

## L'enquête périnatale à Mayotte en 2010

L'enquête nationale périnatale 2010 succède aux précédentes enquêtes de 1995, 1998 et 2003. L'objectif, affiché par la loi de santé publique de 2004 et du plan Périnatalité 2005-2007, est de disposer de données fiables pour suivre l'évolution de la santé périnatale et des pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement. L'enquête est confiée, au niveau national, à l'INSERM (Unité 953) en lien avec la DREES.

Des extensions régionales ont été réalisées à La Réunion en 1995, 1998 puis 2003. Pour la première fois cette année, une extension régionale a été effectuée à Mayotte, sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé Océan Indien (ARS-OI) et avec le concours du réseau périnatal de Mayotte. L'exploitation a été réalisée par le Centre D'Observation et d'Analyse en Besoins de Santé (COABS) de l'ARS-OI, sous le logiciel SAS. Aucune extension n'ayant été réalisée à La Réunion en 2010, les comparaisons ont pu être faites avec les données de 2003. Les données nationales 2010 permettront ultérieurement d'affiner l'analyse de l'enquête périnatale de Mayotte.

De nouvelles données sont abordées dans le questionnaire de 2010. Ainsi, nous disposons de plus d'informations sur le lieu de naissance, la nationalité, la langue, sur le soutien de l'entourage, des proches, le lieu de vie, le nombre de mineurs à charge, sur le choix de l'allaitement, mais également sur la contraception. Un volet spécifique a été ajouté au questionnaire sur la grippe H1N1 pour évaluer la prise en charge pendant la grossesse dans le contexte de la pandémie grippale.

## Sommaire

Méthodologie .....	3
Mode d'enquête .....	3
Caractéristiques des parents .....	7
Origine géographique des femmes .....	7
Âge à la maternité .....	8
Conditions de vie .....	9
Antécédents obstétricaux .....	12
Caractéristiques morphologiques et comportementales des femmes .....	14
En résumé .....	14
Surveillance prénatale .....	15
Déclaration de grossesse .....	15
Suivi médical .....	16
Préparation à la naissance .....	17
Examens de dépistages .....	18
Grippe A .....	19
Pathologies et antécédents à la grossesse .....	20
En résumé .....	21
Travail, accouchement, santé à la naissance .....	22
Distance à la maternité .....	22
Déroulement de l'accouchement .....	22
Gestion de la douleur .....	24
Enfant à la naissance .....	25
En résumé .....	26
Conclusion .....	27
Références .....	27

# Méthodologie

## Mode d'enquête

Au niveau national, l'enquête s'est déroulée dans toutes les maternités publiques et privées en France métropolitaine et dans les DOM pendant une semaine. Afin d'obtenir un échantillon plus important à Mayotte, l'enquête a été prolongée à plus d'un mois : du 22 Mai 2010 au 1<sup>er</sup> Juillet 2010.

Sont concernés tous les enfants nés vivants, les mort-nés et les interruptions médicales de grossesse (IMG), si la naissance ou l'issue de la grossesse a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance. En cas de naissances multiples, chaque enfant répondant à ces critères a été inclu.

Les enfants nés en dehors de la maternité (domicile, transport...) sont également pris en compte si la mère a été transférée dans la maternité.

Le questionnaire s'articule autour de deux parties ; dans la première, les questions sont adressées directement aux femmes par entretien, avant leur sortie de la maternité et portent sur leur situation socio-démographique, le suivi de grossesse, la surveillance prénatale ou encore les dépistages réalisés... La seconde partie du questionnaire permet de recueillir des informations sur les pathologies infectieuses et autres complications durant la grossesse, l'accouchement et l'état de santé de l'enfant à la naissance, directement à partir du dossier médical.

Si l'enfant était mort-né ou s'il s'agissait d'une IMG, seules les données du dossier médical ont été prises en compte.

Deux personnes ont été mobilisées pour chaque questionnaire : une sage-femme enquêtrice et un professionnel paramédical, habitué à la traduction en gynécologie-obstétrique. La collecte a été réalisée sur questionnaires papier par le binôme ainsi constitué qui a interrogé les femmes lors de leur séjour à la maternité après leur accouchement, en face à face, dans leur chambre.

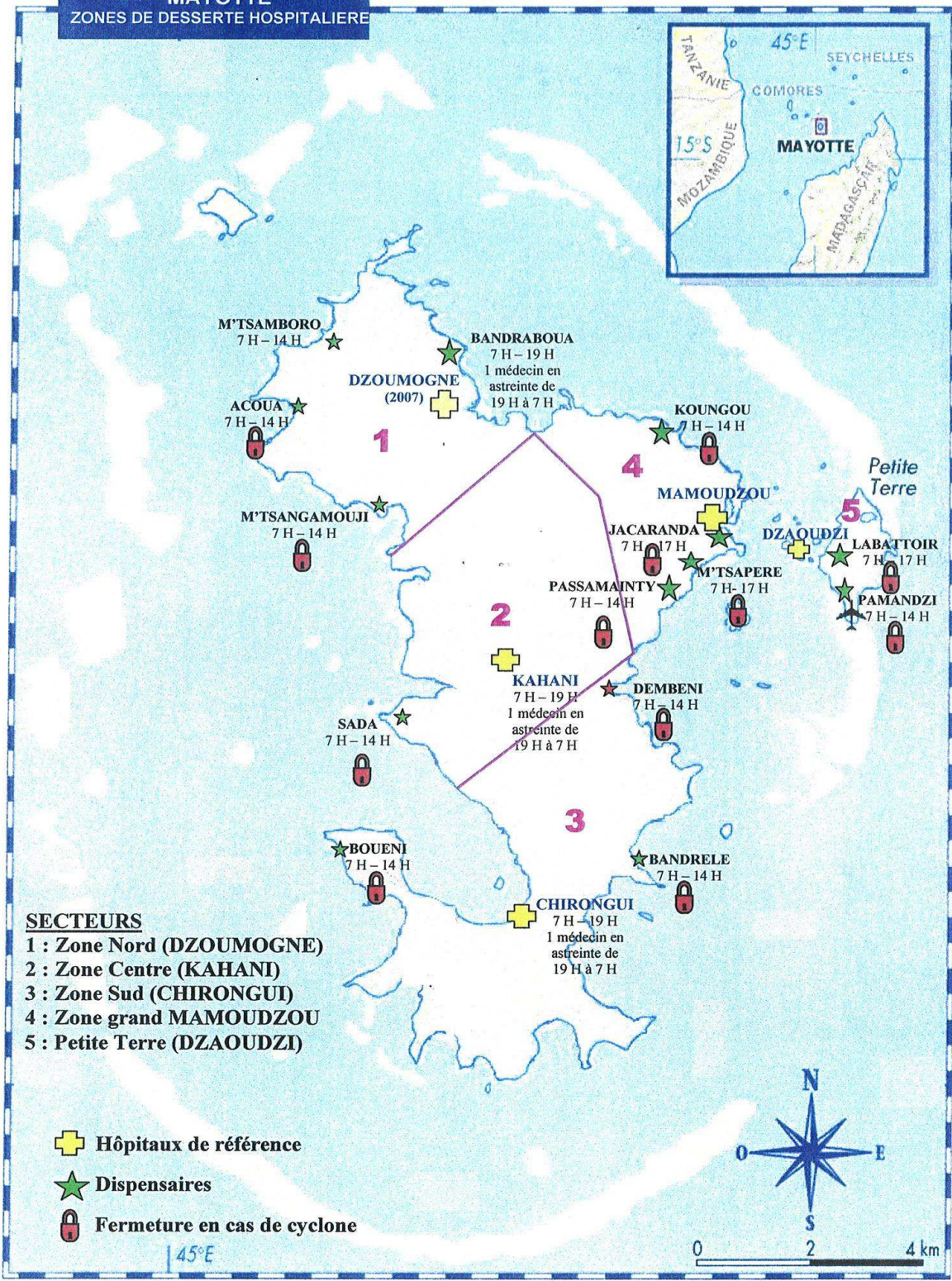
Le temps de réponse au questionnaire est estimé à 20 minutes par l'INSERM. Cependant les enquêteurs mahorais avaient besoin de 40 minutes en moyenne. En effet, les traducteurs ont été quasiment toujours sollicités et des problèmes de langue ont rendu l'interrogatoire difficile dans 28 % des cas.

Pour couvrir l'ensemble des naissances de l'île, quatre dispensaires ont été pris en compte en plus de la maternité de Mamoudzou : à Kahani, Petite-Terre, dans le secteur Nord et Sud.

Les données de l'enquête ont été saisies avec le logiciel EpiData et analysées grâce au logiciel SAS d'août à novembre 2010 par le service COABS de l'ARS-OI.

Aucun questionnaire n'a été supprimé suite à la recherche de valeurs ou réponses incohérentes mais de nombreuses corrections ont été nécessaires en raison d'erreurs de saisie (dates, fautes de frappe au moment de la saisie, décalage des réponses...).

**MAYOTTE**  
ZONES DE DESSERTE HOSPITALIERE



## Description de l'échantillon

Pendant la période d'enquête, 510 questionnaires ont été récoltés concernant 500 femmes (10 grossesses gémellaires). Soit un peu plus qu'à la Réunion en 2003. Notons que 2 questionnaires ne renseignent pas sur l'état de l'enfant à la naissance.

