
Enquête périnatale 2021 à La Réunion (ENP – DROM 2021)

Indice de précarité et analyse par microrégion



Décembre 2023

Auteur :

Marius LAHY (ARS La Réunion)

Relectrices :

Dr Anh-Dao NGUYEN (ARS La Réunion)
Florence CALIEZ (ARS La Réunion)

Conception et réalisation :

ARS La Réunion

Directeur de la publication :

Gérard COTELLON, Directeur général (ARS La Réunion)

Citation suggérée :

Marius LAHY, Enquête périnatale 2021 à La Réunion (ENP-DROM 2021) : Indice de précarité et analyse par microrégion, ARS La Réunion, décembre 2023

L'enquête nationale périnatale (ENP) est une enquête nationale réalisée régulièrement depuis 1995 dans toutes les maternités de France et qui permet d'avoir des données sur l'état de santé des mères et des nouveau-nés. L'ENP fournit aussi des informations sur les pratiques médicales des professionnels de santé pendant le suivi de grossesse et durant l'accouchement.

En 2021, 1 115 femmes ont participé à l'enquête nationale et son extension à La Réunion. Les premiers résultats montrent une augmentation du niveau éducatif des mères réunionnaises et de l'âge moyen des parturientes (29,7 ans) par rapport à la précédente enquête de 2003 (27,6 ans) [1]. Des problèmes de santé maternels importants sont également mis en évidence : la prévalence de l'obésité (46,2% des femmes), un fort taux d'anémie maternelle (51,9%) et une incidence élevée du diabète gestationnel durant la grossesse, dans un contexte d'absence d'aisance financière pour plus de la moitié des femmes (53,8%).

Entre 2003 et 2021, le taux de césarienne et des accouchements par voie basse instrumentale sont restés stable à La Réunion. L'hémorragie post-partum est survenue dans 11,8% des cas en 2021. Concernant l'accès aux soins prénataux des mères de l'île, les résultats de l'enquête mettent en évidence des disparités importantes entre les femmes ayant une mutuelle privée et celles bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (CSS).

La littérature [2] décrit des liens entre la situation sociale et la santé, tant en dehors de la grossesse avec des marqueurs tels que l'obésité et la carence en fer, qu'au cours de la grossesse avec des marqueurs tels que la naissance prématurée, le retard de croissance et la mortalité néonatale. Sur cette base, l'objectif est de détecter précocement les femmes en situation sociale défavorable afin de leur apporter une assistance le plus tôt possible, dans le but de réduire l'impact des facteurs sociaux sur la santé, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [3].

Au niveau national, un indice de défavorisation sociale pendant la grossesse a été élaboré en 2016 [4] pour caractériser la vulnérabilité sociale ou la précarité. La précarité étant définie comme l'absence de l'une ou plusieurs sécurités permettant aux personnes d'assumer leurs responsabilités élémentaires, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux [5]. Cet indicateur peut contribuer à la mise en œuvre des recommandations de la HAS. Toutefois, il convient de se demander si cet indice, élaboré par Marion Opatowski, est adapté à La Réunion, où près de la moitié des femmes bénéficient de la CSS.

C'est dans ce contexte que cette étude est menée. Le premier objectif est de construire un indicateur de précarité adapté afin d'identifier ces femmes vulnérables à La Réunion, d'établir un profil type de ce groupe de femmes et de distinguer les complications médicales liées à leur situation. Plusieurs indicateurs ont été construits pour mesurer cette précarité périnatale chez les femmes, comme le score EPICES qui a été développé par l'INSERM ou encore l'indice de précarité d'Opatowski. Dans cette étude, on se basera sur la méthode de calcul de l'indice de précarité proposé par Opatowski en 2016.

La seconde analyse est d'observer le profil des femmes dans chaque microrégion de La Réunion afin de relever s'il y a une disparité entre les différentes zones de l'île en terme de santé périnatale des femmes et de précarité. L'objectif est d'adapter les actions à mener à La Réunion

dans le cadre du projet régional de santé (PRS), selon les spécificités de chaque zone de proximité et d'identifier les priorités.

CONSTRUCTION DE L'INDICE DE PRÉCARITÉ

L'indice de précarité (défavorisation sociale) proposé par Marion Opatowski est un indice de vulnérabilité sociale multidimensionnelle construit à partir de l'ENP 2016. La construction de l'indice prend en compte 4 variables de l'enquête périnatale :

- Bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) ;
- Bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- Ne vit pas en couple ;
- N'a pas de logement individuel.

