Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2024

Chapitre II

Focus Santé sexuelle

Version 2.1.0 du 30/10/2024

Sommaire

a) Santé périnatale 2
b) Mortalité périnatale 4
c) Contraception 4
d) Recours à l'interruption volontaire de grossesse 6
e) Maladies sexuellement transmissibles 6
f) Dépistages du cancer 10
g) Affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale 11
h) Malformations congénitales et anomalies chromosomiques 12
i) Références 13

BALICCHI Julien – Responsable du service Etudes et Statistiques de l'ARS de Mayotte

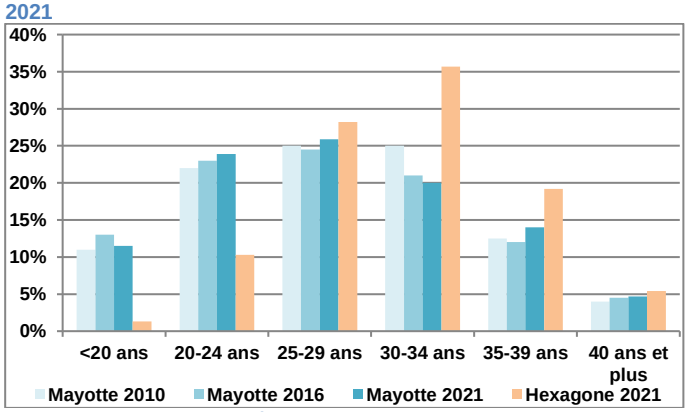
ABOUDOU Achim – Directeur de l'ORS de Mayotte
AHAMADA Zelda – Chargée d'études et Documentaliste de l'ORS de Mayotte
NZABA-LOUNDOU Herman-Gickel – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte
TOIBIBOU Zaïna – Chargé d'études de l'ARS de Mayotte

a) Santé périnatale

Caractéristiques des parturientes

En 2021, **11 % des parturientes ont moins de 20 ans**, contre 1,4 % dans l'Hexagone [1] (11 % en 2010 [2]).
L'âge moyen **est de 28 ans** [3] (27 ans en 2010 [2]) et celui des **primipares de 22 ans**, respectivement 31 ans et 29 ans dans l'Hexagone en 2021 [4].
Le **taux de mères mineurs est de 5 %** contre 0,3 % dans l'Hexagone, stables avec 2019 et 2020 [4].
La **proportion de mères de nationalité étrangère** a augmenté depuis 2010, atteignant **76 % en 2021** : la grande majorité est comorienne [2]. Elles sont devenues une **minorité à arriver à Mayotte pendant leur grossesse** (3,5% en 2021 contre 12,5% en 2016) [2]. Une grande majorité des mères sont en situation de précarité, **33 % n'ont jamais été scolarisées ou ont arrêté leur scolarité en primaire** (contre 1,7 % dans l'Hexagone et 14 % dans l'ensemble des Drom) [1]. Le revenu du foyer est **inférieur à 500€ pour 44 % des mères** (contre 45 % en 2010) [1]. Enfin, **59 % ne disposent d'aucune couverture de santé** [1], contre 62 % en 2016 [2] (*Tableau 1*).

Figure 1 : Age des parturientes de Mayotte en 2010 et 2021



Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [1]

Tableau 1 : Couverture sociale et Couverture maladie complémentaire au début de la grossesse en 2010 et 2021 à Mayotte

%		Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Couverture sociale au début de la grossesse	Sécurité sociale	38	40,8	96,3
	CMU ou AME	0,1	0,0	2,7
	Aucune	62	59,2	1,0
Couverture maladie complémentaire	Mutuelle, assurance privée ou institution de prévoyance	4,8	8,3	93,0
	Aucune	95,2	91,7	7,0

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2016* [2]

En 2021, **Sept femmes sur dix sont heureuses que la grossesse arrive maintenant** (plus qu'en 2016 [2]) équivalent à l'Hexagone [3]. Cependant, **elles sont beaucoup plus nombreuses à ne pas vouloir tomber enceinte**, 16 % contre 4 % dans l'Hexagone [3].
A Mayotte, **six mères sur dix déclarent en 2021 avoir déjà eu recours à la contraception** contre pratiquement neuf mères sur dix dans l'Hexagone [3]. Sachant que la **pilule** (54 %) et les méthodes de type **implant, patch ou anneau vaginal** (36 %) sont de très loin les plus utilisées (*Tableau 2*), elles sont **aussi les plus à risque** [3].

Tableau 2 : Usage des méthodes contraceptives en 2016 et 2021 à Mayotte

%		Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Dernière méthode de contraception utilisée	Pilule	58	54	60
	Implant, patch, anneau vaginal	22	36	6
	Stérilet	3	4	16
	Préservatif masculin	5	3	14
	Autre méthode	13	4	5

Source : ARS Mayotte, *enquête nationale périnatale de 2021* [3]

Tableau 3 : Parité en 2010, 2016 et 2021 à Mayotte

%	Mayotte 2010	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
0	23	23	22	41
1	19	20	20	35
2	17	17	18	15
≥ 3	41	40	39	9

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [3]

On y observe un **taux d'échec**[1] dans l'utilisation de contraceptifs beaucoup **plus important** : 46 % contre 23 % dans l'Hexagone [3] (*Tableau 2*). On note enfin une **légère augmentation d'antécédents d'IVG** (14 %) par rapport à 2016 (18 %) [3].

Etat de santé des mères

Malgré le maillage de l'offre de soins en 2021, le **temps d'accès à la maternité est plus long à Mayotte**, 68 % des mères mettent moins de 30 minutes pour se rendre à la maternité contre 74 % dans l'Hexagone. Sachant que le trajet ne s'effectue en **voiture** que pour à peine une mère sur deux (45 % contre 88 % dans l'Hexagone), dans l'autre moitié des cas le trajet s'effectue en **taxi** (27 % contre 3 %) ou en **transport d'urgence** (20 % contre 5 %) [3].

Tableau 4 : Antécédents médicaux antérieurs à la grossesse en fonction de l'affiliation en 2021 à Mayotte

%	Affiliée	Non affiliée
Diabète antérieur à la grossesse	5	6
Antécédent d'enfant mort-né	1	6
Antécédent d'enfant né prématuré	12	10
Antécédent de césarienne	22	16

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [3]

Les dossiers médicaux des parturientes font état de **diabète gestationnel** et d'une **HTA gestationnelle antérieurs** à la grossesse pour respectivement **6 %** et **3 %** à Mayotte, contre respectivement 3 % et 1,2 % dans l'Hexagone. C'est d'autant plus inquiétant pour **les antécédents de diabète gestationnel qui ont triplé entre 2016 (1,6 %) et 2021** [3].

[1] Est tombée enceinte ou encore ne convenait pas. Ainsi, le taux d'échec pour les femmes enceintes ayant recours à la pilule est de 73 % contre 54 % en usage habituel. Pour les femmes ayant arrêté la contraception parce que la méthode ne convenait pas, le taux d'échec est de 45 % lorsqu'elles utilisaient les méthodes de type implant, patch ou anneau vaginale, contre 36 % en usage habituel.

Pendant la grossesse, **6 %** des mères sont concernées par une **HTA**, **12 %** d'une **suspicion d'anomalie du poids fœtale** et **1,1 % d'un placenta prævia** [3]. **Taux** relativement **proches** de ceux observés dans l'Hexagone [3]. Le **diabète gestationnel** concerne **10 %** des mères à Mayotte (contre 16 % dans l'Hexagone) [3]. 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 [3]. Enfin, en fin de grossesse, le statut pour la **toxoplasmose** et la **syphilis** des parturientes était inconnu pour, respectivement, seulement **1,6 %** pour la toxoplasmose et **1,5** % pour la syphilis [3].
Les comportements à risque restent très marginaux à Mayotte, moins de 1 % des parturientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool après avoir eu connaissance de leur grossesse et 1,3 % fumait pendant le troisième trimestre (contre respectivement 3 % et 12 % dans l'Hexagone) [3] (*Tableau 5*).

Tableau 5 : Comportements à risque pendant la grossesse en 2016 et 2021 à Mayotte

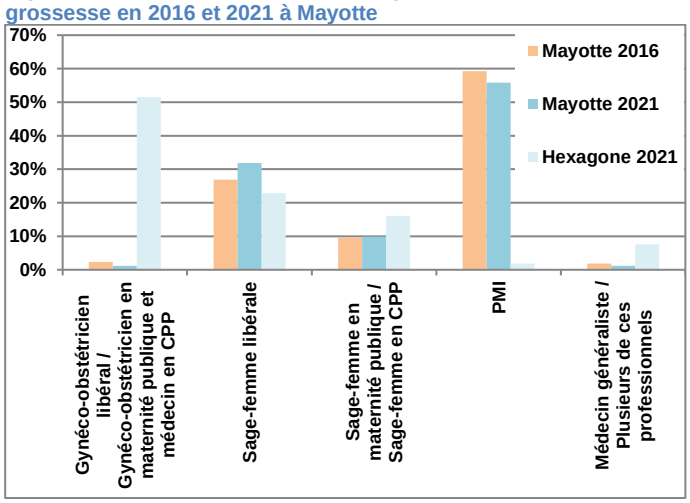
%	Mayotte 2010	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Consommation d'alcool après avoir eu connaissance de la grossesse		1,0	<1	3
Consommation de cigarettes pendant le troisième trimestre	1,0	2	1,3	12
Consommation de cannabis pendant la grossesse		0,2	<1	1,1

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [3]

Suivi de grossesse

Du fait de la structuration de l'offre de soins et de la faiblesse de la démographie médicale en spécialistes en obstétrique, **les sages-femmes sont les acteurs principaux du suivi de grossesse** à Mayotte en 2021, désignées comme professionnel principal [3]. **Une parturiente sur deux** (56 %) déclare avoir consulté un **professionnel de la PMI** et **une sur dix** déclare avoir consulté une sage-femme en **maternité publique ou en CPP** [3]. Les **libérales** ont été sollicité par **une parturiente sur trois** (soit plus qu'en 2016 avec 27 %) [3] (*Figure 2*).

