7	- 24,3		61,7	60,8	- 62,6
<b>Discuter avec les professionnels de santé jusqu'à comprendre tout...<sup>(2)</sup></b>					<0,0001*			
Impossible ou toujours difficile	74	8,7	6,9	- 10,8		0,4	0,3	- 0,5
Généralement difficile	48	5,6	4,2	- 7,4		1,4	1,2	- 1,6
Parfois difficile	99	11,6	9,6	- 14,0		9,2	8,7	- 9,8
Généralement facile	449	52,8	49,3	- 56,2		33,3	32,4	- 34,2
Toujours facile	181	21,3	18,6	- 24,2		55,8	54,8	- 56,7
<b>Poser des questions aux professionnels de santé...<sup>(2)</sup></b>					<0,0001*			
Impossible ou toujours difficile	101	11,9	9,8	- 14,2		0,4	0,3	- 0,5
Généralement difficile	70	8,2	6,5	- 10,3		1,3	1,1	- 1,6
Parfois difficile	80	9,4	7,5	- 11,6		6,8	6,3	- 7,3
Généralement facile	420	49,4	45,9	- 52,8		30,8	29,9	- 31,7
Toujours facile	180	21,2	18,5	- 24,1		60,7	59,8	- 61,7
<b>S'assurer que les professionnels de santé comprennent...<sup>(2)</sup></b>					<0,0001*			
Impossible ou toujours difficile	76	8,9	7,1	- 11,1		0,4	0,3	- 0,5
Généralement difficile	64	7,5	5,8	- 9,5		1,5	1,3	- 1,8
Parfois difficile	96	11,3	9,2	- 13,6		7,6	7,1	- 8,1
Généralement facile	449	52,8	49,3	- 56,2		31,1	30,2	- 32,0
Toujours facile	166	19,5	16,9	- 22,3		59,4	58,5	- 60,3
<b>Se sentir capable de discuter des problèmes de santé...<sup>(2)</sup></b>					<0,0001*			
Impossible ou toujours difficile	79	9,3	7,4	- 11,4		0,5	0,4	- 0,7
Généralement difficile	67	7,9	6,2	- 9,9		1,3	1,1	- 1,6
Parfois difficile	96	11,3	9,2	- 13,6		5,6	5,2	- 6,1
Généralement facile	442	51,9	48,5	- 55,3		29,3	28,5	- 30,2
Toujours facile	167	19,6	17,0	- 22,5		63,3	62,4	- 64,2
Moyenne ± écart-type <sup>(2)</sup>		3,7 ± 1,1				4,5 ± 0,6		
Score < 3,5 <sup>(2)</sup>	240 (851)	28,2	25,2	- 31,4	< 0,0001	5,6 (10 852)	5,2	- 6,1

(1) Littératie en santé = motivation et la capacité des personnes à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé, Module 6 du Health Literacy Questionnaire (HLQ).

(2) Rapporté au nombre de femmes ayant répondu aux 5 questions du module.



**Tableau 82. Annexes : Distribution des femmes, du taux de césarienne et de la contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe de la classification de Robson (naissances vivantes)**

	Mayotte 2021					Hexagone 2021				
	Nombre de césariennes/ Total des femmes	Taille relative (%)	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)		Nombre de césariennes/ Total des femmes	Taille relative (%)	Taux de césarienne (%)	Contribution au taux global (%)	
1. Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontané	11	156	16,1	7,1	1,1	331	2 958	24,6	11,2	2,8
2. Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail	19	34	3,5	55,9	2,0	496	1 445	12,0	34,3	4,1
3. Multipares singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontané <sup>(2)</sup>	28	546	56,4	5,1	2,9	250	5 130	42,7	4,9	2,1
4. Multipares singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail <sup>(2)</sup>										
5. Antécédent de césarienne, singleton céphalique ≥ 37 SA	39	129	13,3	30,2	4,0	722	1 254	10,4	57,6	6,0
6. Toutes les primipares, singleton, siège	34	103	10,6	33,0	3,5	331	403	3,4	82,1	2,8
7. Toutes les multipares, singleton, siège <sup>(3)</sup>										
8. Toutes les grossesses multiples <sup>(3,4)</sup>						359	811	6,8	44,3	3,0
9. Toutes les présentations transverses <sup>(3)</sup>										
10. Toutes les singletons céphaliques, ≤ 36 SA <sup>(3)</sup>										
<b>Total</b>	131	968	100,0		13,5	2 489	12 001	100,0		20,7

(1) La classification en 10 groupes proposée par Robson permet de surveiller les taux de césarienne en calculant ce taux et sa contribution au taux global de césarienne pour chaque groupe.

(2) Antécédents de césarienne exclus.

(3) Antécédents de césarienne inclus.

(4) Césarienne retenue si un des enfants est né par césarienne et l'autre par voie basse.





**Enquête Nationale Périnatale**

# Extension DROMs

# QUESTIONNAIRE NAISSANCE

Vu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) en date du 30/11/2020.

Vu l'autorisation DR-2021-067 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 19/03/2021.

Les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à Santé publique France et à l'ARS. Le règlement général 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD) ainsi que la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent à la présente enquête. Les droits des personnes, rappelés dans la lettre-avis, peuvent être exercés auprès de la Déléguée à la Protection des Données de Santé publique France.



## INFORMATION PRÉALABLE

- A remplir pour tous les enfants nés vivants si la naissance ou l'issue de la grossesse a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée et/ou si l'enfant pesait au moins 500 g à la naissance.
- L'enquête est composée de **plusieurs parties indépendantes** : l'entretien, les données du dossier médical et le questionnaire minimal.
- En cas de **naissances multiples**, poser toutes les questions dans les cadres orange pour chaque accouchement et chaque enfant.
- En cas de mort-né, d'IMG ou d'accouchement sous le secret, remplir les questions P1 à P3b et P6, et le questionnaire minimal.

→ La partie Participation à l'enquête est à remplir pour toutes les femmes.