Tableau 1 - Effectif de l'échantillon

	Réunion 2003	Mayotte 2010
Nombre de maternités	10	1 + 4 dispensaires
Femmes	484	500
Naissances :	493	510
uniques	477	490
gémellaires	10	10
triples	6	0
Enfants nés vivants	486	500
Mort-nés	6	5
IMG	1	3

Le nombre de réponses recueillies lors de l'enquête est satisfaisant. 15 questionnaires sur 510 sont partiels et renseignent uniquement la partie « dossier médical ». Pour la majorité de ces questionnaires (10 sur 15), les enquêteurs n'ont pas interrogé la femme en raison de son état de santé ou de celui de l'enfant. Deux femmes sont sorties de la maternité avant le passage de l'enquêteur et une a refusé de répondre. Deux femmes n'ont pas répondu pour une raison non précisée.

En revanche, un certain nombre de difficultés ont été rencontrées à Mayotte. Les problèmes de traduction rendent le temps de passation deux fois plus long qu'en métropole et les questions plus difficiles à comprendre. Le questionnaire n'était pas adapté au contexte mahorais : les pays d'origine ont nécessité une recodification, le statut de clandestin et le travail au noir n'étaient pas pris en compte, les sources de revenus ne sont pas comparables à celles de la métropole, l'entretien précoce et le carnet de maternité ne sont pas mis en place à Mayotte... De plus, les enquêteurs ont dû faire face aux problèmes de mémoire et aux manques d'information des femmes. Pour les questions sur le suivi de grossesse, les femmes ont souvent utilisé la modalité « ne sait pas ». Un certain nombre d'entre elles ne connaissaient pas leur date de naissance. Pour environ 15 % des questionnaires, la mère n'a fourni que son année de naissance. Il a été convenu de remplacer par le 1<sup>er</sup> juillet tous les jours et mois inconnus d'une date de naissance.

Tableau 2 – Exhaustivité du recueil

Information pour :	Réunion 2003		Mayotte 2010	
	n	%	n	%
<b>Age de la mère *</b>				
oui	479	98,9%	454	90,8%
non	5	1,1%	46	9,2%
<b>Niveau d'études</b>				
oui	450	93,0%	489	97,8%
non	34	7,0%	11	2,2%
<b>Age gestationnel</b>				
oui	483	99,8%	500	100%
non	1	0,2%	0	0%
<b>Poids à la naissance</b>				
oui	484	100%	504	98,8%
non	0	0%	6	1,2%

\*Après estimation pour Mayotte

Afin de tester la représentativité de l'enquête, nous avons comparé les réponses recueillies pour les femmes dont l'issue de la grossesse a été une naissance vivante, aux données de l'état civil de l'INSEE Mayotte en 2007 pour l'âge moyen et 2004 pour l'origine géographique.

L'enquête est représentative en ce qui concerne l'âge des femmes : l'âge moyen est identique dans l'enquête (27,9 ans) et en population générale en 2007 (27,3 ans, différence non significative).

On remarque des différences entre l'enquête et la population générale pour la répartition des naissances par domicile et l'origine de la mère mais les données de l'INSEE datent de 2004.

Tableau 3 – Comparaison Enquête périnatale 2010 et Etat civil INSEE 2004

	Enquête périnatale Mayotte 2010		Etat Civil Mayotte 2004
	n	%	%
<b>Age de la femme</b>			
<20 ans	51	11%	Non disponible
20-24 ans	97	22%	Non disponible
25-29 ans	113	25%	Non disponible
30-34 ans	114	25%	Non disponible
35-39 ans	57	13%	Non disponible
>39 ans	19	4%	Non disponible
	451	100%	Non disponible
Age moyen	27,9		27,3 (en 2007)
<b>Répartition des naissances vivantes par domicile de la mère</b>			
Mamoudzou	146	33%	57%
Badrele	16	4%	9%
Tsingoni	18	4%	7%
Dzaoudzi	30	7%	7%
Koungou	45	10%	7%
Mtzamboro	18	4%	4%
Sada	21	5%	4%
<b>Origine de la mère (pour naissances vivantes)</b>			
France	162	33,8%	28,7%
Comores	291	60,8%	66,8%
<i>Anjouan</i>	179	42,0%	50,1%
<i>Grande Comore</i>	35	8,2%	14,5%
<i>Mohéli</i>	24	5,6%	2,2%
Madagascar	24	5,1%	4,2%
Autres	2	0,4%	0,3%
	474	100%	100%

NB : Pour 53 questionnaires, le détail de l'île comorienne de provenance est manquant.

Tout au long de l'analyse, des comparaisons seront effectuées avec l'enquête nationale périnatale de 2003 ainsi que l'extension qui a été faite à La Réunion la même année.

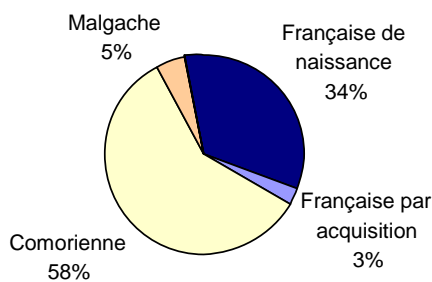
Tous les résultats présentés sont statistiquement significatifs.

## Caractéristiques des parents

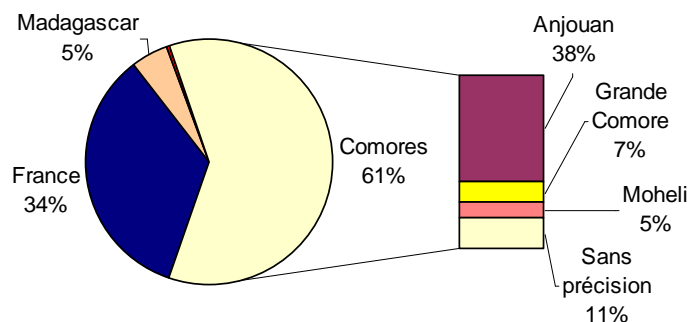
### Origine géographique des femmes

Parmi les femmes qui ont accouché, près de 7 sur 10 sont d'origine étrangère (contre 1 sur 10 en France entière en 2003). La majorité est originaire des Comores. Au moment de l'enquête, 5 % des femmes ont la nationalité malgache, 58 % sont comoriennes et 3% d'entre elles sont françaises par acquisition. Environ 9 % des femmes étrangères sont arrivées à Mayotte en 2009 ou 2010, soit peu de temps avant l'accouchement. Selon une étude de l'INSEE<sup>1</sup>, plus de 15 % des mères comoriennes qui ont accouché à Mayotte en 2002 s'en retournent aux Comores. Seulement 15 % des femmes ont appris à parler le français dès leur plus jeune âge. La langue maternelle la plus répandue à Mayotte étant le shimaoré.

Graphique 2 - Nationalité des mères



Graphique 3 - Lieu de naissance de la mère



La répartition géographique des naissances sur le territoire mahorais est inégale. Mais elle correspond globalement à la répartition des femmes en âge de procréer (15-54 ans) sur le territoire.

Commune	Répartition des femmes âgées de 15 à 54 ans (INSEE RP 2007)	Répartition des naissances (Enquête périnatale 2010)
Mamoudzou	29%	33%
Koungou	10%	10%
Dzaoudzi	8%	7%
Chirongui	4%	5%
Dembeni	5%	5%
Boueni	3%	5%
Sada	4%	5%
Kani keli	2%	4%
Mtsamboro	4%	4%
Tsingoni	5%	4%
Bandrele	4%	4%
Pamandzi	5%	4%
Bandraboua	5%	2%
Chiconi	3%	2%
M tsangamouji	3%	2%
Ouangani	3%	2%
Acoua	2%	1%

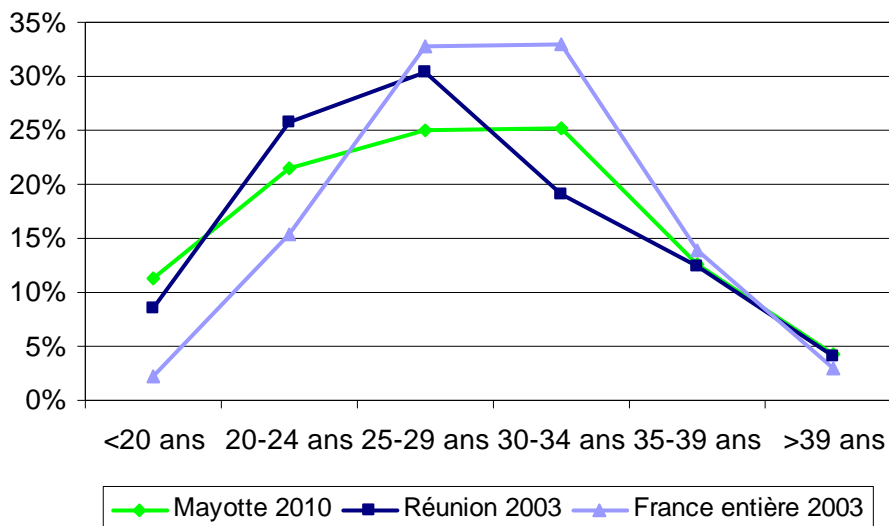
<sup>1</sup> Economie de la Réunion, 1<sup>er</sup> trimestre 2004, INSEE, p.15

## Âge à la maternité

Alors que l'ensemble de la France, et dans une moindre mesure, La Réunion (en 2003) se particularisent par une courbe de répartition des naissances dite « en cloche », à Mayotte, la part des naissances des femmes de moins de 20 ans est particulièrement importante, mais celle des femmes de 30 à 34 ans également. Le nombre de naissances est étendu sur une large période et est finalement très proche du cycle physiologique des femmes.