Figure 2 : Professionnels consultés pour le suivi de grossesse en 2016 et 2021 à Mayotte



Source: ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [3]

Malgré leur implication, le suivi des femmes enceintes reste insuffisant en 2021, tout comme en 2016 [3]. Le nombre déclaré d'échographies reste bien en deçà des recommandations (malgré une nette amélioration) : **seulement 32 % déclarent avoir réalisées les plus de trois échographies** recommandées contre plus de 86 % dans l'Hexagone [3] (*Tableau 6*).

Tableau 6 : Consultations médicales au cours de la grossesse en 2016 et 2021 à Mayotte

	%	Mayotte 2010	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Nombre de consultations en urgence	**Oui**		28	1,2	50
	Non		72	32	50
Entretien du 4ème mois	**Oui**	4	7	10	37
	Non / Ne sait pas	96	94	56	64
Nombre d'échographies réalisées	**Moins de 3**	48	46	1,2	0,4
	3	33	32	1,2	13
	Plus de 3	19	22	32	86

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [3]

Accouchements[2]

Le **taux de césarienne est de 14 %** en 2021, bien en deçà de celui observé dans l'Hexagone (21 %) [3] (*Tableau 7*). De plus, près d'une femme sur dix déclare avoir ressenti une douleur forte voire insupportable lors de l'accouchement (89 % contre 56 % dans l'Hexagone) [3].
La voie basse instrumentale est **deux fois moins fréquente que dans l'Hexagone** (6 % contre 12 %). **Les épisiotomies** ont concerné seulement **1,7 % des accouchements par voie basse**, contre 8 % dans l'Hexagone [3].
Le faible interventionnisme médical peut être expliqué par la **parité plus importante** et le fait que la très **grande majorité des accouchements est réalisée par des sage-femmes** (76 %) du fait de **l'absence de gynécologues-obstétriciens** dans les maternités périphériques [3] (*Tableau 7*).

Tableau 7 : Taux de césarienne selon les antécédents en 2016 et 2021 à Mayotte

Taux de Césarienne (%)	Mayotte 2010	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Ensemble des naissances	20	18	30	21
Multipares	19	15	70	18
Sans antécédents de césarienne	13	8	1,8	8
Avec antécédent de césarienne	47	49	98	58
Primipares	22	32	34	22

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [3]

[2] En 2010, contrairement à ce qui était observé dans les pays Européens, il naissait à Mayotte un peu plus de filles (51,2 %) que de garçons [68].

La prise en charge médicale de la douleur est bien moins répandue que dans l'Hexagone [3]. La très grande majorité des parturientes (75 %, 88 % en 2016) n'a **bénéficié d'aucune analgésie pendant le travail** contre 15 % dans l'Hexagone [3]. Deux faits contribuent à ce constat : la **faible accessibilité** à ces pratiques, anesthésistes présents uniquement sur le site de Mamoudzou et en nombre insuffisant, et une **demande plus faible** des parturientes, seulement 12 % des parturientes souhaitaient absolument une analgésie péridurale avant leur accouchement sachant que 34 % d'entre elles ne l'ont pas reçue [3].
En 2021, les **taux de prématurité** (10 %) et de **petits poids** (11 %) sont en **légère baisse** par rapport à 2016 (respectivement 12 % et 13 %), mais **restent toujours supérieurs à l'Hexagone** (7 %) [3].

Tableau 8 : Santé des nouveau-nés à la naissance en 2016 et 2021 à Mayotte

%		Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Etat du nouveau-né à la naissance	Vivant	99,0	99	99,1
	Mort-né	0,9	0,9	0,5
	IMG	0,1	0,1	0,4
Anomalie congénitale	Oui	5		
	Non	95		
Apgar à 5 minutes	<7	1,9 [≤6]	2	1,6
	7-9	6 [7-8]	8	8
	10	92 [9-10]	90	91
pH artériel au cordon	<7	5	<1,0	0,7

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [3]

Tableau 9 : Déroulement du travail en 2016 et 2021 à Mayotte

%		Mayotte 2010	Mayotte 2016	Mayotte 2021	Hexagone 2021
Présentation fœtale	Céphalique	96	96	98	95
	Autre	4	4	3	5
Mode de début de travail	Travail spontané	78	82	84	64
	Déclenchement	14	12	11	26
	Césarienne avant le travail	8	5	5	7
Rupture de la poche des eaux (parmi les voies basses)	Artificielle		32	22	39
	Spontanée avant le travail		20	25	32
	Spontanée pendant le travail		47	54	30
Ocytocine durant le travail	Oui		22	15	41
	Non		78	85	60

Source : ARS Mayotte, *enquête périnatale de 2021* [3]

À Mayotte en 2021, **13 %** des nouveau-nés vivants (contre 8 % dans l'Hexagone) **reçoivent une ventilation au masque**, moins de **1 % une intubation**, et **3 % une pression positive continue (PPC) nasale**. L'allaitement maternel exclusif à la maternité est plus répandu qu'ailleurs, pratiqué par 81 % des parturientes (86 % en 2016 [2]) contre 56 % dans l'Hexagone [3].

b) Mortalité périnatale

En 2021, **les indicateurs de mortalité périnatale sont deux à trois fois plus important que dans l'Hexagone** avec un taux de **mortinatalité** de **17,9** pour 1 000 naissances totales (8,1 dans l'Hexagone) [4] ; de **mortalité infantile** de **8,6** pour 1 000 naissances vivantes (3,4 dans l'Hexagone) [4] ; et de **mortalité néonatale** de 5,3 ‰ (2,6 ‰ dans l'Hexagone) [4] (*Tableau 10*).

Tableau 10 : Indicateurs de mortalité périnatale de 2016 à 2021 à Mayotte

‰		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Taux de mortinatalité[3]	Mayotte	15,3	13,3	12,7	14,5	15,8	17,9
	Hexagone	8,7	8,6	8,4	7,8	8,2	8,1
Taux de mortalité infantile[4]	Mayotte	10,1	8,8	9,8	8,5	9,5	8,6
	Hexagone	3,5	3,6	3,6	3,6	3,4	3,4
Taux de mortalité néonatale[5]	Mayotte	5,1	4,8	4,8	5,1	5,3	5,3
	Hexagone	2,6	2,6	2,4	2,6	2,5	2,6
Taux de mortalité néonatale précoce[6]	Mayotte	2,8	3,6	2,7	3,4	3,9	3,2
	Hexagone[7]	1,4	1,8	1,7	1,8	1,7	1,8
Taux de mortalité néonatale tardive[8]	Mayotte	2,2	1,2	2,1	1,7	1,4	2,1
	Hexagone	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8

Source : Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2021 [4]

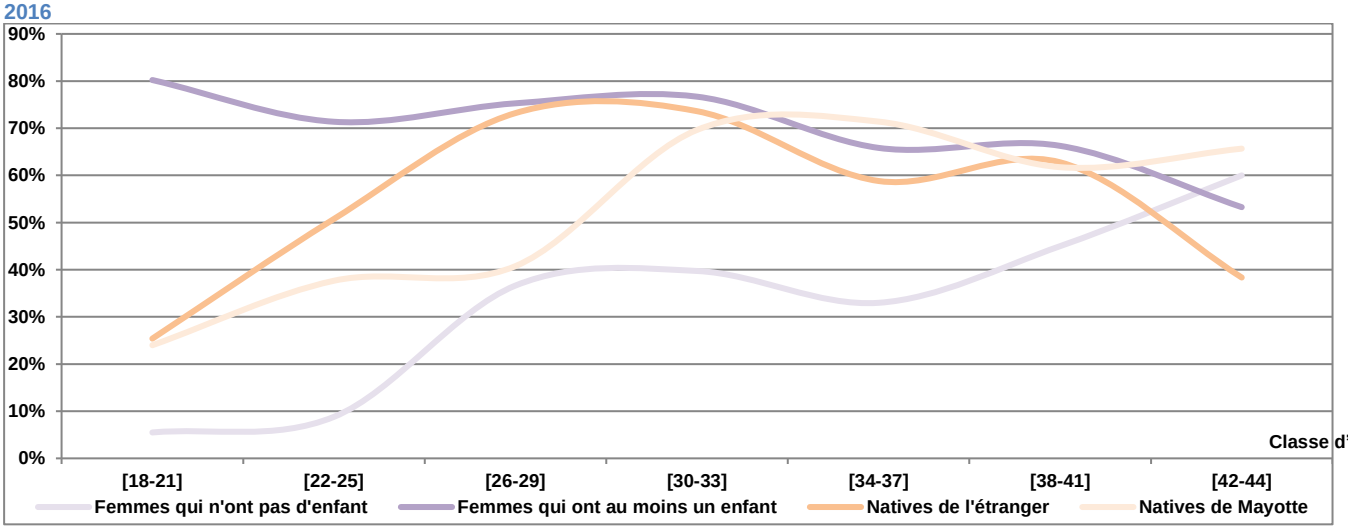
c) Contraception

En 2016, **44 % des femmes de 18-44 ans n'utilisent pas de contraception** [5]. Entre **18 et 21 ans**, les femmes natives de l'étranger et de Mayotte en ont un **recours identique**, alors qu'un écart est remarqué parmi les **26-29 ans** [5]. Sur cette tranche d'âge, les **natives de l'étranger sont presque deux fois plus nombreuses** à utiliser une contraception que les natives de Mayotte (75 % contre 40 %) [5]. Chez les **30-33 ans**, le recours est ensuite **plus proche** (60-70 %) [5]. Il se **maintient** avec l'âge chez les **natives de Mayotte** mais **décroit après 40 ans** chez les **natives de l'étranger** [5] (*Figure 3*).