02

## PARTICIPATION À L'ENQUÊTE

P1 - Maternité : (numéro FINESSE géographique de l'établissement) \_\_\_\_\_

P2 - Numéro de la mère dans l'enquête \_\_\_\_\_

P3a - Ordre de la naissance si naissance multiple *coder 0 si naissance unique* \_\_\_\_\_

P3b - Etat à la naissance  vivant  mort-né  IMG

P4 - Participation à l'entretien \_\_\_\_\_  non  oui

P5 - Si absence d'entretien, motif (2 motifs possibles)

- état de santé de l'enfant
- état de santé de la mère
- sortie très précoce
- problème de langue
- refus
- autre, préciser :

Si absence d'entretien (à l'exclusion du problème de langue ou du refus), remplir la partie données du dossier médical → Page 19

P6 - Droit d'opposition de la femme exercé pour

P6a - Le recueil des données du dossier médical \_\_\_\_\_  non  oui

P6b - Le recueil des données du questionnaire minimal \_\_\_\_\_  non  oui  
*si non → aller Page 27*

P8 - Droit d'opposition du second titulaire de l'autorité parentale exercé pour

P8a - Le recueil des données médicales pour son enfant \_\_\_\_\_  non  oui

P8c - Le recueil des données socio-démographiques le concernant \_\_\_\_\_  non  oui

P9 - Droit d'opposition des parents de mineurs

P9a - La femme mineure exerce son droit au secret sur son état de santé (elle ne souhaite pas que ses parents soient informés de son accouchement) \_\_\_\_\_  non  oui

P9b - *Si non* (la femme mineure accepte de remettre la note d'information à ses parents) La femme mineure exerce son droit d'opposition pour l'accès à ses données par ses parents \_\_\_\_\_  non  oui

P9c - *Si non* (la femme mineure ne s'oppose pas à l'accès aux données la concernant) Droit d'opposition de l'un des titulaires de l'autorité parentale exercé pour \_\_\_\_\_  non  oui

P9c1 - l'entretien \_\_\_\_\_  non  oui

P9c2 - les données du dossier médical \_\_\_\_\_  non  oui

P9c3 - le questionnaire minimal \_\_\_\_\_  non  oui

03

## FEMMES PARTICIPANT À L'ENTRETIEN

A1a - Date de naissance de l'enfant @jmm \_\_\_\_\_

ENQUÊTE AUPRÈS DE LA FEMME A1b - Date d'entretien (en jmm) \_\_\_\_\_

Poser les questions telles quelles ; lire les réponses uniquement si en gras

### LA SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'enquête. Si une question vous gêne, vous n'êtes pas obligée d'y répondre. Je vais commencer par vous poser quelques questions sur votre situation socio-économique.*

B1 - Quelle est votre date de naissance ? (mm/aaaa) \_\_\_\_\_

B2 - Quel est votre niveau d'études ?

- non scolarisée
- primaire
- niveau collège (1<sup>er</sup> cycle : 6<sup>ème</sup> à 3<sup>ème</sup>)
- enseignement professionnel court (yc SES, SEGPA, CAP, BEP)
- niveau lycée, enseignement général (yc bac général)
- niveau lycée, enseignement technologique (yc bac technologique)
- niveau lycée, enseignement professionnel (yc bac pro)
- niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans (yc DUT, BTS)
- niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans (yc licence, maîtrise)
- niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (yc diplôme ingénieur)

B3 - Quelle est votre nationalité ?

- française
- étrangère
- française et étrangère

*Si nationalité étrangère, B3a - Préciser en clair :* \_\_\_\_\_

B4 - Dans quel pays êtes-vous née ?  France (Métropole, DROM)  autre pays

*Si hors de France, B4a - Inscrire le pays en clair :* \_\_\_\_\_

*Si en France, B4b - En quelle année êtes-vous arrivée en France ?* \_\_\_\_\_

B5 - Actuellement vivez-vous en couple ?

- oui, avec une personne qui vit dans le même logement que vous
- oui, avec une personne qui ne vit pas dans le même logement que vous
- non, vous ne vivez pas en couple

*Si oui, B5a - La personne avec qui vous vivez en couple est*  
 un homme  
 une femme

B7 - Êtes-vous mariée ou pasée ? \_\_\_\_\_  non  mariée  pasée

04

B8 - Quelle est votre profession actuelle ou la dernière exercée ?

*En étant le plus précis possible, par exemple : ouvrière agricole, secrétaire de catégorie B, technicienne informatique, ingénieure informatique (noter sans profession si aucune)*

\_\_\_\_\_

B8a - Actuellement ou au cours de votre dernier emploi, étiez-vous ?

- à votre compte (y compris gérant de société ou chef d'entreprise salariée)
- salariée ou stagiaire rémunérée de la fonction publique (d'Etat, territoriale, hospitalière)
- salariée ou stagiaire rémunérée d'un autre employeur (entreprise, association)
- non rémunérée, mais vous aidiez une personne dans son travail

B9 - Avez-vous travaillé pendant votre grossesse ? \_\_\_\_\_  non  oui

*Si oui*

B9a - Quand avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement ? (j/mm/aa) \_\_\_\_\_

B10 - A la fin de votre grossesse, étiez-vous ?

- en activité jusqu'à votre congé (maternité ou autre)
- en congé parental à temps plein
- au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- étudiante ou élève (y compris stage de formation)
- femme au foyer
- dans une autre situation, préciser \_\_\_\_\_

*Si en activité*

05



**B14 - Au début de votre grossesse, quelle était votre couverture maladie pour vos dépenses de santé ?**

- l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- la sécurité sociale gérée par le CPAM ou une autre caisse, appelée la protection universelle maladie (PUMA)
- un système d'assurance santé étranger, une assurance privée
- aucune couverture

**B15 - Au début de votre grossesse, aviez-vous une couverture maladie complémentaire ?**

- la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (anciennement Complémentaire Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou l'aide au paiement de la complémentaire santé (ACS))
- une mutuelle, une assurance privée ou une institution de prévoyance
- aucune couverture maladie complémentaire

**B16 - Au cours du troisième trimestre de votre grossesse, viviez-vous principalement ?**

- dans un logement personnel comme locataire ou propriétaire
- dans votre famille ou chez des amis
- à l'hôtel, dans un foyer d'accueil
- dans un autre lieu, précisez

**B16a - A la sortie de la maternité, où allez-vous habiter ?**

- dans un logement personnel comme locataire ou propriétaire
- dans votre famille ou chez des amis
- à l'hôtel, dans un foyer d'accueil
- dans un autre lieu, précisez

**B17 - Au cours du troisième trimestre de votre grossesse, combien d'adultes et d'enfants vivaient principalement dans ce logement ?**

**B17a - Dont combien d'enfants de moins de 14 ans ?**  
(ne pas compter l'enfant qui vient de naître)

→ **aller page 28 du questionnaire remplir les questions sur le partenaire**

**LA SANTÉ AVANT LA GROSSESSE**

*Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé avant votre grossesse.*

**C1 - Est-ce que vous avez déjà utilisé une méthode pour éviter d'être enceinte, comme la pilule, le préservatif ou le retrait ?**

**C1a - Quelles était la dernière méthode utilisée ?**  
(citer toutes les méthodes, cocher deux méthodes si combinées)

- la pilule
- le stérilet
- un implant
- un patch
- un anneau vaginal
- le préservatif (masculin ou féminin)
- le retrait
- l'abstinence périodique (température, date ou Ogino, Billings...)
- une autre méthode, laquelle ?