Selon l'INSEE, la fécondité observée en 2007 est élevée pour chaque classe d'âges et se situe largement au-dessus des moyennes nationales. L'indice synthétique de fécondité en 2007 est de 5 enfants par femme<sup>2</sup>.

Graphique 4 – Répartition des naissances selon l'âge de la mère



L'âge moyen des mères à l'accouchement relevé dans l'enquête est de 27,9 ans. Selon l'INSEE, il était de 26,3 ans en 2004, et de 27,3 ans en 2007.

<sup>2</sup> TEM 2010, INSEE, p.36-37



## Conditions de vie

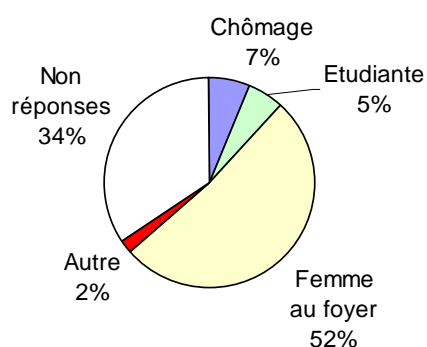
La moitié des femmes se déclarent mariées, bien que la distinction entre le mariage civil ou religieux ne soit pas précisée. Mais 89 % des femmes vivent en couple. C'est plus qu'à La Réunion en 2003 (72 %) mais moins qu'en France métropolitaine (92,7 %  $p < 0,001$ ).

Le niveau d'études des femmes est faible : 31 % des femmes n'ont jamais été scolarisées. Alors qu'en métropole, en 2003, 43 % des femmes avaient un niveau supérieur au baccalauréat, elles ne sont que 10 % à Mayotte en 2010.

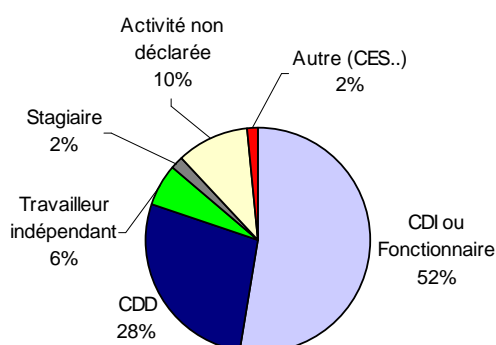
La précarité financière est importante à Mayotte. Seulement 26 % des femmes ont déclaré occuper un emploi pendant leur grossesse (24 % à la fin de la grossesse). L'enquête nationale périnatale de 2003 et l'extension réalisée à La Réunion montrent que la part de femmes actives occupées était plus importante : 39 % à La Réunion et 66 % en métropole.

Plus de la moitié des Mahoraises qui ont travaillé (52 %) avaient un CDI ou un statut de fonctionnaire et 28 % un CDD. Le travail clandestin est important à Mayotte mais difficile à estimer : 10 % des femmes qui travaillent déclarent avoir une activité non déclarée. Il est probable que dans cette situation, certaines femmes préfèrent déclarer aux enquêteurs un statut femme au foyer, ou ne pas répondre à la question. Pour cet item, un tiers des réponses sont manquantes.

Graphique 5 – Statut des femmes n'ayant pas d'emploi



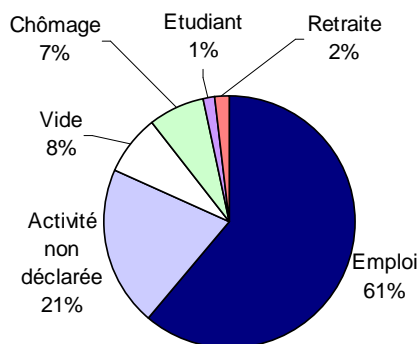
Graphique 6 – Type de contrat pour les femmes déclarant avoir un emploi



Un tiers des femmes ayant déclaré avoir un emploi se disent employées de la fonction publique ou administrative des entreprises. Une sur cinq dit exercer une profession intermédiaire, 8 % d'entre elles sont cadres et 17 % travaillent comme personnel de service pour les particuliers.

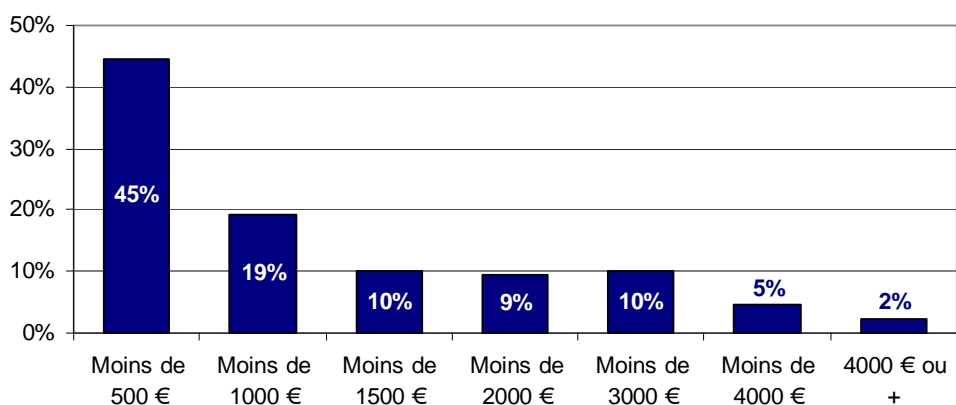
61 % des pères exercent un emploi. Si l'on prend en compte les questionnaires faisant état d'une activité non déclarée, 82 % des conjoints travaillent. Cependant, l'activité non déclarée est probablement sous-estimée : 8 % des questionnaires nous renseignent sur le fait que les conjoints n'exercent pas de travail mais sans préciser de statut. Dans le questionnaire, si le conjoint n'a pas d'emploi, la raison « sans papier » n'est pas proposée et pas toujours déclarée spontanément par les femmes.

Graphique 7 – Situation des conjoints



En prenant en compte l'activité professionnelle du couple (déclarée ou non), les aides sociales ou familiales, 45 % des femmes déclarent disposer de moins de 500 euros par mois (graphique 8).

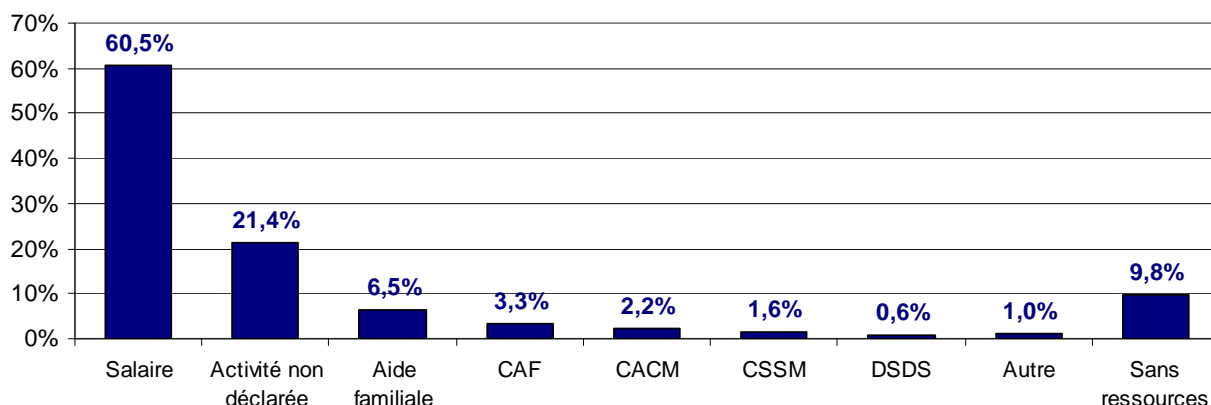
Graphique 8 – Montant des revenus mensuels en tenant compte de toutes les ressources.



Mayotte n'étant pas encore un département d'outre-mer au moment de l'enquête, personne ne bénéficie du RMI, du RSA ou de l'API. Seuls quatre organismes publics versent des prestations sociales aux ménages : la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM), l'Etablissement des Allocations Familiales<sup>3</sup>, la Direction de la Solidarité et du Développement Social (DSDS) et la Caisse d'Assurance Chômage de Mayotte (CACM). Mais très peu de femmes interrogées en bénéficient.

Près de 10 % des femmes déclarent ne recevoir aucune ressource financière.

Graphique 9 – Sources de revenus pour la femme (y compris son conjoint)



NB : Autres = Bourses d'études, loyer, pension alimentaire...

Un retraitement des modalités proposées dans le questionnaire a été nécessaire.

Le total est supérieur à 100 % car certaines femmes cumulent plusieurs ressources.

<sup>3</sup> Correspond à la CAF.

La moitié des femmes ne disposaient d'aucune couverture sociale au début de la grossesse contre seulement 2,7 % en France entière. A Mayotte, 43 % avait une couverture sociale mais sans mutuelle ni assurance complémentaire. Seulement 3 % avaient une mutuelle. Et une minorité de femmes (4 %) étaient couvertes par la CMU (Couverture médicale universelle) ou l'AME (Aide médicale d'Etat).