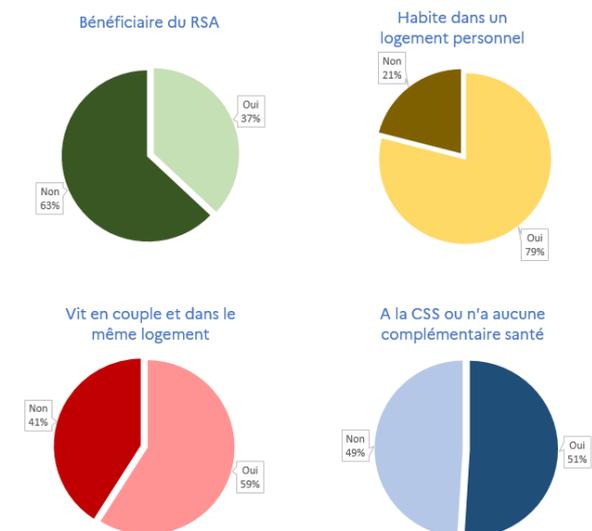
Depuis 2016, la CMU a été remplacée par la protection universelle maladie (PUMA). Ce nouveau dispositif assure une couverture en cas de maladie pour tous les résidents en France, qu'ils soient actifs ou non. À La Réunion, plus de 99% des femmes bénéficient du dispositif PUMA. De fait, cette variable n'est pas discriminante pour le calcul de l'indice. En remplacement de cette variable, c'est la complémentaire santé solidaire (CSS) qui a été utilisée. Celle-ci est une aide destinée aux personnes ayant des ressources modestes pour leurs dépenses de santé. A chaque fois que la femme présentera l'une des caractéristiques de l'indice (RSA, CSS, situation couple, situation logement), elle aura un point. La somme des points obtenus constitue l'indice de précarité qui varie donc de 0 à 4. A partir de 2, la femme est considérée comme précaire.

Afin de limiter au minimum le nombre de valeurs manquantes dans l'étude, seules les femmes qui ont eu un entretien en maternité

(avec dossier médical ou non) ont été prises en compte [1].

Parmi les 930 femmes interrogées, 37% bénéficient du RSA, 51% n'ont pas de complémentaire santé ou bénéficient de la CSS, 41% ne vivent pas avec leur partenaire ou ne sont pas en couple et 21% n'habitent pas un logement personnel.

Graphique 1 : Distribution des variables de calcul de l'indice de précarité dans la population cible



Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

Pour compléter l'analyse, une ACM (analyse des correspondances multiples) a été réalisée sur l'échantillon afin d'identifier le profil des femmes vulnérables d'après l'indice, au de-là des 4 variables utilisées pour sa construction. L'ACM a été réalisée à partir des variables décrivant la situation sociodémographique des femmes, leurs ressentis et leur santé durant la grossesse et pendant le déroulement de l'accouchement avec le minimum de valeurs manquantes. A partir de l'indice de précarité, il a été construit une nouvelle variable « Précarité ».

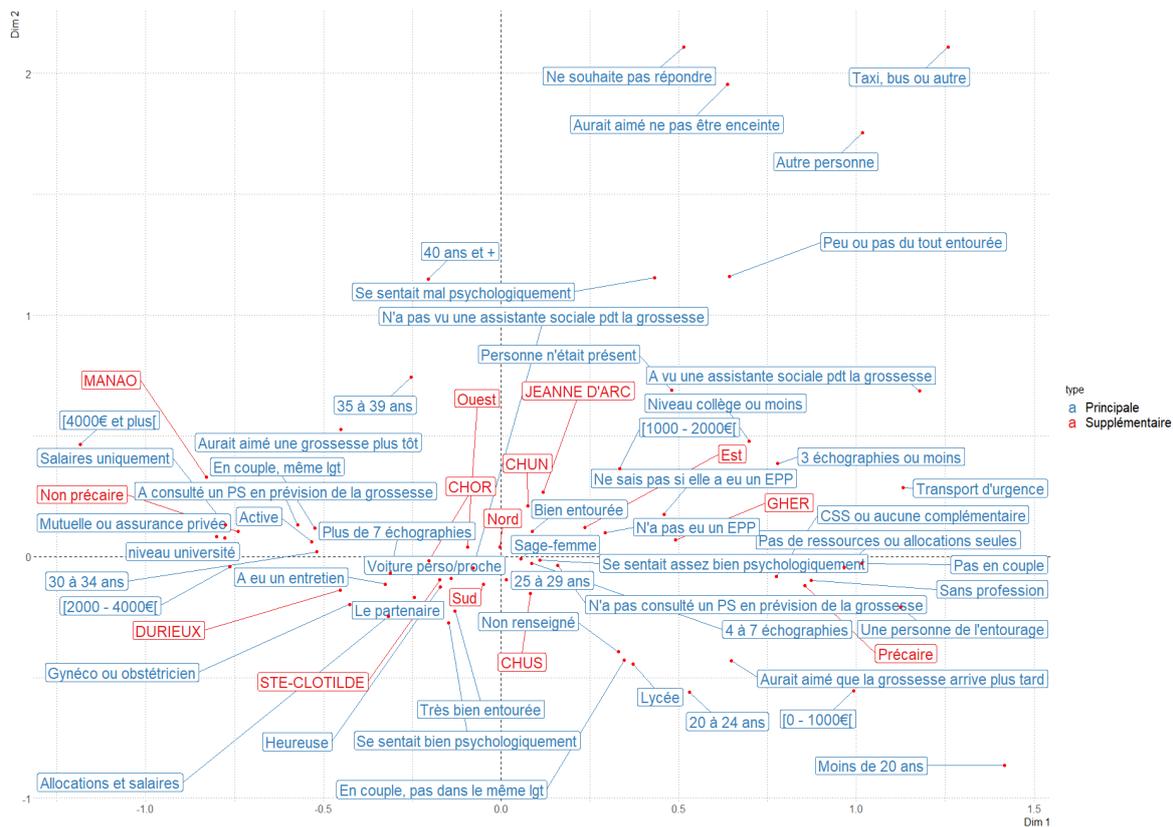
Les femmes ayant un indice supérieur ou égale à 2 sont définies comme « Précaire » et celles qui ont un indice inférieur à 2 comme « Non précaire ».