[3] Nombre de fœtus morts expulsés après 22 semaines d'aménorrhée ou pesant plus de 500g pour 1 000 naissances totales.
[4] Nombre d'enfants domiciliés à Mayotte décédés dans leur première année de vie pour 1 000 naissances vivantes.
[5] Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28ème jour de vie pour 1 000 naissances vivantes.
[6] Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le la première semaine de vie pour 1 000 naissances vivantes.
[7] Mortalité hospitalière uniquement.
[8] Nombre d'enfants nés vivants mais décédés entre la deuxième semaine (incluse) et le premier mois de vie pour 1 000 naissances vivantes.

L'utilisation de contraceptif(s) évolue fortement en fonction du nombre d'enfants [5]. **Sans distinction du lieu de naissance, les femmes qui n'ont pas eu d'enfant vont en déclarer un recours beaucoup plus faible** (14 %) que celles en ayant au moins un (70 %), particulièrement chez les plus jeunes [5].
Le recours déclaré à la contraception reste important parmi les femmes jusqu'à 40 ans dès lors qu'elle a un enfant (taux à 80-70 %) [5]. Chez les femmes qui n'ont pas d'enfant, ce recours croit régulièrement selon l'âge : il est de 5 % parmi les femmes de 18-21 ans et de 60 % chez celles âgées de plus de 40 ans [5] (*Figure 3*).
Les femmes qui déclarent n'avoir jamais été en couple ou mariées ont en moyenne 2,8 enfants, tandis que celles qui l'ont été au moins trois fois déclarent trois fois plus d'enfants (6,7) [5].

Figure 3 : Recours « actuel » à la contraception à Mayotte selon le pays de naissance, l'âge et le fait d'avoir un enfant en 2016



Champ : Femmes de 18-44 ans habitant Mayotte
Source : ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [5]

Parmi les femmes ne prenant pas de contraception, le motif le plus souvent cité (*Tableau 11*) est **le fait ne pas avoir (ou peu) de relation(s) sexuelle(s)** : 45 %. 20 % des femmes disent « **ne pas vouloir utiliser de contraceptif** » [5]. Le désir d'avoir un enfant est le troisième motif le plus cité : 18 % [5]. Les femmes n'ayant eu aucun enfant (75 % contre 18-26 % des mères de 2 enfants ou plus) et les jeunes (70 % des 18-24 ans contre 22 % des 35-44 ans) sont largement majoritaires à déclarer ne pas utiliser de contraception car elles n'ont pas ou peu de relation(s) [5].
Parmi les femmes déclarant plus souvent « ne pas vouloir utiliser de contraceptif », sont surreprésentées : **les moins diplômées,** celles se déclarant dans **une situation financière plus précaire,** les mères ayant eu **deux enfants ou plus** et les femmes âgées de **35-44 ans** [5].

Tableau 11 : Motifs cités pour lesquelles les femmes de Mayotte ne prennent pas de contraceptif[9] en 2016

%		Peu/pas de relation(s) sexuelle(s)	Ne veut pas utiliser de contraceptif	Désir d'enfant	Partenaire prend ses précautions	Ne peut plus avoir d'enfant	Vient d'accoucher ou enceinte	Pour des raisons de santé	Coûte cher	Autre
Total		45	20	18	3	3	3	1	0,7	0,8
Diplôme chez les 25-34 ans	**Sans scolarité**	31	28	28	3	4	1	4	1	1
	Sans diplôme	29	17	26	2	2	5	0,9	0	2
	Diplôme inférieur au BAC	32	25	9	8	3	6	0	4	0
	BAC	53	17	25	3	0	2	0	0	0
	BAC+2 ou supérieur	53	13	23	0	0	11	0	0	0
Perception de son revenu	**Insuffisant**	46	22	16	2	3	1	2	0,7	1
	"Juste"	37	24	20	3	3	5	1	0,4	0
	Suffisant	50	12	19	5	3	6	0,6	1	0
Nombre d'enfants eus	**Aucun**	75	4	13	0,2	0	2	0	0,6	0
	1 enfant	21	22	38	8	4	3	0	0	0
	2 enfants	18	35	24	2	3	6	0	1	1
	3 enfants ou plus	26	33	15	5	6	4	4	1	2
Age	**18-24 ans**	70	11	10	1	0	2	0	0	0
	25-34 ans	28	20	23	3	2	4	1	0,9	0,7
	35-44 ans	22	30	22	5	8	2	3	1	2

Note : Jusqu'à trois items pouvaient être cités parmi ceux disponibles. 18 % ont cité le « désir d'enfant » parmi l'un de leurs trois choix. La somme des lignes ne fait pas 100 %.
Champ : Femmes de 18-44 ans habitant à Mayotte
Source : ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [5]

Le type de contraceptif le plus souvent cité (*Tableau 12*) est **la pilule** (64 %), suivie de **l'implant** (27 %) et du **stérilet/ dispositif intra-utérin** (DIU) (11 %) [5].
Par comparaison aux femmes plus âgées, les jeunes de **18 à 24 ans ont moins recours à la pilule contraceptive** (52 % contre 64-68 %) et plus à l'implant (40 % contre 18 %) [5]. Le recours au stérilet/DIU est particulièrement faible chez les jeunes de 18-24 ans (5 %) et les femmes considérant leur revenu comme insuffisant (4 %) [5].

[9] En 2016, 7 % des habitantes de Mayotte, âgées de 18 à 44 ans, déclarent qu'elles ne « ne peuvent pas ou ne peuvent plus avoir d'enfant » [5]. Elles sont moins de 2 % chez les plus jeunes et 12 % chez les 35-44 ans [5]. Parmi ces femmes, le premier motif cité est celui des problèmes de santé (26 %), suivi d'un problème de stérilité (21 %) [5]. Toutefois, une femme sur quatre ne sait pas pourquoi elle n'arrive « pas ou plus à avoir d'enfant » [5].

6 % des femmes ont cité au moins un moyen de contraception à fort taux d'échec [5]**.** Ce sont celles ayant le **niveau BAC** (11 %), estimant leur **revenu « insuffisant »** (10 %), ayant eu **1 enfant** (8 %) et les **35-44 ans** (9 %) qui sont les plus nombreuses [5].

Tableau 12 : Contraceptifs utilisés et cités par les femmes de Mayotte en 2016

%		Pilule	Implant	Stérilet, DIU	Préservatif masculin	Injection	Méthode à fort taux d'échec						Autre
							Retrait	Analyse du cycle	Abstinence périodique	Méthodes naturelles	Diaphragme, cape cervicale	Au moins une des méthodes citées	
Total		64	27	11	4	2	3	2	2	0,7	0,1	*6*	0,4
Diplôme chez les 25-34 ans	**Sans scolarité**	67	32	7	0	0,6	3	1	3	0	0	5	0
	Sans diplôme	65	37	3	3	3	0,8	0,4	0,4	0	0	2	0
	Diplôme inférieur au BAC	65	33	15	6	0	2	9	0	0	0	*11*	5
	BAC	67	17	21	10	0	4	3	3	0	0	9	0
	BAC+2 ou supérieur	56	23	20	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Perception de son revenu	**Insuffisant**	65	27	4	4	3	5	2	4	0	0,3	*10*	0,7
	"Juste"	64	23	18	4	4	2	2	0	0	0	3	0
	Suffisant	63	30	18	5	0,2	0,9	2	0	0	0	2	0,2
Nombre d'enfants eus	**Aucun**	75	11	7	9	0	0	0	0,9	0	0	0,9	0
	1 enfant	60	30	6	12	0	6	0	2	0,6	0	*8*	0,5
	2 enfants	59	28	22	6	0	0,8	3	0,8	0	0,7	4	0
	3 enfants ou plus	65	28	10	2	3	3	2	2	0,9	0	7	0,6
Age	**18-24 ans**	52	40	5	7	0	5	0	1	0	0,8	7	0
	25-34 ans	64	30	11	5	1	2	2	1	0	0	5	0,6
	35-44 ans	68	18	15	2	4	4	2	3	2	0	9	0,3

Note : Jusqu'à trois items pouvaient être cités parmi ceux disponibles. 3 % ont cité le « retrait » parmi l'un de leurs trois choix. La somme des lignes ne fait pas 100 %.
Champ : Femmes de 18-44 ans habitant à Mayotte
Source : ARS Mayotte, *enquête Migrations, famille, vieillissement de 2016* [5]

Rapport à la sexualité chez les 10-12 ans

22 % des enfants de 10-12 ans[10] ont déjà **évoqué des thèmes sur la sexualité avec un de leurs proches**, sans distinction entre fille/garçon [6]. Si l'on considère les classes d'âge, ils sont 16 % chez les garçons de 10 ans et 29 % chez les 12 ans [6]. Les filles, qui devraient commencer à aborder le sujet des menstruations à cette période de leur vie, ne sont que 19 % chez celles de 10 à 11 ans et 30 % chez les filles de 12 ans à avoir évoqué une discussion autour de la sexualité [6].
Parmi ces enfants, les **copains/copines ressortent comme principaux interlocuteurs** (42 %), beaucoup plus chez les garçons (48 % contre 35 %) [6]. Suivis des parents (24 %, sans distinction fille/garçon) et du Foundi (21 %) [6]. Des **différences entre garçons et filles sont particulièrement importantes lorsque le frère ou la sœur** (11 %) est cité(e), 17 % chez les filles et 5 % chez les garçons [6].

d) Recours à l'interruption volontaire de grossesse

En 2021, **1 652 IVG ont été réalisés** soit un taux de **15,5 IVG pour 100 naissances vivantes** (30 dans l'Hexagone), **demeurant deux fois plus bas que dans l'Hexagone** : 30 pour 100 naissances vivantes [4] (*Tableau 13*). Se déterminant également comme un **taux pour 1 000 femmes de 15-49 ans** : il est de **22,3** contre 15,0 dans l'Hexagone [4].