L'absence de couverture sociale et les dépenses de soins non remboursées peuvent être un frein à l'utilisation des services de santé. Près d'un cinquième des femmes interrogées (17 %) a dû renoncer à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières. Compte tenu de la proportion de femmes sans couverture sociale (50 %) et du niveau de vie déclaré (45 % des revenus mensuels inférieurs à 500 €), cette part est relativement faible.

En plus de la précarité financière, les femmes mahoraises n'ont pas toujours un logement personnel et sont 79 % à vivre avec un enfant de moins de 14 ans dans le foyer. En effet, 83 % des femmes vivent dans leur logement personnel, 12 % chez de la famille et des amis, 5 % chez ses parents. Les ménages sont composés de 4,4 personnes en moyenne et le nombre moyen d'enfants à charge de moins de 14 ans est de 2,2.

La majorité des femmes se sont senties entourées par leurs proches (36 % se sont déclarées très bien entourées et 49 % bien entourées).

## Antécédents obstétricaux

La gestité correspond au nombre de grossesses avant l'accouchement et la parité correspond au nombre d'accouchements antérieurs. Dans ces deux cas, l'information n'est pas demandée aux femmes mais recueillie directement dans le dossier médical, contrairement aux informations concernant l'acte d'IVG.

Les femmes à Mayotte ont plus souvent fait l'expérience d'une grossesse antérieure (86 % contre 70 % à La Réunion et 66 % en métropole). De manière générale, le nombre de grossesses est plus important pour les Mahoraises : la moitié d'entre elles en ont déjà vécu 3 ou plus contre 27 % à La Réunion et 15 % en France métropolitaine en 2003 (tableau 4).

Les accouchements antérieurs sont également plus fréquents pour les femmes mahoraises : pour seulement 2 femmes sur 10 il s'agissait d'un 1<sup>er</sup> accouchement à Mayotte (contre 4 à La Réunion et au niveau national en 2003) alors qu'un quart d'entre elles a déjà eu plus de 3 accouchements (contre 8 % et 3 % à La Réunion et en métropole, tableau 4).

A Mayotte en 2010, ce sont 4 femmes sur 10 qui ont vécu plus de grossesses que d'accouchements (contre 3 sur 10 à La Réunion en 2003), soit qu'elles aient perdu l'enfant ou interrompu la grossesse.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) concerne plus de femmes à Mayotte qu'à La Réunion ou qu'en métropole en 2003 (respectivement 21,6 %, 19,5 %, et 12,1 % des femmes interrogées).

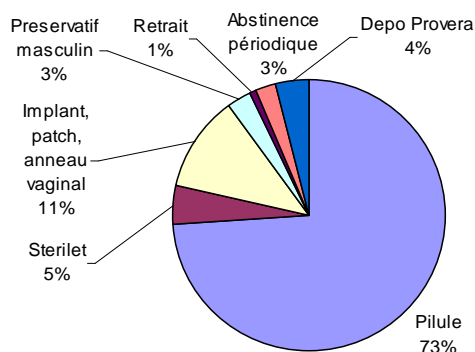
Tableau 4 – Gestité, parité et nombre d'IVG

	Mayotte 2010			Réunion 2003	Métropole 2003		
	n	%	IC	%	%	IC	
<b>Gestité (nombre de grossesses)</b>							
0	72	14,4	11,3-17,5	30,2	34,3	33,6-35,1	
1	92	18,4	15,0-21,8	26,4	32,4	31,6-33,2	
2	83	16,6	13,3-19,9	15,9	18,1	17,5-18,8	(non significatif)
3	76	15,2	11,8-18,3	10,7	7,9	7,5-8,3	
>3	177	35,4		16,7	7,3	6,9-7,7	
<b>Parité (nombre d'accouchements)</b>							
0	114	22,9	19,3-26,6	42,3	43,7	42,9-44,6	
1	94	18,9	15,4-22,4	28,2	34,5	33,8-35,2	
2	85	17,1	13,7-20,4	14,1	14,1	13,6-14,7	(non significatif)
3	76	15,3	12,1-18,5	7,7	4,7	4,4-5,1	
>3	128	25,8		7,7	2,9	2,6-3,2	
<b>Nombre d'IVG</b>							
0	324	78,5	74,4-82,4	80,5	87,9	87,3-88,4	
1	67	16,2		14,2	9,8	9,3-10,3	
2	18	4,4		3,3	1,7	1,5-1,9	
>2	4	1,0		1,9	0,6	0,5-0,8	

Les deux tiers des femmes (68 %) ont déjà utilisé une méthode de contraception avant d'être enceintes. Pour la plupart d'entre elles, il s'agissait de la pilule (73 %). Pour 94 % des femmes déclarant utiliser une contraception, celle-ci est médicale (graphique 10).

La moitié des femmes (50,3 %) ont arrêté leur contraception parce qu'elles souhaitent être enceintes. 8,3 % l'ont arrêtée parce qu'elles étaient enceintes, ce qui correspond à un échec de contraception. Enfin, 41,4 % des femmes ont arrêté leur contraception pour un autre motif.

Graphique 10 – Dernière méthode de contraception utilisée.



NB : Une seule méthode de contraception par femme a été retenue : la dernière. Si une femme utilisait la pilule et le préservatif masculin en même temps, la méthode médicale a été gardée.

5,5 % des femmes déclarent avoir suivi un traitement contre l'infertilité. Dont, 1,8 % traitée par des inducteurs d'ovulation utilisés seuls, 1,2 % par des plantes traditionnelles mahoraises, 0,2 % par fécondation in vitro. 2,3 % des femmes disent avoir été suivies contre la stérilité sans connaître le traitement.

62,8 % des femmes étaient heureuses que la grossesse arrive maintenant, 4,5 % auraient aimé que cette grossesse arrive plus tôt. Au contraire, 16,6 % des femmes aurait préféré qu'elle arrive plus tard et 16 % ne pas être enceintes du tout.

91 % des femmes qui ont arrêté la contraception parce qu'elles souhaitent avoir un enfant étaient heureuses que la grossesse arrive maintenant ou auraient aimé qu'elle arrive plus tôt. Lorsque les femmes ont arrêté leur contraception pour cause de grossesse, 63 % d'entre elles auraient aimé qu'elle arrive plus tard ou jamais. Les femmes qui ont arrêté leur contraception pour un autre motif sont plus mitigées sur leur sentiment au moment de la grossesse mais 58 % aurait préféré qu'elle n'arrive pas ou plus tard.

Sur le plan psychologique, 78,7 % des femmes se sentaient bien ou assez bien pendant la grossesse alors que 21,3 % se sentaient assez mal, voir mal.

Avant cette grossesse, 5 % des femmes avaient mis au monde un enfant mort-né, 8 % un prématuré, 8 % un enfant hypotrophique et 2,8 % des femmes ont du faire face à un décès néonatal. Ces résultats sont plus importants à Mayotte qu'à La Réunion ou qu'en métropole. Ils sont cependant à interpréter avec précaution car la parité des femmes est plus forte à Mayotte.

La proportion de femmes ayant eu une césarienne est plus forte à Mayotte et à La Réunion qu'en France entière (15,9 % contre 9,4 %). Et cette différence est surtout notable chez les multipares (18,7 % à Mayotte contre 16,1 % en France entière en 2003).

Tableau 5 – Antécédents obstétricaux

	Mayotte 2010			Réunion 2003	Métropole 2003	
	n	%	IC	%	%	IC
<b>Mort-né</b>						
Oui	25	5,1		1,7	1,9	1,7-2,2
Non	387	94,9	93,0-96,9	98,3	98,1	97,8-98,3
<b>Décès néonatal</b>						
Oui	14	2,8		1,5	0,8	0,7-1,0
Non	481	97,2	95,7-98,6	98,5	99,2	99,0-99,3
<b>Prématuré</b>						
Oui	40	8,2		5,0	3	2,7-3,3
Non	450	91,8	89,4-94,3	95,0	97	96,7-97,3
<b>Enfant hypotrophique</b>						
Oui	39	8,0			2,4	2,2-2,7
Non	451	92,0	89,6-94,4		97,6	97,3-97,9
<b>Césarienne</b>						
Oui	78	15,9		15,5	9,4	8,9-10,0
Non	411	84,1	80,8-87,2	84,5	90,6	90,1-91,1

## Caractéristiques morphologiques et comportementales des femmes

Les femmes mahoraises ont des caractéristiques morphologiques bien différentes des femmes métropolitaines. Elles sont plus petites et de plus forte corpulence. Le pourcentage de femmes mesurant moins d'un mètre soixante est de 47,1 % à Mayotte contre 20,9 % en métropole. Elles ont un poids plus élevé avant la grossesse : 35,3 % des femmes pèsent 70 kg ou plus à Mayotte contre 21 % en métropole et 20 % à La Réunion.

La significativité des résultats ne porte pas sur tout l'échantillon mahorais mais seulement sur les femmes qui ont répondu à la question. En effet, 58 % des femmes interrogées ne connaissent pas leur taille et 36 % n'ont pas su donner leur poids avant la naissance.