**C1b - Avez-vous arrêté cette méthode de contraception parce que, (citer tous les motifs, 2 réponses possibles)**

- vous souhaitiez être enceinte
- vous étiez enceinte
- vous avez arrêté pour une grossesse précédente et depuis vous n'avez pas repris de contraception
- vous souhaitiez une méthode sans hormone
- la méthode ne vous convenait pas pour une autre raison
- pour un autre motif, précisez

**C2 - Avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de cette grossesse ?**

**C2a - Pour quel motif ?** (citer tous les motifs, 2 réponses possibles)

- pour arrêter votre contraception
- pour un bilan ou un traitement de l'infertilité
- pour avoir un avis médical sur vos problèmes de santé, adapter un traitement
- pour obtenir des conseils, discuter de votre projet de grossesse
- autre, précisez

**C3 - Pour cette grossesse, avez-vous suivi un traitement pour être enceinte ?**

**C3a - Quel était ce traitement ?**

- une fécondation in vitro (avec ou sans ICSI)
- un don d'ovocytes
- une insémination artificielle
- des inducteurs de l'ovulation seuls (médicaments pour stimuler l'ovulation)
- un autre traitement, précisez

**C4 - Pendant votre grossesse, avez-vous dû renoncer à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires car vous ne pouviez pas les payer ?**

**C5 - Avez-vous choisi comment nourrir votre enfant avant sa naissance (cad avec votre lait ou avec du lait premier âge du commerce) ?**

→ **Si non, passer à la question D1**

**C5a - Quand aviez-vous choisi comment nourrir votre enfant ?**

- avant votre grossesse
- pendant votre grossesse
- vous ne savez plus

**C5b - Quel mode d'alimentation aviez-vous choisi ?**

- allaitement maternel
- lait premier âge du commerce
- allaitement mixte

→ **Si lait premier âge du commerce (réponse 2), passer à la question D1**

**C5c - Combien de temps pensiez-vous alors allaiter ?**

- moins d'un mois
- entre 1 et 3 mois
- entre 4 et 6 mois
- plus de 6 mois
- le plus longtemps possible
- vous n'avez pas d'idée précise

**LA GROSSESSE**

*Passons maintenant à ce qui s'est passé pendant votre grossesse.*

**D1 - Quand vous avez eu votre bébé, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ?**

- vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant
- vous auriez aimé que la grossesse arrive plus tôt
- vous auriez aimé que la grossesse arrive plus tard
- vous auriez préféré ne pas être enceinte

**D2 - Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ?**

- bien
- assez bien
- assez mal
- mal

**D3 - Au cours de votre grossesse, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines d'affilée pendant laquelle vous vous sentiez triste, déprimée, sans espoir ?**

**D4 - Au cours de votre grossesse, vous est-il arrivé de vivre une période d'au moins deux semaines d'affilée, pendant laquelle vous avez perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui vous donnent habituellement du plaisir ?**

**D15a - Qui l'a réalisé ?**

- une sage-femme de la maternité
- une sage-femme libérale en ville
- une sage-femme de PMI
- un gynécologue-obstétricien
- une autre personne, précisez

**D15b - A quel mois de l'année a-t-il été fait ?** (année 01)

**D15c - A la fin de cet entretien, vous a-t-on conseillé de prendre un rendez-vous avec une personne particulière en dehors de votre suivi médical pour la grossesse (par exemple une assistante sociale, un psychologue, une personne spécialisée dans la consommation de tabac, d'alcool, de drogue etc) ?**

**D16 - Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ?**

- non
- oui, en libéral
- oui, au sein de la maternité
- oui, en libéral et au sein de la maternité
- autre, précisez

**D16a - Combien ?**

**D16b - Est-ce que votre partenaire était présent.e à au moins une des séances ?**

**Les questions qui suivent concernent ce qui s'est passé avec les professionnels de santé rencontrés pendant votre grossesse (par exemple médecins, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens ou tous les autres professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé). Pouvez-vous dire à quel point il vous était facile ou difficile de faire ce qui est indiqué dans chacune des cinq affirmations suivantes.**

**Les réponses possibles sont :**

- 1: impossible ou toujours difficile
- 2: généralement difficile
- 3: parfois difficile
- 4: généralement facile
- 5: toujours facile

**D17 - Avoir de bonnes discussions sur votre santé avec les sages-femmes ou les médecins**

- impossible ou toujours difficile
- généralement difficile
- parfois difficile
- généralement facile
- toujours facile

**D18 - Discuter avec les professionnels de santé jusqu'à comprendre tout ce que vous aviez besoin de comprendre**

- impossible ou toujours difficile
- généralement difficile
- parfois difficile
- généralement facile
- toujours facile

**D19 - Poser des questions aux professionnels de santé pour obtenir les informations dont vous aviez besoin**

- impossible ou toujours difficile
- généralement difficile
- parfois difficile
- généralement facile
- toujours facile

**D5 - Concernant vos proches, diriez-vous que pendant votre grossesse vous avez été**

- très bien entourée
- bien entourée
- peu entourée
- pas du tout entourée
- vous ne souhaitez pas répondre

**D6 - A quel mois de l'année avez-vous commencé à faire suivre votre grossesse ?** (année = 01)

**D7 - Avez-vous consulté au moins une fois dans la maternité dans laquelle vous avez accouché ou auprès d'une personne de l'équipe médicale de cette maternité (ne pas compter la consultation d'anesthésie) (si consultation en cabinet de ville du gynécologue-obstétricien, cocher 1) ?**

**D8 - Durant les 6 premiers mois de votre grossesse environ, qui avez-vous le plus souvent consulté pour le suivi de votre grossesse ?**

- un gynécologue ou un obstétricien en cabinet de ville ou dans une maternité privée (ou plusieurs)
- un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique (ou plusieurs)
- un généraliste (ou plusieurs)
- une sage-femme libérale en ville (ou plusieurs)
- une sage-femme en maternité (ou plusieurs)
- une sage-femme (ou plusieurs) en Centre Périnatal de Proximité (CPP)
- un médecin (ou plusieurs) en Centre Périnatal de Proximité (CPP)
- un médecin ou une sage-femme à la PMI (ou plusieurs)