Tableau 13 : Nombre d'IVG à Mayotte entre 2012 et 2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre d'IVG	1 338	1 457	1 513	1 638	1 668	1 615	1 683	1555	1 615	1 652
Taux d'IVG pour 100 naissances	19,6	21,7	20,3	18,0	17,2	16,9	18,1	16,4	17,7	15,5
Taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	27,2	27,8	27,1	27,5	26,6	26,0	26,0	22,4	22,6	22,3

Source : Indicateurs de Santé périnatale de 2016 à 2021 [4]

Sur la période 2020-2021, la **moyenne d'âge de recours à l'IVG était de 24 ans** et les **mineurs** en représentaient **13,5 %** (1% concernait des moins de 15 ans) [7]. Le recours à l'**IVG médicamenteuse concernait 74 %** de l'ensemble des IVG réalisées à Mayotte et la part d'IVG médicamenteuses chez les mineures était de 61 % [7].
En 2016, **il est estimé que les femmes vivant à Mayotte sont 10 % à avoir eu recours au moins à une IVG**, dont 3 % à plusieurs reprises [5]. 7 % des 18-24 ans déclarent avoir eu recours à une IVG et 11-12 % chez les plus âgées [5]. L'âge moyen du premier recours à une IVG est de 23 ans et il est de 20 ans pour celles en déclarant plusieurs IVG [5].

e) Maladies sexuellement transmissibles

VIH

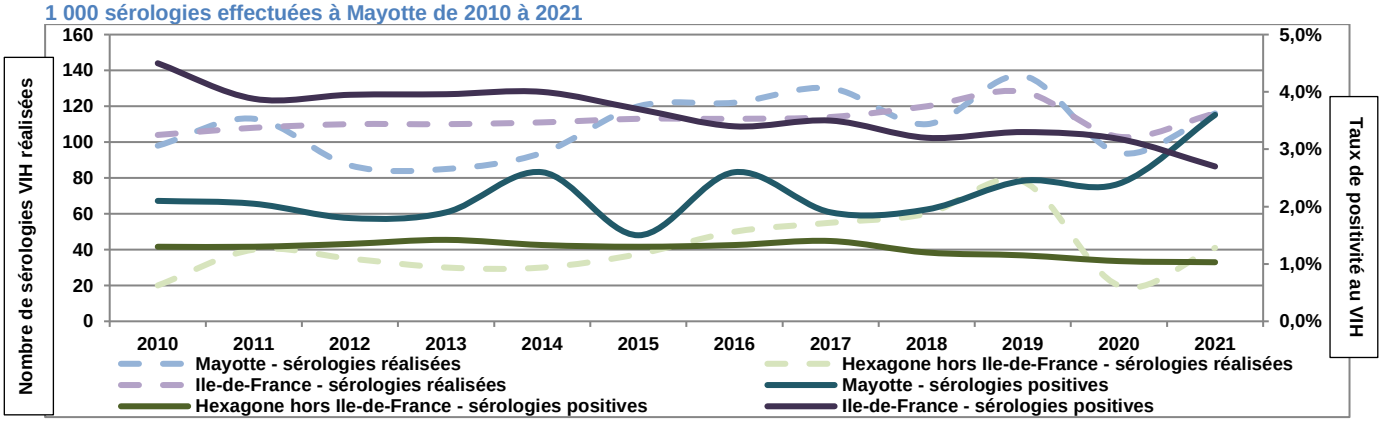
Avant-propos : **Le dépistage[11] est réalisé par les professionnels de santé au cours de consultations de soins ou de prévention** au CHM dans le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic/CeGIDD des infections par le VIH[12] [8]. La collecte des déclarations obligatoires de

[10] Scolarisés en classe de 6ème, soit 94 % des enfants de cette classe d'âge en 2017 [26].
[11] Le diagnostic du premier cas de Sida à Mayotte est estimé autour des années 1980-début1990 [8]. Les politiques de santé développées pour la prévention du VIH à Mayotte ont privilégié les campagnes d'information et de communication, le dépistage avec la mise en place du CDAG au cours des années 2000 [8]. Jusqu'en 2014, la prise en charge des premiers patients s'effectuait sur le CDAG géré par le Pôle santé publique du CHM [8]. Elle a été transférée ensuite au service de Médecine (infectiologie) du CHM [8].
[12] Quant aux hépatites et infections sexuellement transmissibles, le dépistage est réalisé aux centres de PMI, et par les médecins et sages-femmes libéraux, etc. [8].

sérologie VIH positive s'est améliorée avec le travail mené en collaboration avec les deux laboratoires de biologie médicale : le CHM et le laboratoire privé Troalen, ainsi qu'une sensibilisation faite sur le sujet depuis 2013-2015 [8].
L'année 2020 a été particulièrement touchée par la crise sanitaire, obligeant une grande partie des professionnels de santé à se consacrer au SARS-CoV-2 [9]. À Mayotte**, la pandémie a entrainé une forte diminution** du recours au dépistage du VIH et des autres IST et donc de leur **déclaration** [9].

Dépistage : Sur le territoire, **116 sérologies VIH pour 1000 habitants ont été réalisées** en 2021 [9]. Mayotte fait partie des régions présentant un **taux de dépistage dans la** « **norme** » [9]. Il augmente de +23 % par rapport à 2020 après avoir diminué de près de -29 % par rapport à 2019 [9] (*Figure 4*).

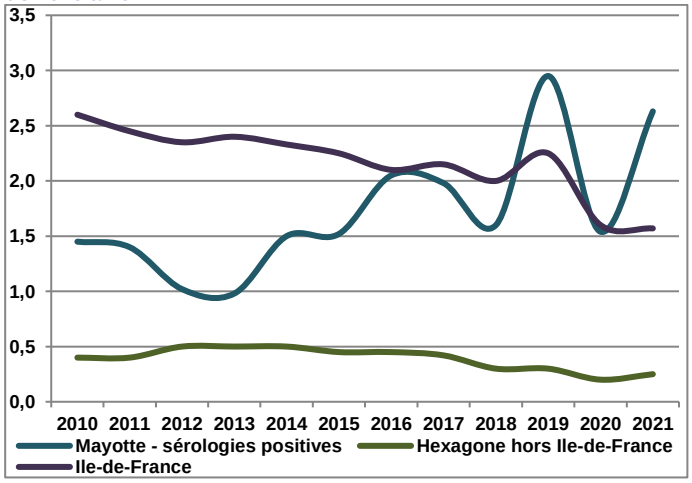
Figure 4 : Evolution annuelle du nombre de sérologies VIH réalisées pour 1 000 habitants et taux de positivité pour 1 000 sérologies effectuées à Mayotte de 2010 à 2021



Champ : Habitants de Mayotte
Source : SpF, *enquête LaboVIH de 2020* [9]

Prévalence : Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH à Mayotte était de **2,6 pour 10 000 habitants en 2021** [9] (*Figure 5*). **Par rapport aux autres régions**, Mayotte présente le nombre de découvertes de séropositivité au **VIH le plus élevé**, supérieur de +67 % à celui de l'Ile-de-France (1,6 pour 10 000) [9].
Après une première diminution observée entre 2010 et 2013, le taux de découvertes de séropositivité était reparti à la hausse jusqu'à atteindre en 2016 un taux de 2,2 [9]. Une nouvelle diminution a été observée entre 2017 et 2018 (respectivement 2,0 et 1,8) [9].
C'est en 2019 que le nombre de découvertes a atteint son maximum avec 2,9 pour 10 000 habitants, faisant de Mayotte le département avec le plus fort taux [9]. En 2021, ce taux a considérablement augmenté de +84 % par rapport à 2020 [9] (*Figure 5*).

Figure 5 : Evolution du nombre de découvertes de séropositivité au VIH pour 10 000 habitants de Mayotte de 2010 à 2021



Note : Données corrigées pour la sous-déclaration, les données manquantes et les délais de déclaration.
Champ : Habitants de Mayotte
Source :SpF, *enquête LaboVIH de 2020* [9]

Profils[13] : En 2021, à Mayotte, la **majorité des découvertes de séropositivité concerne des femmes** : 53 %, contre 58 % sur la période 2017-2020. La classe d'âge la plus représentée est celle des **25-49 ans** (-9 à 12 points par rapport à la période 2017-2020) [9].
La majorité des personnes ayant découvertes leur séropositivité en 2021 est née hors territoire français (Comores, Madagascar ou Maurice – 53 % – Afrique sub-saharienne – 24 %) [9] (*Tableau 14*).