Tableau 6 – Poids, taille des femmes

	Mayotte 2010			Réunion 2003	Métropole 2003		
	n	%	IC	%	%	IC	
<b>Taille</b>							
Moins de 150	15	7,4	3,7-10,7	4,8	0,7	0,5-0,8	
150-159	81	39,7	32,1-45,4	40,4	20,2	19,5-20,9	
160-169	87	42,6	34,9-48,3	45,2	57,5	56,7-58,3	
170-179	21	10,3	5,9-14,1	9,4	20,8	20,1-21,5	
180 et plus	0	0		0,2	0,9	0,8-1,1	
<b>Poids avant la grossesse</b>							
Moins de 40	4	1,25	0,03-2,5	2,3	0,2	0,1-0,3	(non significatif)
40-49	33	10,31	6,9-13,6	18,1	11,2	10,7-11,7	(non significatif)
50-59	79	24,69	19,9-29,4	36,3	39,8	38,9-40,6	
60-69	91	28,44	23,5-33,4	23,5	28,1	27,3-28,9	(non significatif)
70-79	64	20	15,6-24,4	11,3	11,9	11,3-12,4	
80 et plus	49	15,31	11,4-19,3	8,6	8,8	8,4-9,3	

La consommation de tabac est très faible à Mayotte : 97 % des femmes ne fumaient pas avant leur grossesse et 99 % ne fumaient pas au 3<sup>ème</sup> trimestre (tableau 7 p<0,05).

Tableau 7 – Comportement des femmes vis-à-vis du tabac

	Mayotte 2010		Réunion 2003	Métropole 2003
	n	%	%	%
<b>Nombre de cigarettes avant la grossesse (par jour)</b>				
0	472	96,7%	76,0%	64,1%
1-9	12	2,5%	13,1%	9,9%
10 et plus	4	0,8%	10,9%	26,0%
<b>Nombre de cigarettes au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse (par jour)</b>				
0	482	98,6%	91,6%	78,2%
1-9	7	1,4%	5,7%	13,4%
10 et plus	0	0,0%	2,7%	8,4%

La double consommation d'alcool et de cannabis pendant la grossesse est encore moins fréquente : plus de 99 % des femmes ont déclaré ne pas l'avoir pratiqué.

### En résumé

Les mères mahoraises sont pour une grande part d'origine étrangère. Un tiers d'entre elles habitent à Mamoudzou. Une part importante des accouchements concernent des jeunes femmes mahoraises de moins de 20 ans (11 % à Mayotte contre 8 % à La Réunion et 2 % au niveau national en 2003). Mais les Mahoraises continuent d'avoir une fécondité importante aux âges plus élevés. Elles sont plus nombreuses que les Réunionnaises à avoir eu une grossesse ou un accouchement antérieur.

La précarité financière des mères est importante, 45 % des femmes déclarent avoir moins de 500 € par mois en tenant compte de toutes les ressources. De plus, la moitié des femmes n'ont aucune couverture sociale.

## Surveillance prénatale

### Déclaration de grossesse

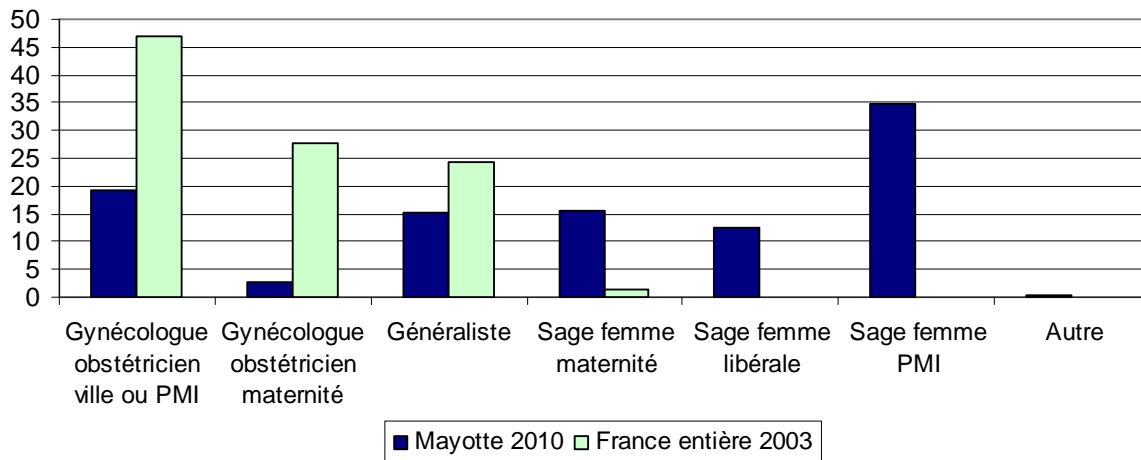
Le pourcentage de femmes n'ayant pas déclaré leur grossesse est très important à Mayotte, alors qu'il est minime à La Réunion ou en métropole en 2003 (35,5 % contre 1,8 % et 0,5 %  $p < 0,05$ ). De plus, les consultations tardives, au-delà de la limite fixée par la réglementation, à savoir le 1<sup>er</sup> trimestre, sont également beaucoup plus fréquentes à Mayotte (35 %, tableau 8).

Tableau 8 – Déclaration de la grossesse

	Mayotte 2010		Réunion 2003	Métropole 2003
	n	%	%	%
<b>Déclaration de la grossesse</b>				
Oui	314	64,5	98,2	99,5
Non	173	35,5	1,8	0,5
<b>Trimestre de déclaration</b>				
1er trimestre	189	64,7	90,8	95,1
2 ou 3ème trimestre	103	35,3	9,2	4,9

A Mayotte, ce sont les sages-femmes en PMI qui déclarent le plus souvent la grossesse. Ce sont les sages-femmes qui sont particulièrement sollicitées, en général, du fait de l'absence de gynécologues ou obstétriciens en maternité.

Graphique 9 – Professionnel de santé ayant réalisé la déclaration de grossesse<sup>4</sup>



<sup>4</sup> Si déclaration faite.

## Suivi médical

Le nombre moyen de consultations prénatales est de 6,8, soit inférieur à celui de métropole en 2003 (8,9). A Mayotte, près de la moitié des femmes (49 %) ont eu moins de 7 consultations (nombre fixé par la loi pour une grossesse à terme). Ce pourcentage est de 11 % à La Réunion et 9 % en France entière en 2003 (Tableau 9 : p<0,05).

Tableau 9 – Nombre de consultations prénatales

	Mayotte 2010		Réunion 2003	Métropole 2003
	n	%	%	%
0	5	1%	0%	0%
1 à 6	193	48%	11%	9%
7	68	17%	9%	19%
8 à 9	79	19%	46%	44%
10 et plus	61	15%	34%	28%

La part des femmes n'ayant eu aucune consultation à la maternité où a lieu l'accouchement ni même avec un membre de l'équipe qui réalise l'accouchement (ERA) est de 12,1 %. Il était de 17,3 % à La Réunion en 2003. En métropole, seules 8,3 % des femmes n'avaient jamais rencontré l'équipe responsable de l'accouchement auparavant.

Après la déclaration de grossesse, les femmes ont le plus souvent consulté une sage-femme en PMI (60 %) ou en maternité (42 %). En France entière, ce sont les gynécologues ou obstétriciens en maternité qui sont privilégiés (66,5 %). Le rôle des généralistes est relativement identique à Mayotte et en France entière (tableau 10).

Tableau 10 – Personnes consultées pour le suivi de grossesse

	Mayotte 2010			France entière 2003	
	n	%	IC	%	IC
Gynécologue obstétricien en cabinet libéral	40	8,2	5,8-10,7	45,1	44,2-45,8
Gynécologue obstétricien en PMI	31	6,4	4,2-8,5	1,3	1,1-1,5
Gynécologue obstétricien en cabinet libéral et PMI	3	0,6	0,0-1,3	0,2	0,1-0,2
Gynécologue obstétricien en maternité	28	5,8	3,7-7,9	66,5	
Généraliste	62	12,9	9,8-15,9	15,4	14,8-16,1 (non significatif)
Sage-femme en maternité	203	42,0	37,6-46,4	26,9	
Sage-femme en cabinet libéral	61	12,6	9,8-15,9	3,5	3,2-3,8
Sage-femme en PMI	289	59,8	55,5-64,2	1,5	1,3-1,8
Sage-femme en cabinet libéral et PMI	11	2,3	0,9-3,6	0	0,0-0,1

Pour l'ensemble de la grossesse, 80,2 % des femmes se sont fait suivre essentiellement par une sage-femme, 8,3 % par un généraliste, 7,4 % par un gynécologue-obstétricien et 4,1 % par plusieurs de ces professionnels.

En revanche, les visites des sages-femmes à domicile sont très rares à Mayotte : 1,2 % des femmes en ont reçu contre 27,4 % à La Réunion en 2003 que se soit des sages femmes de la PMI ou libérales.

La majorité des femmes n'ont jamais vu d'anesthésiste (66,7 % dont 7,5 % ayant subi une césarienne ou/et une péridurale). Plus précisément, 27,3 % des femmes qui ont eu une césarienne ou une péridurale n'ont jamais vu d'anesthésiste, 26,5 % l'ont vu au moment de l'accouchement et 43,2 % l'ont rencontré au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse (2,9 % à un autre moment).

Malgré le fait que 21,3 % des femmes se soient senties mal ou assez mal sur le plan psychologique pendant la grossesse, seules 1,4 % d'entre elles sont allées consulter un médecin, un psychologue ou un psychothérapeute pour leurs difficultés psychologiques.