**D9 - Durant votre grossesse, avez-vous consulté en urgence ou sans rendez-vous pour un motif lié à la grossesse ?**

**D9a - Combien de fois dans une maternité, aux urgences d'une maternité ou aux urgences d'un autre hôpital ?**

**D9b - Combien de fois en cabinet médical ?**

**D10 - Durant votre grossesse, avez-vous consulté un professionnel pour des difficultés psychologiques, comme un psychologue, un psychothérapeute ou un médecin ?**

**Est-ce que c'était :**

- D10a - un psychiatre**
- D10b - un généraliste**
- D10c - un autre médecin**
- D10d - un psychologue ou un psychothérapeute**
- D10e - un autre professionnel**

**D11 - Avez-vous vu une assistante sociale pendant votre grossesse ?**

**D12 - Avez-vous vu une diététicienne ou un professionnel de santé pour faire le point sur votre alimentation pendant votre grossesse ? (consultation ou réunion d'information)**

**D13 - Avez-vous eu des visites à domicile par une sage-femme ?**

**D14 - Avez-vous reçu le carnet de maternité ? (monter la couverture)**

**D14a - Comment l'avez-vous eu ?**

- par votre médecin à son cabinet ou par une sage-femme libérale
- par la maternité où vous avez consulté
- par la PMI ou votre Caisse d'Assurance (en main propre, par la poste, par mail ou sur internet)
- vous ne savez pas

**D15 - Avez-vous eu un entretien prolongé, individuel ou en couple, avec une sage-femme ou un médecin, appelé « entretien prénatal précoce » ou « entretien du 4<sup>ème</sup> mois » ?**

→ **Si non ou ne sait pas, passer à la question D16**

**D15a - Qui l'a réalisé ?**

- une sage-femme de la maternité
- une sage-femme libérale en ville
- une sage-femme de PMI
- un gynécologue-obstétricien
- une autre personne, précisez

**D15b - A quel mois de l'année a-t-il été fait ?** (année 01)

**D15c - A la fin de cet entretien, vous a-t-on conseillé de prendre un rendez-vous avec une personne particulière en dehors de votre suivi médical pour la grossesse (par exemple une assistante sociale, un psychologue, une personne spécialisée dans la consommation de tabac, d'alcool, de drogue etc) ?**

**D16 - Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ?**

- non
- oui, en libéral
- oui, au sein de la maternité
- oui, en libéral et au sein de la maternité
- autre, précisez

**D16a - Combien ?**

**D16b - Est-ce que votre partenaire était présent.e à au moins une des séances ?**

**Les questions qui suivent concernent ce qui s'est passé avec les professionnels de santé rencontrés pendant votre grossesse (par exemple médecins, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens ou tous les autres professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé). Pouvez-vous dire à quel point il vous était facile ou difficile de faire ce qui est indiqué dans chacune des cinq affirmations suivantes.**

**Les réponses possibles sont :**

- 1: impossible ou toujours difficile
- 2: généralement difficile
- 3: parfois difficile
- 4: généralement facile
- 5: toujours facile

**D17 - Avoir de bonnes discussions sur votre santé avec les sages-femmes ou les médecins**

- impossible ou toujours difficile
- généralement difficile
- parfois difficile
- généralement facile
- toujours facile

**D18 - Discuter avec les professionnels de santé jusqu'à comprendre tout ce que vous aviez besoin de comprendre**

- impossible ou toujours difficile
- généralement difficile
- parfois difficile
- généralement facile
- toujours facile

**D19 - Poser des questions aux professionnels de santé pour obtenir les informations dont vous aviez besoin**

- impossible ou toujours difficile
- généralement difficile
- parfois difficile
- généralement facile
- toujours facile



D20 - Vous assurer que les professionnels de santé comprenaient bien votre situation

- impossible ou toujours difficile
- généralement difficile
- parfois difficile
- généralement facile
- toujours facile

D21 - Vous sentir capable de discuter de vos problèmes de santé avec un professionnel de santé ?

- impossible ou toujours difficile
- généralement difficile
- parfois difficile
- généralement facile
- toujours facile

**LA SANTÉ, LES EXAMENS ET LA PRÉVENTION PENDANT LA GROSSESSE**

E1a - Quel était votre poids avant cette grossesse ? (en kg) \_\_\_\_\_

E1b - Et à la fin de cette grossesse ? (en kg) \_\_\_\_\_

E2 - Quelle est votre taille exacte ? (en cm) \_\_\_\_\_

E3 - Combien avez-vous eu d'échographies en tout (quels que soient le lieu et la raison, y compris aux urgences et au cabinet médical) ? \_\_\_\_\_

E4 - À l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre, avez-vous eu une mesure de l'épaisseur de la nuque (darte nucale) pour connaître le risque de trisomie 21 ?  non  oui  ne sait pas

E5 - Avez-vous eu un dépistage de la trisomie 21 par une prise de sang ?  non  oui  ne sait pas

E5a - Quel test de dépistage avez-vous eu ?

- un dépistage par les marqueurs sériques seuls au 1<sup>er</sup> ou au 2<sup>ème</sup> trimestre avec un résultat sous la forme 1 sur \_\_\_\_\_
- une analyse de l'ADN du bébé seul c'est-à-dire un dépistage prénatal non invasif (DPNI)
- les deux, un dépistage des marqueurs sériques et un DPNI
- vous ne savez pas

E5b - Pourquoi n'avez-vous pas eu de dépistage ?

- non proposé
- refusé
- consultation trop tardive/grossesse non suivie ou à l'étranger
- amniocentèse d'emblée (ou biopsie de trophoblaste)
- autre raison, préciser \_\_\_\_\_
- ne sait pas

E6 - Avez-vous eu un des examens suivants ?