Tableau 14 : Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité au VIH à Mayotte de 2017 à 2021

		Mayotte			France Hexagonale (hors Ile-de-France)
		2017-2019	2018-2020	2021	
Sexe	Hommes	42 %	43 %	47 %	73 %
	Femmes	58 %	58 %	53 %	26 %
	Transgenres	0 %	0 %	0 %	1 %
Classe d'âge	Moins de 25 ans	22 %	24 %	34 %	15 %
	25-49 ans	70 %	67 %	58 %	61 %
	50 ans et plus	9 %	9 %	8 %	24 %

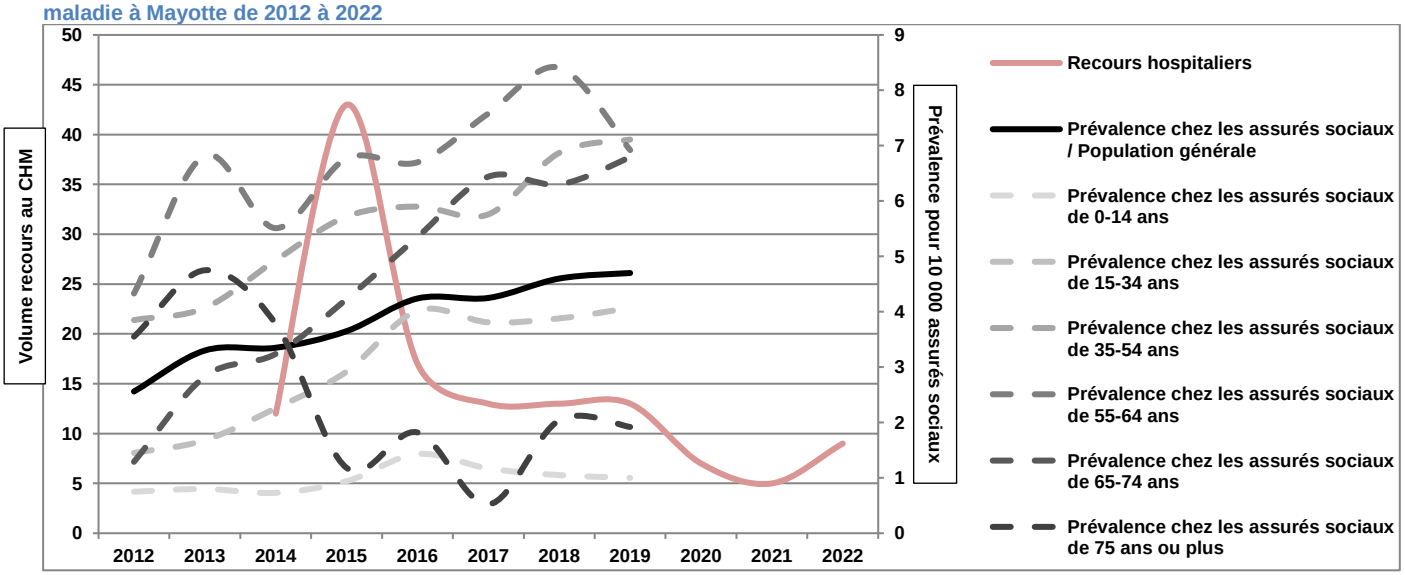
Champ : Habitants de Mayotte
Source :SpF, *enquête LaboVIH de 2020* [9]

[13] Parmi les autres facteurs de risque non présentés ici, figure : le multi partenariat (qu'il soit hétérosexuel et homosexuel) et les échanges économico-sexuels (prostitution) [8]. Ils se surajoutent à un contexte de forte précarité, des migrations en provenance de pays touchés (Comores, Madagascar, pays de l'Afrique des grands lacs, etc.) et un « tourisme sexuel » en direction de Madagascar, ce qui implique une vigilance et une incitation forte à la prévention [8].

Sur la période de 2015 à 2020, la **majorité** des personnes découvrant leur séropositivité étaient des **diagnostics intermédiaires** [9].
La part des diagnostics **précoces**[14] est restée **inchangée** entre 2015-2016 et 2017-2018 : 24 % [9].
Celle des diagnostics à un stade **avancé** a **légèrement diminué** entre ces deux périodes : respectivement 24 et 19 % [9]. Elle est plus élevée chez les hétérosexuelles : 28 % pour ceux nés à l'étranger et 17 % pour ceux nés en France, et nulle chez les HSH [9].
En 2021, la part des co-infections avec une hépatite B ou d'autres IST avait augmenté, alors que celle avec une co-infection hépatite C avait diminué[15] [9].

Prise en charge : 43 individus ont eu **recours au CHM**[16] en 2015, soit quatre fois plus qu'en 2014 (12). Depuis, **ce volume diminue** et est de 7 à 9 individus pour 2020 et 2022.
Sur la période 2014 à 2022, **sept** personnes **sur dix** ayant eu recours au CHM étaient des **hommes**. **Ces derniers consultent le CHM à des âges plus jeunes que les femmes** : quatre sur dix ont moins de 30 ans, contre deux sur dix. Les 30-39 ans sont alors trois fois plus représentés chez les femmes : 37 % contre 13 %. Au-delà de ce seuil, les répartitions sont plus proches.
Concernant la **prévalence** déterminée chez les **assurés sociaux**[17], elle **augmente depuis 2012**, de 2,6 pour 1 000 individus à 4,7 en 2019. Comparativement à l'Hexagone, ce taux est quatre fois inférieur : 19,7 pour 1 000. Ce sont les **35-74 ans qui ont le taux de prévalence le plus fort** : 6,8 à 7,1 pour 1 000 assurés sociaux (*Figure 6*).

Figure 6 : Evolution du nombre de séjours au CHM et de la prévalence déterminée depuis les données de l'assurance maladie à Mayotte de 2012 à 2022



Note concernant les données de l'Assurance Maladie : Prévalence déterminée sur les assurés sociaux, soit un habitant sur deux en 2012 [10], trois habitants sur quatre de 18-79 ans [10] et trois enfants sur quatre de moins de 18 ans en 2016 [11], et trois habitants de 18 ans ou plus sur cinq en 2019 [12].
Champ : Habitants de Mayotte, assurés sociaux pour les données de l'Assurance Maladie
Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier en diagnostic principal, Assurance maladie
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques

Hépatite C

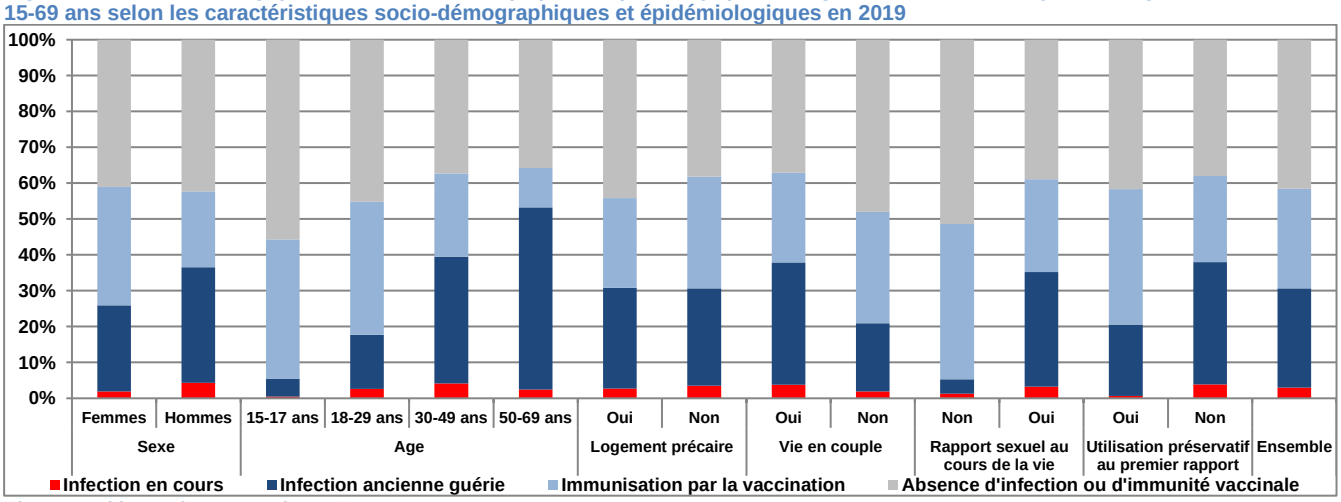
Concernant l'hépatite C (VHC), la **prévalence de l'infection actuelle ou passée est estimée à 0,2 %,** pour un âge moyen de 56,3 ans et sans réelle distinction en fonction du sexe [13].
Ces résultats, en 2019, confirment que **Mayotte est une zone de faible endémie pour le VHC** [13].