L'entretien précoce ou entretien du 4<sup>ème</sup> mois est un entretien prolongé avec une sage-femme ou un médecin. Il n'a été réalisé que pour 4 % des femmes, exclusivement par des sages-femmes et majoritairement par des sages-femmes de PMI (63 %).

Peu de femmes (12,3 %) ont eu connaissance du réseau de santé en périnatalité à Mayotte.

## **Préparation à la naissance**

Un faible pourcentage de femmes (5 %) a suivi des séances de préparation à la naissance. Lorsqu'elles sont primipares, 11,8 % des Mahoraises ont suivi cette préparation contre 66,6 % de l'ensemble des Françaises dans la même situation.

Environ 1 femme sur 5 (22 %) a reçu des conseils de prévention pour éviter d'avoir la toxoplasmose. 17 % étaient déjà immunisées contre cette maladie, 31 % ont déclaré n'avoir reçu aucune information et 30 % n'ont pas su dire si l'information n'a pas été transmise ou si elles n'y avaient pas prêté attention.

Les deux tiers (66 %) des femmes interrogées ne savent pas si elles sont immunisées ou non contre la rubéole. Pour les 6,6 % des femmes non protégées, plus de la moitié ont déclaré ne pas avoir eu de recommandation sur la vaccination après l'accouchement.

Enfin, seulement 2,5 % des femmes ont déclaré avoir reçu pendant la grossesse des informations sur la coqueluche chez le nouveau-né.

Afin de prévenir des anomalies du système nerveux, 33 % des femmes ont déclaré avoir pris de l'acide folique. 18 % n'ont pas su répondre à cette question.

Une femme sur 10 ayant pris de l'acide folique a commencé le traitement avant même le début de la grossesse (de 1 à plus de 3 mois avant), 4 % des femmes ont commencé dans le premier mois. Les trois quart des femmes (75 %) ont commencé à prendre la vitamine B9 après le premier mois, voir jusqu'à la dernière semaine de grossesse.

## Examens de dépistages

Le nombre moyen d'échographies (tableau 11) est nettement inférieur à celui de la France métropolitaine en 2003 (2,7 contre 4,5). Le nombre d'échographies est également très en dessous de celui de La Réunion en 2003 : 46,4 % des Mahoraises en ont fait une ou deux, contre 4,9 % des Réunionnaises et 19 % en ont fait plus de trois à Mayotte contre 69 % à La Réunion.

A peine plus de la moitié des femmes (53 %) ont déclaré avoir reçu le test du VIH pendant la grossesse (tableau 8). Ce pourcentage s'élève à 71 % à La Réunion et 75 % en métropole en 2003. Les mahoraises semblent moins bien informées que dans les autres départements français puisqu'un grand nombre d'entre elles (27 %) ne savent pas si elles ont eu ce dépistage ou pas (contre 11 % à La Réunion et 6 % au niveau national).

Concernant le dépistage de la trisomie 21, la connaissance des examens effectués est plus difficile pour les Mahoraises (29,7 % ne savent pas dire quels examens ont été effectués contre 1,6 % en métropole), et la part des femmes qui n'ont pas eu de dépistage ou d'examen est plus élevée à Mayotte qu'à La Réunion ou qu'en métropole.

Les femmes interrogées à Mayotte sont 62,7 % à ne pas avoir réalisé de mesure de la clarté nucale<sup>5</sup> en raison d'une consultation trop tardive, 5,6 % pour une autre raison et 31,7 % ne savent pas pourquoi elles n'ont pas eu cet examen.

Pour 39,4 % des femmes qui n'ont pas fait le dosage sanguin, ce test ne leur a pas été proposé par leur médecin, 20,7 % ont consulté trop tardivement, 7,8 % ont refusé et 28 % ne savent pas pourquoi.

Quand ce dosage a été fait, il a eu lieu pour 42,5 % des femmes le 1<sup>er</sup> trimestre, pour 23,6 % au 2<sup>ème</sup> trimestre et 33,7 % ne savent pas.

Tableau 11 – Examens de dépistage pendant la grossesse

	Mayotte 2010		Réunion 2003	Métropole 2003
	n	%	%	%
<b>Nombre d'échographies</b>				
0	7	1,5%	0,0%	0,1%
1 à 2	217	46,4%	4,9%	2,5%
3	153	32,7%	26,4%	40,4%
Plus de 3	91	19,4%	68,7%	57,0%
<b>Test de dépistage du VIH</b>				
Oui	260	53,4%	71,2%	75,1%
Non	97	19,9%	17,4%	19,3%
Ne sait pas	130	26,7%	11,5%	5,6%
<b>Mesure de la clarté nucale</b>				
Oui	91	18,8%		76,0%
Non	150	31,1%		5,4%
Ne sait pas	242	50,1%		18,6%
<b>Dépistage sanguin du risque de trisomie 21</b>				
Oui	80	16,4%	77,3%	79,7%
Non	225	46,1%	14,2%	16,9%
Ne sait pas	183	37,5%	8,6%	3,4%
<b>Diagnostic de trisomie 21</b>				
Amniocentèse	17	3,7%	8,6%	10,8%
Biopsie du trophoblaste	ns	0,2%		0,4%
Prélèvement du sang fœtal	ns	0,4%		0,2%
Aucun de ces examens	305	66,0%		87,0%
Ne sait pas	137	29,7%		1,6%

ns : Non communicable en raison de l'effectif. Non significatif.

<sup>5</sup> La **clarté nucale**, se situe au niveau de la nuque du fœtus. Elle est due à un petit décollement entre la peau et le rachis.

Les femmes ne sont pas bien informées sur le dépistage du col de l'utérus : 1 sur 5 (20,3 %) ne sait pas si elle a subi un frottis cervical au cours de la grossesse. 1 sur 5 a déclaré en avoir eu un et 3 sur 5 n'en n'ont pas eu. 10,6 % des femmes qui n'ont pas eu de frottis au cours de la grossesse ont déclaré en avoir eu au moins deux ans auparavant.

En revanche, les femmes à Mayotte sont plus sensibilisées au dépistage du diabète : les trois quart (75,5 %) d'entre elles ont déclaré avoir été dépistées et seulement 5,1 % ne le savent pas.

## Grippe A

A Mayotte, 1 femme sur 10 (10,7 %) a été vaccinée contre la grippe aviaire.

Au total, 8,6 % des femmes ont déclaré avoir des symptômes de la grippe mais le diagnostic a été confirmé par prélèvement nasal pour 2 femmes, toutes deux hospitalisées. Seule la moitié des femmes qui ont déclaré avoir des symptômes (fièvre, courbatures, toux, difficulté à respirer) ont consulté un médecin ou une sage-femme.

La majorité des femmes enceintes au moment de la pandémie grippale ne se sont pas faites vacciner. Pour 37 % elles ne le souhaitaient pas, pour 27 % parce que le vaccin ne leur a pas été proposé et à 7 % par manque d'information (Tableau 12).

Tableau 12 – Raisons de non vaccination à la grippe A

Raison	n	%
Non souhaité	161	37%
Non proposé	117	27%
Manque d'information	30	7%
Peur - déconseillé pendant la grossesse	25	6%
Pas de moyen de transport	15	3%
Ne sait pas	6	1%
Autre	8	2%
Non réponse	72	17%

## Pathologies et antécédents à la grossesse

Selon le dossier médical, 5,8 % des femmes ont une hypertension antérieure à la grossesse, dont 2,4 % de manière chronique.

Seules 2 % des femmes sont diabétiques et pour 0,8 % d'entre elles, il s'agissait d'un diabète gestationnel lors d'une grossesse antérieure.

De manière générale, 13,3 % des femmes avaient au moins une pathologie chronique sévère ou un handicap avant la grossesse (hépatite, maladie infectieuse, obésité...).

17 % des femmes ont été hospitalisées pendant la grossesse. On ne peut pas dire que ce pourcentage soit moins important qu'en métropole. Si les durées d'hospitalisation semblent moins longues à Mayotte qu'à La Réunion et qu'en France métropolitaine, ce résultat n'est pas significatif en raison de la faiblesse des effectifs (Tableau 12). La moitié des hospitalisations à Mayotte ne durent qu'un ou deux jours.

En revanche, les transferts in utero d'une autre maternité pour hospitalisation ou accouchement sont très fréquents à Mayotte (25 % des femmes). Et ce, en raison du manque d'équipement des dispensaires et des maternités rurales. 46 % des femmes transférées l'ont été le jour même de leur accouchement.

Tableau 12 – Hospitalisation des femmes pendant la grossesse.

	Mayotte 2010			Réunion 2003	Métropole 2003		
	n	%	IC	%	%	IC	
<b>Hospitalisation</b>							
Oui	83	17,0	13,6-20,3	24,9	18,6	18,0-19,3	(non significatif)
Non	406	83,0	79,7-86,3	75,1	81,4	80,7-82,0	(non significatif)
<b>Durée d'hospitalisation</b>							
1 jour	22	26,8		31,9	22,7	21,1-24,3	(non significatif)
2	19	23,2			14,4	13,1-15,8	(non significatif)
3-7	29	35,4		47,8	38,8	37,0-40,8	(non significatif)
8-14	7	8,5		8,8	11,2	10,0-12,4	(non significatif)
15 jours ou +	5	6,1		11,5	12,9	11,7-14,3	(non significatif)
<b>Transfert in utero d'une autre maternité</b>							
Oui	124	25,0			2		
Non	372	75,0	71,0-78,8		98	97,7-98,2	

Les pathologies infectieuses pendant la grossesse ont concerné un certain nombre de femmes mahoraises. Une grande majorité de femmes (92 %) étaient immunisées vis-à-vis de la rubéole. En ce qui concerne la toxoplasmose, 76,2 % des femmes étaient immunisées. La séroprévalence de la toxoplasmose issue de l'enquête nationale est de 43,8 %. A Mayotte, seulement 0,6 % des femmes séronégatives se sont vues administré un traitement contre la toxoplasmose.