- une amniocentèse
- une biopsie de trophoblaste
- aucun de ces examens
- vous ne savez pas

E7 - Environ un an avant le début de votre grossesse, fumiez-vous des cigarettes (cad cigarettes « classiques » ou tabac à rouler, sans compter les cigarettes électroniques) ?  non  oui

**Si oui** E7a - Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ? \_\_\_\_\_

E8 - Au moment où vous avez eu votre grossesse, fumiez-vous ?  non  oui

**Si oui** E8a - Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ? \_\_\_\_\_

10

E9 - Au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ? (cad cigarettes « classiques » ou tabac à rouler, sans compter les cigarettes électroniques, aucune cigarette = 00) \_\_\_\_\_

E10 - Environ un an avant le début de votre grossesse, avez-vous fumé du cannabis, au moins une fois ?  non  oui

**Si oui** E10a - A quelle fréquence ?

- moins d'une fois par mois
- 1 à 2 fois par mois
- 3 à 5 fois par mois
- 6 à 9 fois par mois
- au moins 10 fois par mois

E11 - Pendant votre grossesse, avez-vous fumé du cannabis, même occasionnellement ?  non  oui

**Si oui** E11a - A quelle fréquence ?

- moins d'une fois par mois
- 1 à 2 fois par mois
- 3 à 5 fois par mois
- 6 à 9 fois par mois
- au moins 10 fois par mois

E12 - Environ un an avant le début de votre grossesse, à quelle fréquence buviez-vous des boissons alcoolisées ? (bière, vin, apéritif, champagne...)

- jamais
- 1 fois par mois, ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois par semaine ou plus, mais pas tous les jours
- tous les jours

E12a - Environ un an avant le début de votre grossesse, combien de verres standards buviez-vous au cours d'une semaine ou vous buviez des boissons alcoolisées (y compris le week end) ?

- moins d'un verre
- 1 à 4 verres
- 5 à 10 verres
- 11 à 13 verres
- 14 verres ou plus

E13 - A partir du moment où vous avez eu votre grossesse, à quelle fréquence buviez-vous des boissons alcoolisées ?

- jamais
- 1 fois par mois, ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois par semaine ou plus, mais pas tous les jours
- tous les jours

E13a - A partir du moment où vous avez eu votre grossesse, combien de verres standards buviez-vous au cours d'une semaine ou vous buviez des boissons alcoolisées (y compris le week end) ?

- moins d'un verre
- 1 à 4 verres
- 5 à 10 verres
- 11 à 13 verres
- 14 verres ou plus

E13b - A partir du moment où vous avez eu votre grossesse, combien de fois vous est-il arrivé de boire 3 verres ou plus de boissons alcoolisées en une même occasion, y compris pour des fêtes (anniversaire, mariage...)?

- jamais
- moins d'une fois par mois
- une fois par mois
- une fois par semaine
- chaque jour ou presque

11

E14 - Pendant la grossesse, avez-vous eu un dépistage du diabète ?  non  oui  ne sait pas

E15 - Est-ce que vos parents, frères, sœurs ou enfants ont un diabète (type 1, type 2) ?  non  oui  ne sait pas

E16 - Pendant la grossesse ou dans les 3 années précédant cette grossesse, avez-vous eu un ou plusieurs examens pour le dépistage du cancer du col ?  non  oui  ne sait pas

**Si oui** E16a - Avez-vous eu un frottis cervical ?

- non
- oui, dans les 3 ans précédant la grossesse
- oui, pendant cette grossesse
- oui, dans les 3 ans précédant la grossesse et pendant la grossesse
- vous ne savez pas

**Si non** E16b - Avez-vous réalisé un auto-prélèvement vaginal ?

- non
- oui, dans les 3 ans précédant la grossesse
- oui, pendant cette grossesse
- oui, dans les 3 ans précédant la grossesse et pendant la grossesse
- vous ne savez pas

E17 - Pendant votre grossesse, vous a-t-on proposé ou conseillé de vous vacciner contre la grippe ?  non  oui  ne sait pas

E18 - Pendant votre grossesse, avez-vous été vaccinée contre la grippe ?  non  oui

**Si oui** E18a - Qui vous a prescrit le vaccin ?

- un gynécologue-obstétricien
- une sage-femme
- un généraliste
- un pharmacien
- la médecine du travail
- autre, préciser \_\_\_\_\_

E18b - Pourquoi ?

- On ne vous l'a pas proposé
- Vous aviez peur que la vaccination ait des effets défavorables pour votre bébé
- Vous aviez peur que la vaccination ait des effets défavorables pour vous
- Vous n'avez pas peur d'avoir la grippe
- Vous n'aimez pas les vaccins en général
- Autre raison, préciser \_\_\_\_\_

E19 - Durant la grossesse, avez-vous reçu des conseils pour limiter la transmission du CMV (cytomégalovirus) ?  non  oui  ne sait pas

E20 - Pour cette grossesse, avez-vous pris de la vitamine B9 (acide folique ou folates) ou des multivitamines spécialement pour la grossesse ?  non  oui  ne sait pas

**Si oui** E20a - Quand avez-vous commencé ?

- 3 mois ou plus avant votre grossesse
- 1 ou 2 mois avant votre grossesse
- dans le premier mois de grossesse
- entre le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois de grossesse
- après le troisième mois de grossesse
- vous ne savez plus à quel moment de la grossesse

12

E21 - Pendant votre grossesse, un professionnel de santé vous a-t-il demandé si vous fumiez ?  non  oui  ne sait pas

**Si oui** E21a - Que vous a-t-il recommandé ?

- vous n'avez pas eu de recommandation car vous ne fumiez pas
- vous n'avez pas reçu de conseils
- vous avez eu des conseils pour arrêter
- vous avez eu des conseils pour diminuer
- il vous a dit qu'il était possible de fumer de temps en temps
- vous ne savez pas

E22 - Pendant votre grossesse, un professionnel de santé vous a-t-il interrogé sur votre consommation d'alcool ?  non  oui  ne sait pas

E23 - Pendant votre grossesse, un professionnel vous a-t-il donné des conseils sur la consommation d'alcool ?

- vous n'avez pas reçu de conseils
- vous avez eu des conseils pour ne pas boire du tout
- vous avez eu des conseils pour diminuer votre consommation
- on vous a dit qu'il était possible de boire un verre de temps en temps
- vous ne buvez jamais d'alcool
- vous ne savez pas

**L'ACCOUCHEMENT ET L'ENFANT**

*Je vais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre accouchement.*

F1 - Pour votre accouchement, combien de temps avez-vous mis pour aller de votre domicile à la maternité (en minutes) (noter 999 si accouchement hors maternité) ? \_\_\_\_\_

F2 - Comment êtes-vous venue à la maternité, pour votre accouchement ?

- en voiture (personnelle ou celle d'un proche)
- en transport en commun (bus, métro...)
- en taxi
- en transport d'urgence (ambulance privée, pompiers, SAMU)
- autre, préciser \_\_\_\_\_

F3 - Êtes-vous venue à la maternité avec des demandes particulières concernant le déroulement de votre accouchement, par exemple pouvoir bouger pendant l'accouchement, garder des vêtements personnels, ne pas avoir d'épisiotomie ?