[14] Définis par un profil virologique de séroconversion, un stade clinique de primo-infection ou un test d'infection récente positif.
[15] Variations à interpréter avec précaution en raison du faible nombre de cas [9].
[16] Déterminé depuis les nomenclatures CIM10 : Immunodéficience humaine virale, à l'origine de maladie infectieuse, parasitaire (B20), de tumeur maligne (B21), d'autres affections précisées (B23), d'autres maladies (B24) et pré-sida sans précision (B24+0).
[17] Un patient pris en charge est un patient hospitalisé et/ou en ALD et/ou ayant un traitement médicamenteux.
Source et circuit de l'information : Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30, affection « hors liste » : ALD31, affections multiples : ALD32) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.).
Exhaustivité et qualité des informations, limites : Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. En effet, le recours au dispositif d'ALD n'est pas toujours effectué pour les patients qui pourraient y prétendre, et ce recours peut varier selon les pratiques médicales et en particulier selon les pathologies, les caractéristiques des patients ou les régions. Ainsi, les bénéficiaires recensés dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne représentent pas totalement l'exhaustivité des malades de cette pathologie. Les personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les ALD étant liées à la couverture sociale, les données ne concernent pas l'ensemble de la population, mais la population protégée par les trois régimes d'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA).
Situation à Mayotte : Les données des ALD à Mayotte sont recueillies depuis 2012 mais ne sont pas informatisées. Elles ne sont pas enregistrées localement dans la base Hippocrate permettant l'alimentation des bases de données SNIIRAM. Les données disponibles dans les bases médicalisées et diffusées par l'Assurance Maladie ne sont pas complètes car elles ne concernent que les habitants de Mayotte dont l'admission en ALD a été réalisée auprès d'une CPAM en dehors de l'île de Mayotte (territoire hexagonal ou ultramarin) lorsqu'ils vivaient ailleurs que sur le territoire.

Hépatite B

En 2019, la prévalence de l'infection en cours à l'hépatite B est de 3 % chez les 15-69 ans [13]. Si l'on cumule avec les infections passées, **près d'un tiers de la population a été infectée par cette maladie** et seulement **28 % sont non infectés mais immunisés par la vaccination** [13].
Les hommes sont généralement plus touchés que les femmes (infection en cours et infection ancienne) : 36 % contre 26 %, et **près de la moitié des 50-69 ans** dénote une infection à un moment de leur vie [13]. En fonction du fait d'avoir eu un **rapport sexuel au cours de sa vie**, le taux d'infection en cours ou (anciennement) guérie est **sept fois plus important** : 35 % chez ceux en ayant eu un contre 5 % chez les autres [13]. De même pour l'**utilisation du préservatif lors du premier rapport** : **21 %** pour ceux concernés **contre 38 %** pour ceux n'en ayant pas utilisé [13] (*Figure 7*).
Enfin, la prévalence de la **co-infection hépatite B-hépatite Delta** est de **0,7 %** sur le territoire [13].

Figure 7 : Statut sérologique vis-à-vis du VHB (hépatite B) de la population générale vivant à Mayotte et âgée de 15-69 ans selon les caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques en 2019



Champ : Habitants de Mayotte de 15-69 ans
Source : SpF, *enquête Unono Wa Maoré de 2019* [13]

Chlamydia trachomatis

La **prévalence globale**, en 2019, de l'infection à Chlamydia trachomatis[18] est de **9 %** chez les 15-69 ans [9]. **Les femmes sont plus concernées que les hommes** : 11 % contre 7 % [14]. La classe d'âge la plus touchée est celle des **20-29 ans** : 14 % contre 6 % chez les 15-19 ans, 11 % chez les 30-44 ans et 5 % chez les 45-69 ans [9].
En 2021, le taux de dépistage[19] des infections à Chlamydia trachomatis chez les 15 ans ou plus est de 10,2 pour 1 000 habitants de cette classe d'âge (+31 % par rapport à 2020), soit le plus faible observé en France (41,8) [9]. Le **taux de diagnostiqués positifs est alors de 0,6 pour 1 000 pour les 15 ans ou plus** (contre 0,4 en 2020), contre 1,7 pour 1 000 au niveau national [9].

Trichomonas vaginalis

La **prévalence globale**, en 2019, de l'infection à Trichomonas vaginalis[20] est de **8 %** chez les 15-69 ans [9]. **Les femmes sont près de six fois plus concernées que les hommes** : 13 % contre 2 % [9]. C'est **à partir des 20-29 ans que l'on observe une hausse importante** du taux d'infection (9 % contre 1,2 % chez les 15-19 ans), qui se stabilise sur les classes d'âge plus avancées (10 % chez les 30-44 ans et 9 % chez les 45-69 ans) [9].

Gonocoque[21]

En 2021, le taux de dépistage[22] des infections à Gonocoque chez les 15 ans ou plus est de 14,6 pour 1 000 habitants de cette classe d'âge (+32 % par rapport à 2020), soit le plus faible observé en France (48,5) [9]. La majorité des cas concernaient des hommes (73 %, tendance confirmée sur la période 2018 à 2020 : 62 %) et la classe d'âge la plus représentée est celle des moins de 26 ans (72 %, similaire à la période 2018 à 2020) [9].
Sur la période 2018 à 2021, 517 individus ont été diagnostiqués positifs [9].

[18] L'infection à Chlamydia ne provoque aucun symptôme dans 60 à 70 % des cas, elle est dite alors « silencieuse », ce qui n'empêche pas son développement. C'est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes, particulièrement chez les moins de 25 ans. Elle touche les hommes comme les femmes et peut entraîner de graves complications. C'est l'une des premières causes de stérilité en France. Chez les femmes, la Chlamydia peut causer des écoulements vaginaux anormaux, des saignements vaginaux entre les règles ou pendant ou après des relations sexuelles, des douleurs abdominales ou dans le bas du dos, une sensation de brûlure en urinant et des douleurs au moment des rapports sexuels.
[19] La majorité des dépistages des infections à Chlamydia trachomatis à Mayotte est réalisée dans le secteur privée (98 %).
[20] Trichomonas vaginalis est un parasite de l'être humain appartenant à la famille des protozoaires. Il est responsable d'infection sexuellement transmissible, le plus souvent bénigne. Il se transmet par contact sexuel. Les symptômes chez les femmes sont des pertes vaginales anormales et abondantes, habituellement décrites comme verdâtres et sentant mauvais ; des brûlures et démangeaisons au niveau de la vulve et du vagin ; et des douleurs lors de la miction (action d'uriner).
[21] La gonococcie (également appelée blennorragie, gonorrhée ou encore « chaude pisse ») est une infection d'origine bactérienne. Elle provoque des brûlures et/ou un écoulement jaune par la verge, le vagin ou l'anus. Cette infection se transmet lors de rapports sexuels, bucco-génitaux, vaginaux ou anaux.
[22] La majorité des dépistages des infections à gonocoque à Mayotte est réalisée dans le secteur privée (97 %).

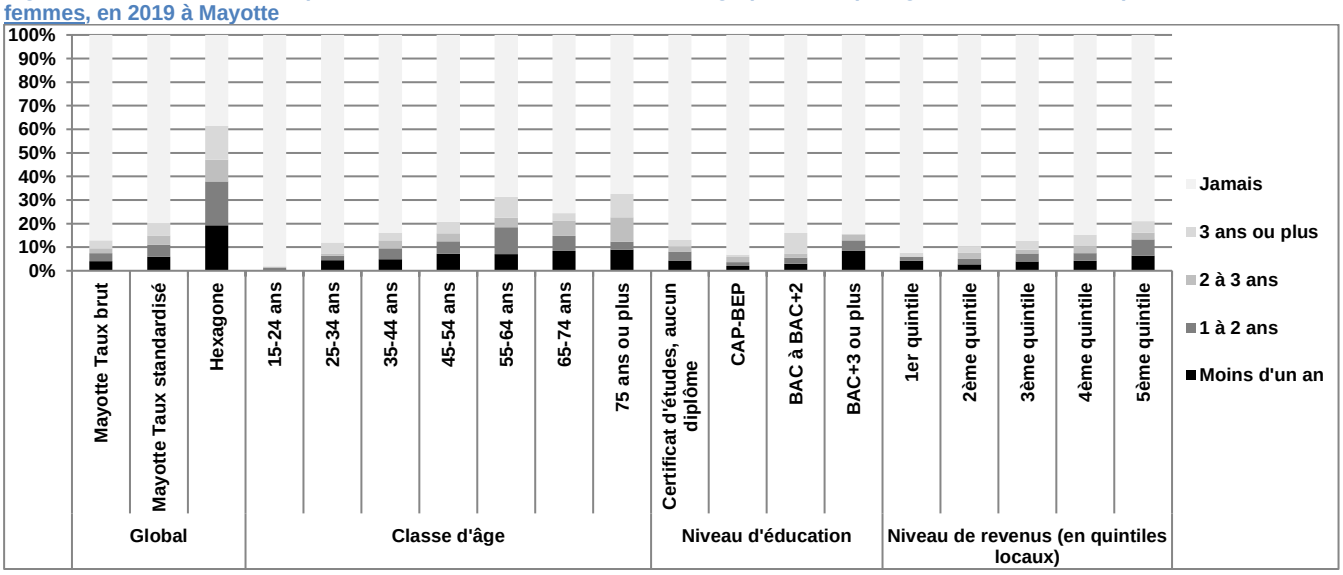
Syphilis

En 2021, le **taux de dépistage**[23] de la syphilis chez les 15 ans ou plus est de 30,5 pour 1 000 habitants de cette classe d'âge (+18 % par rapport à 2020), soit **le plus faible observé en France** (48,5) [9]. La **majorité des cas concernaient des femmes** (83 %, similaire à 2020). Chez les femmes de plus de 25 ans, le taux est en constante évolution depuis ces quatre dernières années : 31,6 à 55,7 pour 1 000; alors que chez les hommes un constat similaire peut être observé mais dans des proportions bien moindre : respectivement 12,0 et 14,6 pour 1 000 [9].

f) Dépistages du cancer

À Mayotte, **quatre femmes de 15 ans ou plus sur cinq n'ont jamais réalisé de mammographie pour le dépistage du cancer du sein** [15]. À **structure de population équivalente**, les femmes de Mayotte sont **trois fois plus concernées** [15].
Chez celles de 15-24 ans, 0,5 % en ont réalisé une il y a moins d'un an, ce taux double entre les 25-44 ans et les 45 ans ou plus : 5 % contre 7 à 9 % [15] (*Figure 8*).