Au cours de la grossesse, le dépistage de la syphilis a été réalisé pour 98,2 % des femmes, et ce, plusieurs fois pour 7,4 % d'entre elles. Un traitement par Extencilline a été prescrit à 0,8 % des Mahoraises.

Les statistiques ne permettent pas de dire que les pathologies et complications pendant la grossesse soient plus nombreuses à Mayotte qu'en France entière, sauf en cas de rupture prématurée des membranes (tableau 13). La menace d'un accouchement prématuré est de 4,6 %. Une hémorragie pendant le 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre se produit dans 1,4 % des cas. L'hypertension et le diabète gestationnel concerne respectivement 5 % et 3,8 % des femmes mahoraises. 7,2 % des grossesses sont suspectées d'avoir une anomalie du poids fœtal et 3,4 % des femmes ont pris des corticoïdes pour maturation fœtale.

Tableau 13 – Pathologies et complications pendant la grossesse

	Mayotte 2010			Métropole 2003		
	n	%	IC	%	IC	
<b>Menace d'accouchement prématuré</b>						
Oui	23	4,6				
Non	475	95,4				
<b>Rupture prématurée des membranes</b>						
Oui	67	13,5		8,2	7,7-8,6	
Non	429	86,5		91,8	91,4-92,3	
<b>Hémorragie pendant le 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre</b>						
Placenta prævia	3	0,6		0,5	0,4-0,7	(non significatif)
Hématome rétro-placentaire	1	0,2		0,2	0,2-0,3	(non significatif)
Autre	3	0,6	0,0-1,3	0,2	0,2-0,3	(non significatif)
Non	481	98,6	97,5-99,6	99	98,8-99,2	(non significatif)
<b>Hypertension pendant la grossesse</b>						
Oui	25	5,0		4,6		
Non	475	95,0	93,1-96,9	95,4	95,1-95,8	(non significatif)
<b>Diabète gestationnel</b>						
Oui, traité par insuline	8	1,6				
Oui, traité par un régime	11	2,2				
Non	480	96,2				
<b>Suspicion d'une anomalie du poids fœtal</b>						
Oui, RCIU	13	2,6				
Oui, macrosomie	23	4,6				
Non	461	92,8				
<b>Corticoïdes pour maturation fœtale</b>						
Oui	17	3,4	1,8-5,1	3,8	3,5-4,1	(non significatif)
Non	477	96,6	94,9-98,2	96,2	95,9-96,5	(non significatif)

## En résumé

Les sages-femmes jouent un rôle important dans le suivi médical des grossesses à Mayotte, en raison du manque de gynécologues ou obstétriciens.

Mayotte accuse un certain retard par rapport à La Réunion et à Mayotte en ce qui concerne la surveillance prénatale. Les déclarations de grossesses sont beaucoup moins fréquentes, la majorité des femmes n'ont jamais vu d'anesthésiste (67 %), le nombre moyen d'échographie est nettement inférieur à celui de la métropole (2,7 contre 4,5). De plus, l'entretien précoce à Mayotte est rare (4 %) ainsi que le suivi de séances de préparation à la grossesse, même pour les primipares (12 % contre 67 % en métropole).

La connaissance des examens de dépistages effectués lors de la grossesse est très aléatoire pour les femmes mahoraises.

Très peu de femmes ont été vaccinées contre la grippe A.

## Travail, accouchement, santé à la naissance

### Distance à la maternité

Malgré le nombre élevé de dispensaires, et du fait du manque de moyens de transport, l'accès à une maternité est difficile pour les Mahoraises. Le temps nécessaire entre le lieu d'habitat et la maternité est de 23 minutes en moyenne. Alors que 10 % des femmes en métropole et 8,1 % des Réunionnaises mettent plus d'une demi-heure de trajet pour aller accoucher, les Mahoraises sont 17 % à mettre au moins autant de temps.

Tableau 14 : Distance de la maternité

	Mayotte			Réunion 2003	Métropole 2003	
	n	%	IC	%	%	IC
30 minutes ou moins	331	83,2	79,1-86,7	91,8	90,1	89,6-90,6
31-60 minutes	53	13,3	10,1-17,1	7,7	9,2	8,7-9,7
Plus d'une heure	14	3,5	1,9-5,8	0,4	0,7	0,6-0,9

### Déroulement de l'accouchement

Comme en métropole et à La Réunion, environ 95 % des nouveau-nés sont se présentés de manière céphalique.

En 2010, dans 14,2 % des cas, le travail a été déclenché. Le déclenchement est moins utilisé qu'en métropole (19,7 %) et qu'à La Réunion en 2003 (19,8 %) mais il se rapproche des pratiques réunionnaises en 1995 : 15,8 %.

Le pourcentage d'accouchements par césarienne est équivalent à Mayotte, à La Réunion et en métropole (autour de 20 %). Cependant, la césarienne est beaucoup moins souvent pratiquée en début de travail (7,6 % à Mayotte contre 15,5 % et 12,5 %).

Le mode d'accouchement par voie basse non instrumentale est plus important à Mayotte (76,8 % contre 70,9 % à La Réunion et 68,7 % en métropole en 2003).

Tableau 15 : Déroulement de l'accouchement

	Mayotte 2010			Réunion 2003	Métropole 2003		
	n	%	IC	%	%	IC	
<b>Présentation</b>							
Céphalique	489	95,9	93,8-97,4	95,7	94,0	93,6 - 94,4	(non significatif)
Siège	21	4,1	2,6-6,2	3,7	5,4	5,0 - 5,8	(non significatif)
Autre	0	0,0		0,2	0,6	0,5 - 0,8	(non significatif)
<b>Début du travail</b>							
Spontané	394	78,3	74,5-81,6	64,7	67,8	67,0 - 68,5	
Déclenché	71	14,1	11,2-17,5	19,8	19,7	19,1 - 20,4	
Césarienne	38	7,6	5,4-10,2	15,5	12,5	12,0 - 13,0	
<b>Mode d'accouchement</b>							
Voie basse non instrumentale	384	76,8	72,8-80,4	70,9	68,7	68,0 - 69,5	
Spatules ou forceps	ns	0,2		7,0	7,8	7,4 - 8,3	(non significatif)
Ventouse	13	2,6	1,4-4,4		3,3	3,0 - 3,6	(non significatif)
Césarienne	102	20,4	16,9-24,2	22,1	20,2	19,5 - 20,8	(non significatif)

ns : Non communicable en raison de l'effectif. Non significatif.

Le mode de début du travail et le mode d'accouchement varient en fonction de plusieurs facteurs comme l'âge gestationnel, le poids à la naissance ou les antécédents obstétricaux.

La taille de l'échantillon mahorais ne permet pas d'analyse significative pour le poids, mais les tendances suivent celles de la Réunion et la métropole en 2003. Les césariennes sont plus fréquentes pour les enfants

nés avant la 39<sup>ème</sup> semaine de grossesse et pour ceux pesant moins de 3000 grammes. Le travail est plus fréquemment déclenché après 40 semaines de gestation, sinon, le travail se fait principalement de manière spontanée.

Tableau 16 – Déroulement de l'accouchement selon l'âge gestationnel et le poids à la naissance

Âge gestationnel	Début du travail			Poids	Début du travail		
	Spontané	Déclenché	Césarienne		Spontané	Déclenché	Césarienne
<35	19 63,3%	6 20,0%	5 16,7%	<1500	5 71,4%	2 28,6%	0 0,0%
35-36	19 52,8%	9 25,0%	8 22,2%	1500-1999	8 42,1%	6 31,6%	5 26,3%
37	50 70,4%	11 15,5%	10 14,1%	2000-2499	37 69,8%	11 20,8%	5 9,4%
38	83 83,0%	7 7,0%	10 10,0%	2500-2999	113 77,9%	16 11,0%	16 11,0%
39	106 91,4%	8 6,9%	2 1,7%	3000-3499	152 84,9%	18 10,1%	9 5,0%
40	71 87,7%	8 9,9%	2 2,5%	3500-3999	64 85,3%	9 12,0%	2 2,7%
>40	46 66,7%	22 31,9%	1 1,4%	≥ 4000	13 65,0%	7 35,0%	0 0,0%

Nous avons vu que la part des femmes multipares est plus importante à Mayotte. Les femmes multipares ayant un antécédent de césarienne sont 46 % à en avoir une lors de leur accouchement (moins qu'en métropole) et 12,5 % lorsqu'elles n'ont pas d'antécédent.

Taux de césariennes suivant les antécédents.

	Mayotte 2010			Métropole 2003		
	n	%	IC	%	IC	
Ensemble des naissances	491	20		20,2	19,5-20,8	(non significatif)
Primipares	111	21,6		23,3	22,2-24,3	(non significatif)
Multipares sans antécédent de césarienne	303	12,5		8,8	8,1-9,5	
Multipares avec antécédent de césarienne	77	46,8		64,6	62,0-67,2	

La mise au monde de l'enfant a été majoritairement réalisée par une sage-femme (68,6 %).