- oui, vous avez écrit un projet de naissance
- oui, vous aviez des demandes particulières, mais vous ne les avez pas écrites
- non, vous n'avez pas de demande particulière

F3a - Avez-vous pu exprimer vos demandes ?  non  oui

F3b - Vos demandes étaient de

- F3b1 - pouvoir boire et/ou manger  non  oui
- F3b2 - pouvoir marcher, changer de position, faire du ballon  non  oui
- F3b3 - faire du peau à peau avec votre enfant  non  oui
- F3b4 - limiter les actes médicaux comme l'épisiotomie, la césarienne, le recours à l'oxytocine  non  oui
- F3b5 - avoir de la lumière douce et/ou de la musique  non  oui
- F3b6 - porter des vêtements personnels  non  oui
- F3b7 - accoucher sans périnéale  non  oui
- F3b8 - autre, préciser \_\_\_\_\_

13



**F4 - Comment avez-vous accouché ?**

- par voie basse
- par césarienne avant le début du travail
- par césarienne durant le travail

→ Si césarienne avant travail (F4=2), passez à la question F16

**F5 - Avez-vous bu ou mangé pendant le travail, c'est-à-dire en salle de naissance ?**

- seulement bu
- seulement mangé
- bu et mangé
- ni bu, ni mangé

**F6 - Avant votre accouchement, souhaitez-vous avoir une analgésie péridurale pour soulager la douleur ?**

- non
- oui, absolument
- oui peut être, vous hésitez

**F7 - Pendant votre accouchement, avez-vous eu une analgésie péridurale (y compris raché ou péri-rachianesthésie) ?**

non  oui

**F7a - Avez-vous eu une petite pompe sur laquelle appuyer pour gérer vous-même les injections d'anesthésique de votre péridurale (PCEA, PEB) ?**

non  oui

**F7b - Comment évaluez-vous l'efficacité de la péridurale pour soulager la douleur ?**

parfaitement efficace

trop efficace

peu ou partiellement efficace

totalement inefficace

autre, précisez \_\_\_\_\_

**F8 - Pendant votre accouchement, avez-vous eu quelque chose d'autre pour soulager la douleur ?** *Passer toutes les questions*

**F8a - des médicaments par injection ou par perfusion**  non  oui

**F8b - des médicaments en comprimés**  non  oui

**F8c - un gaz à respirer**  non  oui

**F8d - une méthode non médicamenteuse comme**

**F8d1 - un ballon, la marche, le choix de vos positions**  non  oui

**F8d2 - un bain ou une douche pendant le travail**  non  oui

**F8d3 - un massage**  non  oui

**F8d4 - de l'hypnose ou de la sophrologie**  non  oui

**F8d5 - de l'acupuncture ou de l'acupression**  non  oui

**F8d6 - une autre méthode, précisez \_\_\_\_\_**

**F9 - Globalement, êtes-vous satisfaite de ce que vous avez eu pour soulager la douleur ou pour vous aider pendant les contractions, quelle que soit la méthode utilisée (y compris l'analgésie péridurale) ?**

- très satisfaite
- plutôt satisfaite
- peu satisfaite
- pas du tout satisfaite

→ Si césarienne pendant travail (F4=3), passez à la question F16

**F10 - Dans quelle position étiez-vous au moment où vous avez commencé à pousser votre bébé (au début des efforts expulsifs) ?**

- sur le dos (étriers, position gynécologique, cale-pieds etc)
- sur le côté
- à 4 pattes ou à genoux
- autre, précisez \_\_\_\_\_

14

**F11 - Quelle était votre position lorsque votre bébé est né (quand le médecin ou la sage-femme a sorti votre bébé) ?**

- sur le dos (étriers, position gynécologique, cale-pieds etc)
- sur le côté
- à 4 pattes ou à genoux
- autre, précisez \_\_\_\_\_

**F12 - Qui vous a aidé à mettre au monde votre bébé ?**

- un gynécologue ou un obstétricien (yc interne)
- une sage-femme (yc étudiante)
- une autre personne, précisez \_\_\_\_\_

**Nous allons maintenant parler de la douleur que vous avez pu avoir au moment de l'accouchement.**

**F13 - Avez-vous accouché par voie basse spontanée (cad SANS forceps, ventouse, spatules) ?**  non  oui

**F13a - Quel chiffre décrit le mieux votre niveau de douleur au cours de la sortie de la tête de votre bébé en utilisant une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable) ?**

**F14 - Avez-vous accouché par voie basse instrumentale (cad par forceps, ventouse, spatules) ?**  non  oui

**F14a - Quel chiffre décrit le mieux votre niveau de douleur au moment des manœuvres instrumentales en utilisant une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable) ?**

**F15 - Avez-vous eu une déchirure ou une épisiotomie ayant nécessité une suture ?**  non  oui

**F15a - Quel chiffre décrit le mieux votre niveau de douleur au moment de la suture en utilisant une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable) ?**

→ Passez à la question F19

**Pour les femmes ayant accouché par césarienne**

**Nous allons maintenant parler de la douleur que vous avez pu avoir au moment de votre césarienne.**

**F16 - Si on utilise une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable), quel chiffre décrit le mieux l'importance de votre douleur au tout début de la césarienne ?**

**F17 - Si on utilise une échelle allant de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur insupportable), quel chiffre décrit le mieux l'importance de votre douleur juste après la sortie de votre bébé ?**

→ Si F16=1 ou F17=1, poser F18. Sinon, passer à F19

**F18 - Cette douleur a-t-elle été prise en compte par l'équipe soignante au bloc opératoire ?**  non  oui

**Pour toutes les femmes**

**Au sujet de votre bébé maintenant**

**F19 - Avez-vous eu un contact peau à peau avec votre bébé ?**

- oui, en salle de naissance
- oui, au bloc opératoire
- oui, en salle de réveil
- oui, au bloc opératoire et en salle de réveil
- pas de peau à peau

15

**F20 - Une personne de votre entourage était-elle présente au moment de la naissance de votre enfant ?**

- non
- oui, votre partenaire
- oui, une autre personne de votre entourage

**F21 - Avez-vous essayé une mise au sein dans les deux premières heures suivant sa naissance (y compris la tétée d'accueil) ?**  non  oui