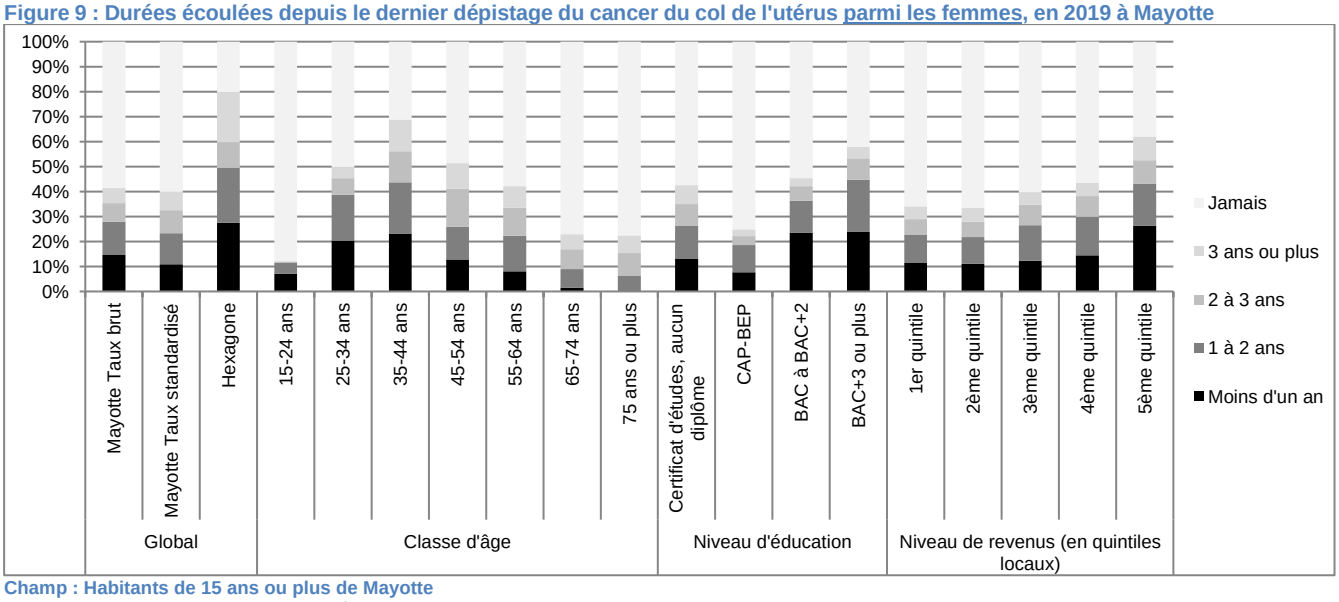
Figure 8 : Durées écoulées depuis la réalisation de la dernière mammographie de dépistage du cancer du sein parmi les femmes, en 2019 à Mayotte



Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [15]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

Concernant le dépistage du **cancer du col de l'utérus**, **trois femmes sur cinq n'en ont jamais réalisé un**, ce qui reste **trois fois plus important** que chez celles de l'Hexagone à **structure de population équivalente** [15].
7 % des femmes de 15-24 ans ont réalisé ce dépistage il y a **moins d'un an**, ce taux **triple chez les 25-44 ans** (20 à 23 %) puis **diminue** pour les **classes d'âge qui suivent :** 8 % des 55-64 ans et 1,5 % des 65 ans ou plus [15] (*Figure 9*).

Figure 9 : Durées écoulées depuis le dernier dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes, en 2019 à Mayotte



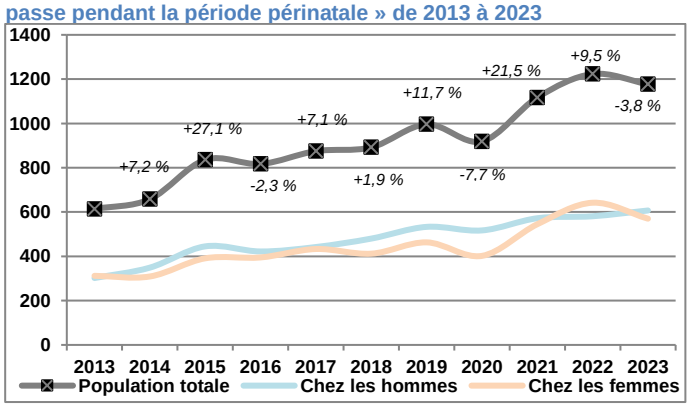
Champ : Habitants de 15 ans ou plus de Mayotte
Source : Drees-Insee, extraction *enquête EHIS de 2019* [15]
Exploitation : ARS Mayotte – service Etudes et Statistiques

[23] La majorité des dépistages de la syphilis à Mayotte est réalisée dans le secteur privée (99 %).

g) Affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale

À Mayotte, sur la période de 2021 à 2023, « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » représentent **9 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières ». **9 % chez les femmes** et **8 % les hommes**. Dans l'Hexagone, ce taux est de 1 %.
La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **19,2 jours.** Le **taux de recours standardisé est 1,8 fois inférieur** à l'Hexagone entre 2020 et 2022.
« Certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » représentent **2 % des évacuations sanitaires de 2020** (identique en 2019 et 2018).

Figure 10 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » de 2013 à 2023



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

Sur la période de 2021 à 2023, Le premier motif de séjour lié à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » sont les « **affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale** », 31 % chez les femmes et 33 % chez les hommes.
Suivies des **« autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale** » et des « **Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement** » aussi bien chez les femmes (respectivement 20 % et 14 %) que chez les hommes (20 % et 17 %) (*Tableau 15*).

Tableau 15 : Motifs de séjour au CHM liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » de 2021 à 2023 chez les femmes et les hommes

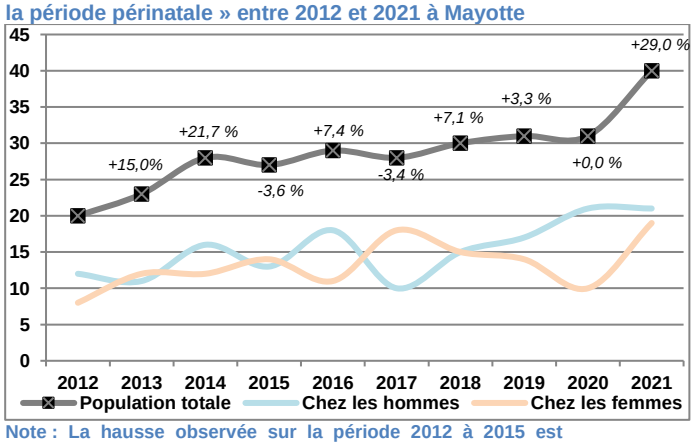
	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement	243	239	14,3	13,1
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus	282	255	16,6	14,0
Traumatismes obstétricaux	<10	10	0,4	0,5
Affections respiratoires et cardio-vasculaires spécifiques de la période périnatale	528	609	31,1	33,4
Infections spécifiques de la période périnatale	27	37	1,6	2,0
Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né	108	151	6,4	8,3
Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né	78	71	4,6	3,9
Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né	9	10	0,5	0,5
Affections intéressant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né	71	68	4,2	3,7
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	344	371	20,3	20,4
Total	**1696**	**1821**	**100**	**100**

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

« **Certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale** » représentent **4 % des décès** sur la période de 2012 à 2021 (4 % chez les hommes et chez les femmes), soit 287 décès cumulés (154 hommes – 54 % – et 133 femmes – 46 % –) et, en moyenne, **29 décès par an**. L'intégralité des décès concernent des moins de 15 ans.

À structure de population équivalente, les **habitants de Mayotte meurent 1,9 fois plus** que ceux de l'Hexagone et les **habitantes de Mayotte 1,7 fois plus** que celles de l'Hexagone sur la période de 2019 à 2021 et, respectivement, 1,4 fois et 1,7 plus sur la période de 2016 à 2018 [16].

Figure 11 : Nombre de décès domiciliés liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » entre 2012 et 2021 à Mayotte



Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.
Champ : Décès domiciliés liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 16 : Détail des causes de décès domiciliés liées à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale » chez les femmes et les hommes sur la période de 2019 à 2021 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement travail et de l'accouchement	<10	21	12	20
Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus	<10	21	<10	7
Traumatismes obstétricaux	0	0	0	0
Affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale	10	23	13	22
Infections spécifiques de la période périnatale	<10	14	13	22
Affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né	<10	2	<10	10
Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né	0	0	0	0
Affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né	<10	9	<10	5
Affections intéressant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né	0	0	0	0
Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	<10	9	<10	14
Somme 2019 à 2021	**43**	**100**	**59**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés à « certaines affections dont l'origine se passe pendant la période périnatale », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

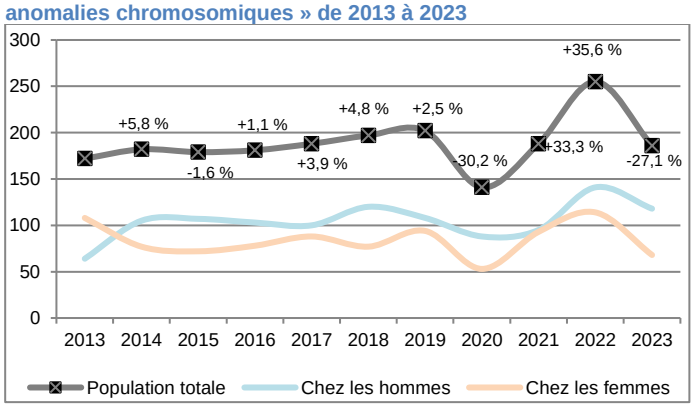
h) Malformations congénitales et anomalies chromosomiques

À Mayotte, sur la période de 2021 à 2023, les « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » représentent **1,5 % des motifs de séjour** au CHM hors « grossesses, accouchements et puerpéralités », « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » et « codes d'utilisation particulières », quel que soit le sexe. Dans l'Hexagone, ce taux est de 0,7 %.