Un gynécologue ou un obstétricien est intervenu dans 23,1 % des accouchements. Ce qui correspond sensiblement au pourcentage de césariennes effectuées.

La part d'accouchements réalisé par une autre personne (à domicile, pompiers, gendarmes, voisine...) est importante puisqu'elle s'élève à 8,3 %. Ceci peut s'expliquer par un temps de trajet à la maternité plus long (Cf. p.21) et un nombre important de femmes clandestines et sans couverture sociale.

Tableau 17 - Accouchement par :

	Mayotte			Métropole 2003	
	n	%	IC	%	IC
Gynécologue ou obstétricien	112	23,1	19,4-27,2	51,3	50,5-52,1
Sage-femme	332	68,6	64,2-72,7	47,5	46,7-48,3
Autre	40	8,3	5,9-11,1	1,2	1,1-1,4

## Gestion de la douleur

Un peu moins de la moitié des femmes (43,6 %) a souhaité un moyen pour soulager les douleurs de l'accouchement. Le moyen souhaité est majoritairement un médicament par perfusion, intramusculaire ou un gaz à respirer (cité à hauteur de 56,6 %). Pour 40,6 % d'entre elles, le moyen souhaité était une péridurale. 11,8 % ont cité une méthode non médicamenteuse (posture de l'accouchement, tisanes...) et 13,7 % des femmes souhaitaient n'importe quel moyen pour soulager la douleur. Cependant, la moitié des femmes qui souhaitaient un moyen, ont déclaré n'en avoir eu aucun.

Selon le dossier médical, 5,5 % des femmes ont eu une péridurale et 17,6 % une rachianesthésie. Ces pourcentages sont bien moins importants qu'à La Réunion et qu'en métropole en 2003. L'utilisation de l'anesthésie générale est équivalente dans les trois régions étudiées. La part des femmes n'ayant rien eu aucune analgésie est beaucoup plus importante à Mayotte.

Tableau 18 – Type d'analgésie

	Mayotte		Réunion	Métropole	
	<i>n</i>	%	%	%	IC
Aucune	330	69,9%	40,9%	22,5%	21,8 - 23,2
Péridurale	26	5,5%	40,7%	62,6%	61,6 - 63,2
Rachianesthésie	83	17,6%	14,3%	12,3%	11,7 - 12,8
Anesthésie générale	7	1,5%	1,5%	1,7%	1,4-1,9
Autre analgésie	26	5,5%	2,7%	0,9%	0,8-1,1



## Enfant à la naissance

Contrairement à ce qui est observé dans les pays Européens, il naît, à Mayotte, en 2010, un peu plus de filles que de garçons (51,2 %). Le coefficient Apgar est plus faible qu'à La Réunion et qu'en métropole.

Tableau 18 – Etat de l'enfant à la naissance

	Mayotte 2010			Réunion 2003	Métropole 2003		
	n	%	IC	%	%	IC	
<b>Apgar à 1 min</b>							
<5	45	9,2	6,6-11,8	1,6	1,8	1,6-2,0	
5-7	26	5,3	3,3-7,3	4,9	4,1	3,8-4,5	(non significatif)
8-9	71	14,5	11,4-17,6	9,9	18,7	18,0-19,3	
10	347	71,0	66,9-75,0	83,5	75,4	74,7-76,1	(non significatif)
<b>Apgar à 5 min</b>							
<5	12	2,4	1,1-3,8		0,3	0,2-0,4	
5-7	13	2,6	1,2-4,1		0,9	0,7-1,0	
8-9	42	8,5	6,1-11,0		4,6	4,2-4,9	
10	425	86,4	83,3-89,3		94,3	93,9-94,6	

14 % des nouveau-nés ont, en raison de leur état à la naissance, reçu une ventilation au masque (3 % au ballon, 11 % Néopuff). Les gestes techniques, qu'il s'agisse de la ventilation ou plus rarement d'une intubation ou d'une PPC nasale (concernant respectivement 5 et 3 naissances), sont réalisés à 20,8 % par un pédiatre, à 2,7 % par un anesthésiste-réanimateur mais beaucoup plus fréquemment par une sage-femme (94,4 %).

A Mayotte et à La Réunion, la part des enfants prématurés (<37 semaines d'aménorrhée) est plus grande qu'en métropole. Les temps de gestation en général sont moins longs (Tableau 19).

Tableau 19 – Prématurité

	Mayotte 2010		Réunion 2003	Métropole 2003
	n	%	%	%
22-27	5	1,0		0,9
28-32	8	1,6	12	1,1
33-36	54	10,6		5,3
37	73	14,3		6,4
38	101	19,8		14,5
39	118	23,1	88	24,4
40	81	15,9		26,8
>40	70	13,7		20,7

Le poids moyen à la naissance pour les enfants nés à Mayotte est de 3020 g contre 3231 g (+/- 584) en métropole. La répartition par classe d'âge ne permet pas de comparaison avec la métropole en raison de la faiblesse des effectifs. Mais, plus globalement, la part des enfants de moins de 2500 g est plus importante à Mayotte qu'en métropole (16,3 % contre 8 %). A La Réunion en 2003, cette part était de 12,2 %.

Tableau 20 – Poids à la naissance à Mayotte en 2010

	n	%
<1500	7	1,4
1500-1999	19	3,8
2000-2499	56	11,1
2500-2999	146	29,0
3000-3499	181	35,9
3500-3999	75	14,9
>4000	20	4,0

La taille moyenne de l'enfant et son périmètre crânien sont les mêmes à Mayotte et en métropole. Un nouveau-né mahorais mesure 49,3 cm contre 49,2 cm (+/- 2,6) pour un métropolitain. Le périmètre crânien s'élève en moyenne à 33,6 cm à Mayotte contre 34,3 cm (+/- 1,9) en métropole.

72,5 % des femmes ont essayé une mise au sein dans les deux premières heures suivant la naissance. Par la suite, l'allaitement maternel est choisi par 81,3 % des mères, l'allaitement mixte par 13,9 % et le lait 1<sup>er</sup> âge par 3,1 %. L'allaitement au sein est beaucoup plus important à Mayotte qu'à La Réunion (58,9 %) et qu'en métropole (56,5 %). Les deux premières motivations citées par les femmes pour le choix de l'allaitement sont la santé, le bien-être du bébé et un choix normal, habituel dans l'entourage. Les raisons financières n'étaient pas proposées dans le questionnaire bien qu'il s'agisse d'une réalité à Mayotte. Cette raison est citée spontanément par 2,3 % des femmes qui donnent le sein.

## **En résumé**

Les conditions d'accouchements sont quelques peu différentes à Mayotte. Les femmes arrivent plus tardivement à la maternité et la part des accouchements à domicile y est plus importante. Si le taux de césariennes est équivalent, elles se font plus tardivement.

Les femmes mahoraises bénéficient moins souvent d'un moyen pour soulager les douleurs de l'accouchement.

Les enfants sont plus souvent prématurés à Mayotte qu'en métropole, la part des enfants pesant moins de 2500 g est donc plus importante (16 % contre 12 % à La Réunion et 8 % au niveau national en 2003). Le coefficient Apgar à 1 minute est inférieur à 5 pour 9,2 % des nouveau-nés mahorais contre 1,8 % des nouveau-nés métropolitains.

L'allaitement au sein est largement préféré par les mahoraises (81,3 % contre 56,5 % des métropolitaines).

## Conclusion

L'extension de l'enquête nationale a permis de faire un premier état des lieux de la situation périnatale à Mayotte. Des progrès restent à faire dans le suivi et les prises en charges pour atteindre les niveaux observés à La Réunion et en métropole en 2003.

Les conditions socio-économiques des femmes sont défavorables à Mayotte par rapport au niveau national en raison du niveau d'études plus faible, du taux d'inactivité élevé, de la faiblesse des revenus et du manque de couverture sociale. Les femmes commencent leur fécondité beaucoup plus tôt et les grossesses sont plus nombreuses qu'à La Réunion et qu'en métropole.

Les femmes ont une faible connaissance des examens de dépistages effectués pendant la grossesse. La surveillance prénatale accuse un certain retard à Mayotte par rapport au niveau national, le nombre d'échographies par exemple est presque deux fois moins important à Mayotte (2,7 en moyenne contre 4,5 en métropole).

## Références

B. BLONDEL, K. SUPERNANT, C. du MAZAUBRUN, G. BREART, *Enquête nationale périnatale 2003*, INSERM, 2003.

C. Catteau, *L'enquête nationale périnatale 2003 à La Réunion, Evolution et comparaison avec la métropole*, DRASS, 2003.

P. Chevalier, *Tableau Economique de Mayotte*, INSEE, 2010.

J. Bockel, O. Frouté, *Naissances nombreuses, mères souvent étrangères*, Economie de la Réunion, 1<sup>er</sup> trimestre 2004, INSEE, p.15

**Directeur de publication : Chantal DE SINGLY**  
**Responsable de la rédaction : Christine CATTEAU**  
**Exploitation : MéliSSa CELLIER**  
**Agence de Santé Océan Indien**

2 bis, av Georges Brassens - CS 60050 - 97408 Saint-Denis Cedex 09  
Tél : 0262 97 90 00