**F22 - Aujourd'hui comment votre enfant est-il nourri ?**

- au lait maternel (ou du lactarium) uniquement
- au lait premier âge du commerce uniquement
- allaitement mixte (lait maternel et lait premier âge du commerce)
- inconnu

→ Si réponse 2 F22a - Avez-vous essayé de l'allaiter ?  non  oui

**F23 - Depuis le jour de sa naissance, votre nouveau-né a-t-il bu de l'eau ?**  non  oui

**F24 - Les professionnels de santé vous ont-ils conseillé de toujours coucher votre bébé sur le dos quand il dort ?**

- non, jamais
- oui, pendant la grossesse
- oui, après l'accouchement
- oui, pendant la grossesse et après l'accouchement
- vous ne savez pas

**Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces questions. N'hésitez à poser vos questions ou à demander des conseils à l'équipe de la maternité. Vous pouvez aussi consulter la liste des ressources disponibles remise avec la lettre d'informations.**

**BILAN DE L'ENTRETIEN**

**A remplir pour toutes les femmes interrogées:**

**N1 - Présence d'une tierce personne lors de l'entretien en face-à-face**

- non
- oui, précisez qui \_\_\_\_\_

**N2 - Déroulement de l'entretien en face à face (plusieurs réponses possibles)**

- réponses de la femme sans aide
- réponses avec l'aide d'un proche
- réponses avec l'aide de l'enquêteur
- pas d'interrogatoire

**N3 - Si entretien difficile, pourquoi ?**

- arrêt en cours d'entretien, précisez la raison \_\_\_\_\_
- état de santé de l'enfant
- état de santé de la mère
- problème de langue
- autre, précisez \_\_\_\_\_

**N4 - Commentaire libre**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16

**DONNÉES DU DOSSIER MÉDICAL**

**G1 - Date de naissance de la mère (mm/aa)**

**G2 - Adresse de la femme**

**G2a - Rue 1**

**G2b - Rue 2**

**G2c - Ville**

**G2d - Code Postal**

**SITUATION AVANT LA GROSSESSE**

**G3 - Nombre total de grossesses (grossesse actuelle non comprise)**

**G4 - Nombre d'accouchements (> 22 SA) (accouchement actuel non compris)**

**G5 - Nombre d'avortements spontanés (<22SA)**

**G6 - Nombre d'IVG**

**G7 - Nombre de GEU**

**G8 - Nombre d'IMG (grossesse actuelle non comprise)**

**G9 - Nombre de césariennes (grossesse actuelle non comprise)**

**G10 - Nombre d'enfants nés prématurés (grossesse actuelle non comprise)**

**G11 - Nombre d'enfants nés hypotrophes (grossesse actuelle non comprise)**

**G12 - Nombre d'enfants nés macrosomes (grossesse actuelle non comprise)**

**G13 - Nombre de mort-nés (grossesse actuelle non comprise)**

**G14 - Nombre de décès néonataux (entre 0 et 27 jours) (grossesse actuelle non comprise)**

**G15 - Hypertension artérielle à la grossesse**

- non
- HTA chronique
- HTA ou prééclampsie pendant une grossesse antérieure uniquement

**G16 - Diabète antérieur à la grossesse**

- non
- DID (insulino-dépendant), type 1
- DNID (non insulino-dépendant), type 2
- diabète gestationnel (pour une grossesse antérieure)

19



G17 - Autre(s) pathologie(s) chronique(s) sévère(s) et handicap(s) avant la grossesse  
 non  
 oui, préciser \_\_\_\_\_

G18 - Date de début de grossesse (j/mm/aa) \_\_\_\_\_

**PATHOLOGIES INFECTIEUSES PENDANT LA GROSSESSE : DÉPISTAGES**

H1 - Sérologie de la syphilis au cours de la grossesse  
 oui, une fois  
 oui, plusieurs fois  
 oui, nombre de fois non précisé  
 non faite  
 information non disponible dans le dossier médical

H2 - Statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose (résultat du dernier test réalisé pendant la grossesse)  
 absence d'anticorps (femme séronégative)  
 présence d'IgG spécifiques (femme immunisée)  
 séroconversion : positivisation de la sérologie pendant la grossesse  
 statut non connu

**AUTRES PATHOLOGIES ET COMPLICATIONS**

H11 - Menace d'accouchement prématuré ayant nécessité une hospitalisation \_\_\_\_\_  non  oui  
**Si oui :**  
 H11a - Date de l'hospitalisation (la 1<sup>ère</sup> si plusieurs) (j/mm) \_\_\_\_\_  
 H11a.1 - Durée totale d'hospitalisation (en jours) \_\_\_\_\_

H12 - Localisation placentaire au troisième trimestre ou lors de la dernière échographie  
 normalement inséré  
 bas inséré antérieur  
 bas inséré postérieur  
 bas inséré sans précision  
 recouvrant  
**Si réponse 2 à 5 :**  
 H12a - Nombre d'hospitalisations pour métrorragies après 22SA \_\_\_\_\_

H13 - Hypertension artérielle pendant la grossesse (systolique  $\geq 140$  ou diastolique  $\geq 90$ )  
 non  
 oui avec protéinurie ( $\geq 0,3$  g/l ou par 24h)  
 oui sans protéinurie  
**Si oui :**  
 H13a - Date au diagnostic (j/mm) \_\_\_\_\_  
 H13b - Hospitalisation (y.c. l'hospitalisation ayant conduit à l'accouchement) :  non  oui

H4 - Diabète gestationnel  
 non  
 oui, traité par insuline  
 oui, traité par antidiabétiques oraux  
 oui, traité uniquement par régime (sans insuline)  
 oui, mais traitement inconnu

I5 - Anémie en cours de grossesse (hémoglobine  $< 11$ g/dl) \_\_\_\_\_  non  oui

I6 - Injection intraveineuse de fer \_\_\_\_\_  non  oui

I7 - Infection à Coronavirus pendant la grossesse ou à l'accouchement \_\_\_\_\_  non  oui  
**Si oui :** I7a - Date au diagnostic (j/mm) \_\_\_\_\_

I8 - Mutilation sexuelle féminine \_\_\_\_\_  non  oui  
**Si oui :**  
 I8a - Si oui, quel est le type ?  
 clitoridectomie  
 excision  
 infibulation  
 sans précision

I9 - Mention en clair dans le dossier d'une suspicion d'une anomalie de poids fœtal pendant la grossesse  
 non  
 oui, RCIU, hypotrophie, petit poids pour l'âge gestationnel, etc.  
 oui, macrosomie, gros bébé, etc.