La **durée moyenne de séjour** hospitalier est alors de **9,4 jours**. Le **taux de recours standardisé est 5,7 fois inférieur** à l'Hexagone sur la période de 2020 à 2022.

Les « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » représentent **1,1 % des évacuations sanitaires de 2020** (4 % en 2019 et 5 % en 2018).

Figure 12 : Evolution du nombre de motifs de séjour au CHM associés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » de 2013 à 2023



Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

En moyenne, sur la période de 2021 à 2023, chez les femmes, les principaux motifs de séjour liés à cette nomenclature sont : les « **malformations congénitales de l'appareil circulatoire malformations »**, les « **malformations congénitales du système nerveux** » et les « **malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles** » (16 %) (*Tableau 34*).
Chez les hommes, le premier motif de séjour est lié aux « **malformations congénitales des organes génitaux** » (26 %), suivies des « **malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles** » (16 %) et la « **fente labiale et fente palatine** » (13 %) (*Tableau 17)*.

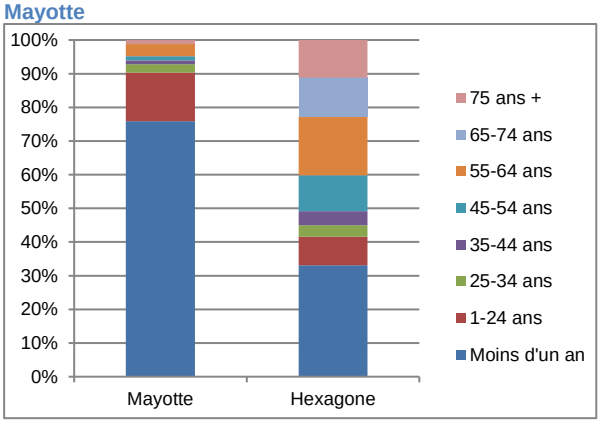
Tableau 17 : Motifs de séjour au CHM liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » chez les femmes et les hommes de 2021 à 2023

	Effectifs		Pourcentages	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Malformation congénitales du système nerveux	43	22	**16**	6
Malformations congénitales de l'œil, de l'oreille, de la face et du cou	21	20	8	6
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	43	33	16	9
Malformations congénitales de l'appareil respiratoire	8	9	3	3
Fente labiale et fente palatine	32	46	12	13
Autres malformations congénitales de l'appareil digestif	12	23	4	6
Malformations congénitales des organes génitaux	8	93	3	26
Malformations congénitales de l'appareil urinaire	5	10	2	3
Malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles	44	57	16	16
Autres malformations congénitales	39	33	14	9
Anomalies chromosomiques, non classées ailleurs	20	8	7	2
Total	**275**	**354**	**100**	**100**

Source : PMSI - Motifs de séjour hospitalier, diagnostic principal
Exploitation : ARS Mayotte – Service Etudes et Statistiques – Automate E.L.L.O.R.A.

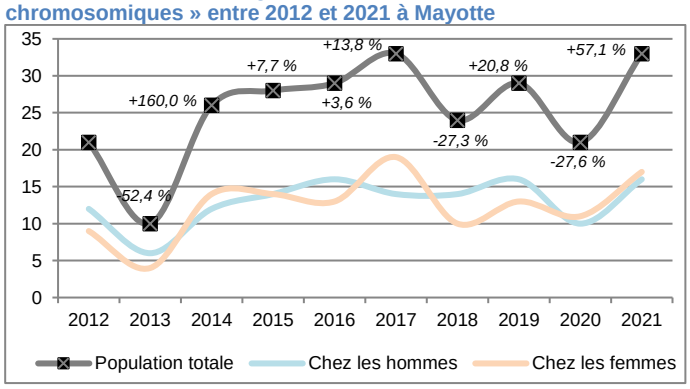
Les « **malformations congénitales et anomalies chromosomiques** » représentent **3 % des décès** sur la période 2012 à 2021 (3 % chez les hommes et 4 % chez les femmes), soit 254 décès cumulés (130 hommes – 51 % – et 124 femmes – 49 % –) et, en moyenne, **25 décès par an**.
À structure de population équivalente, les **habitants de Mayotte meurent 3,1 fois plus** que ceux de l'Hexagone et les **habitantes de Mayotte 2,1 fois plus** que celles de l'Hexagone sur la période de 2019 à 2021 et, respectivement, 1,9 et 1,6 fois plus sur la période de 2016 à 2018 [16].

Figure 13 : Répartition des différentes classes d'âge pour les décès domiciliés associés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » sur la période de 2019-2021 à Mayotte



Champ : Décès domiciliés liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Figure 14 : Nombre de décès domiciliés liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » entre 2012 et 2021 à Mayotte



Note : La hausse observée sur la période 2012 à 2015 est potentiellement portée par l'amélioration de l'observation des décès et le travail avec les mairies sur les déclarations et les certificats de décès.
Champ : Décès domiciliés liés aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

Tableau 18 : Détail des causes de décès domiciliés liées aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » chez les femmes et les hommes sur la période de 2019 à 2021 à Mayotte

	Chez les femmes		Chez les hommes	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Malformations congénitales du système nerveux	<10	15	<10	10
Malformations congénitales de l'œil, de l'oreille, de la face et du cou	0	0	0	0
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	10	**24**	13	**31**
Malformations congénitales de l'appareil respiratoire	<10	2	<10	7
Fente labiale et fente palatine	<10	2	0	0
Autres malformations congénitales de l'appareil digestif	<10	5	<10	2
Malformations congénitales des organes génitaux	0	0	0	0
Malformations congénitales de l'appareil urinaire	<10	2	<10	12
Malformations congénitales du système ostéo-articulaire et des muscles	<10	5	<10	5
Autres malformations congénitales	<10	**20**	<10	**19**
Anomalies chromosomiques, non classées ailleurs	10	**24**	<10	**14**
Somme 2019 à 2021	**41**	**100**	**42**	**100**

Champ : Décès domiciliés liés à aux « malformations congénitales et anomalies chromosomiques », causes initiales de décès
Source : Inserm Cépi-DC
Exploitation : ORS Mayotte, *Fnors outil OR2S*

i) Références

[1] ARS-Mayotte-SpF, «Santé Périnatale à Mayotte. Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021).,» Septembre 2023.

[2] ARS-SpF, F. Parenton et Y. Hassani, «Enquête nationale périnatale 2016 et extension à Mayotte,» *In Extenso,* 2018, Octobre.

[3] Inserm-EPOPé, H. Cinelli, N. Lelong et C. Le Ray, «Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2021,» 2022, Octobre.

[4] Répéma-ARS, «Panel des indicateurs de santé périnatale à Mayotte,» 2021.

[5] ARS Mayotte, J. Balicchi, F. Chauvin, A. Barbail et N. Guy, «Enquête Migrations-Famille-Vieillissement : Perception de la parentalité et contraception,» 2020, Octobre.

[6] ARS Mayotte-Rectorat Mayotte-ORS Mayotte, J. Balicchi, M. Arnaud, F. Mazeau et A. Aboudou, «Santé des jeunes de 10-12 ans en 2019 : focus sur une précarité avérée,» *In extenso,* 2021, Mai.

[7] ORS et C. Louacheni, «Les interruptions volontaires de grossesses à Mayotte : analyse des bulletins statistiques d'interruption de grossesse de 2013-2014,» *Tableau de bord,* 2017.

[8] ARS et A. Barbail, «Note épidémiologie VIH-SIDA à Mayotte 2018,» 2018.

[9] SpF, «Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles,» *Bulletin de Santé Publique,* 2022, Novembre.

[10] ARS-Ined, J. Balicchi, R. Antoine, D. Breton, C.-V. Marie et E. Mariotti, «Une bonne perception de la santé, mais qui se dégrade dès 45 ans malgré la progression de la couverture maladie,» *In Extenson,* 2019, Mai.

[11] Ined-ARS Mayotte, R. Antoine, J. Balicchi et A. Barbail, «Un recours et un renoncement aux soins liés à une couverture maladie incomplète,» *In Extenso,* 2020, Octobre.

[12] Drees-IRDES-Insee, A. Leduc, T. Deroyon, T. Rochereau et A. Renaud, «Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019,» *Les dossiers de la Drees,* 2021, Avril.

[13] SpF-CNRHV-ARS, C. Brouard, F. Parenton, Y. Hassani, S. Chevaliez, E. Gordien, M. Jean, M. Bruyand, S. Vaux, F. Lot et M. Ruello, «Hépatites B, C et Delta en population générale adulte vivant à Mayotte, enquête Unono Wa Maoré 2018-2019,» 2022, Février.

[14] SpF, «Extraction de l'enquête Unono Wa Maoré de 2019».

[15] Insee-Drees, «Extractions complémentaires des données de l'enquête EHIS 2019».

[16] ARS et J. Balicchi, «La mortalité à Mayotte entre 2012 et 2014,» *Fiches nos iles notre santé,* 2018.