I10 - Echographie du 2<sup>ème</sup> trimestre (la plus proche de 22 SA)  
 I10a - Age gestationnel (en SA + jours) SA \_\_\_\_\_ + J \_\_\_\_\_  
 I10b - Poids fœtal estimé (en g) \_\_\_\_\_

I11 - Echographie du 3<sup>ème</sup> trimestre (la plus proche de 32 SA)  
 I11a - Age gestationnel (en SA + jours) SA \_\_\_\_\_ + J \_\_\_\_\_  
 I11b - Poids fœtal estimé (en g) \_\_\_\_\_  
 I11c - Périmètre crânien estimé (en mm) \_\_\_\_\_  
 I11d - Périmètre abdominal estimé (en mm) \_\_\_\_\_  
 I11e - Longueur du fémur estimé (en mm) \_\_\_\_\_

I12 - Autre(s) pathologie(s) sévère(s) et complication(s) en cours de grossesse (non connue(s) avant la grossesse)  
 non  
 oui, préciser \_\_\_\_\_

I13 - Administration anténatale de corticoïdes pour maturation pulmonaire fœtale \_\_\_\_\_  non  oui  
**Si oui :** I13a - Date de la première cure (j/mm) \_\_\_\_\_

I14 - Transfert in utero d'une autre maternité pour hospitalisation ou accouchement  
 non  
 oui, pour raison maternelle  
 oui, pour raison fœtale  
 oui, pour raisons maternelle et fœtale

**ACCOUCHEMENT**

J1 - Date et heure d'admission à la maternité (jour/mois/heure/minutes) \_\_\_\_\_

J2 - Age gestationnel à l'accouchement (SA, J) SA \_\_\_\_\_ + J \_\_\_\_\_

J3 - Grossesse  unique  gémellaire  triple ou plus

J4 - Présentation  céphalique  siège  autre

J5 - Mode de début du travail  
 travail spontané  
 déclenchement (y compris maturation du col seule)  
 césarienne avant début du travail, réalisée de façon programmée  
 césarienne avant début du travail, réalisée en urgence  
**Si réponse 2 :**  
 J5a - Date et heure au début du déclenchement \_\_\_\_\_  
 J5b - Méthode utilisée initialement  
 rupture artificielle des membranes seule  
 oxytocine  
 rupture des membranes et oxytocine  
 maturation cervicale  
**Si réponse 3 :**  
 J5b1 - Technique utilisée en première intention  
 progestif  
 gel de prostaglandine  
 misoprostol  
 ballonnet  
 autre (laminaires etc), préciser \_\_\_\_\_  
**Si réponse 4 :**  
 J5b2 - Technique utilisée en deuxième intention  
 pas de deuxième technique  
 progestif  
 gel de prostaglandine  
 misoprostol  
 ballonnet  
 autre (laminaires etc), préciser \_\_\_\_\_

J6a - Motif principal de déclenchement ou de césarienne avant travail  
 post-terme ou prévention du post-terme  
 rupture prématurée des membranes  
 anomalie de la présentation  
 RCIU, petit poids pour l'âge gestationnel, hypotrophie  
 suspicion de macrosomie  
 autre anomalie de la vitalité fœtale  
 utérus cicatriciel  
 diabète gestationnel ou préexistant  
 placenta praevia  
 pathologie maternelle hypertensive, y compris pré-éclampsie  
 autre pathologie maternelle  
 sans motif médical  
 autre, préciser \_\_\_\_\_

J6b - Deuxième motif  
 pas de deuxième motif  
 post-terme ou prévention du post-terme  
 rupture prématurée des membranes  
 anomalie de la présentation  
 RCIU, petit poids pour l'âge gestationnel, hypotrophie  
 suspicion de macrosomie  
 autre anomalie de la vitalité fœtale  
 utérus cicatriciel  
 diabète gestationnel ou préexistant  
 placenta praevia  
 pathologie maternelle hypertensive, y compris pré-éclampsie  
 autre pathologie maternelle  
 sans motif médical  
 autre, préciser \_\_\_\_\_

J7 - Rupture de la poche des eaux  
 spontanée avant travail  
 spontanée durant le travail  
 artificielle durant le travail ou en cours de césarienne

J8 - Date et heure de rupture de la poche des eaux (jour/mois/heure/minutes) \_\_\_\_\_  
**Si césarienne avant travail, passer à la question J21**

J9 - Date et heure d'entrée en salle de naissance pour l'accouchement \_\_\_\_\_

J10 - Dilatation cervicale à l'entrée en salle de naissance pour l'accouchement (en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète) \_\_\_\_\_

J11 - Ocytociques pendant le travail \_\_\_\_\_  non  oui  
**Si oui :**  
 J11a - Date et heure au début du traitement \_\_\_\_\_  
 J11b - Dilatation cervicale à la mise en place de l'ocytocine pendant le travail (en cm) \_\_\_\_\_

J12 - Analgésie pendant le travail (si PCA ou PIEB sans autre indication dans le dossier, cocher péri-durale)  
 aucune  
 péri-durale  
 rachianalgésie  
 péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)  
 analgésie parentérale  
 autre, préciser \_\_\_\_\_  
**Si réponse 1 à 3 :**  
 J12a - Date et heure lors de la pose \_\_\_\_\_  
 J12b - Dilatation à la pose de la péri-durale (en cm) \_\_\_\_\_

J13 - Date et heure de la dilatation à 5 cm (début de la phase active) \_\_\_\_\_  
 J13a - S'agit-il ?  
 de l'heure exacte de l'examen qui constate une dilatation de 5 cm sur le partogramme  
 d'une estimation de l'heure à 5 cm à partir de la courbe du partogramme

J14 - Date et heure lors de la dilatation cervicale à 10 cm (dilatation complète) (noter 99 99 99 si césarienne durant travail avant 10 cm) \_\_\_\_\_

J15 - Accouchement  voie basse non instrumentale  
 forceps  
 spatules  
 ventouse  
 césarienne  
**Si réponse 1 à 4 :** J16 - Durée totale des efforts expulsifs (minutes) \_\_\_\_\_

J17 - Epistomie \_\_\_\_\_  non  oui

J18 - Déchirure  non  
 déchirure du 1<sup>er</sup> degré ou déchirure périnéale simple (2<sup>ème</sup> degré)  
 périnée complet, ou complet-complicé (3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> degré)

**Si césarienne pendant travail**  
 J19 - Dilatation cervicale lors du passage au bloc opératoire (en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète) \_\_\_\_\_