Pour ne pas biaiser l'analyse, la variable « Précarité » a été introduite comme variable supplémentaire dans l'analyse afin d'être utilisée comme variable de vérification mais sans participation à la formation des axes factoriels. Les variables microrégion d'habitation de la femme et maternité d'accouchement ont également été ajoutées pour l'analyse territoriale. Seul, le premier

plan de l'ACM a été interprété car il résume la majorité des informations de l'analyse.

Comme le montre le graphique des variables du premier plan de l'ACM ci-dessous, la modalité « Précaire » de la variable « Précarité » est positionnée sur l'axe des abscisses dans la partie positive (à droite) tandis que la modalité "Non précaire" est située dans la partie négative (à gauche). Ainsi, les modalités des variables situées à droite du graphique caractérisent les femmes précaires, tandis que les modalités situées à gauche décrivent celles qui ne le sont pas.

Graphique 2 : Premier plan de l'analyse des correspondances multiples (ACM)

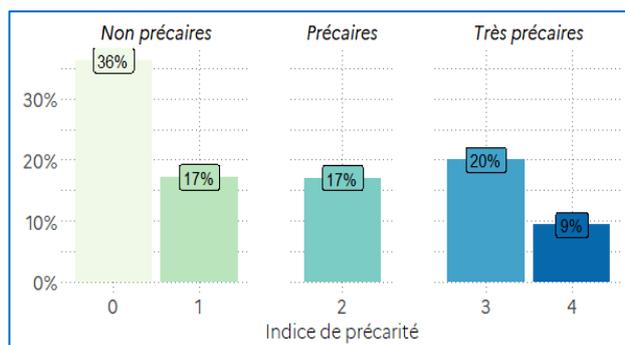


Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

Selon l'indice de précarité tel que défini, **46% des femmes sont considérées comme précaires** (indice supérieur ou égal à 2), dont 29% comme très précaires (indice 3 ou 4).

Graphique 3 : Distribution de l'indice de précarité

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF



Pour faciliter l'interprétation des résultats, la suite de l'analyse se base sur deux modalités de la variable « Indice de précarité » :

- « Non précaire » : les femmes qui ont un score de précarité de 0 à 1 point.
- « Précaire » : les femmes qui ont un score de précarité de 2 à 4 points. En effet, les deux groupes de femmes "précaires" et "très précaires" (graphique 3) partagent des caractéristiques similaires, sauf pour l'âge et la situation de couple. Les femmes très précaires, plus jeunes en moyenne (26 ans), ne sont pas en couple, tandis que les femmes précaires, légèrement plus âgées (29 ans), sont en couple sans nécessairement partager une vie commune.

❖ Caractéristiques sociodémographiques des femmes selon l'indice de précarité

Les femmes précaires sont en grande majorité des femmes jeunes et ayant un plus faible niveau d'éducation. Leur âge moyen est de 27 ans et 40% de ces femmes ont moins de 25 ans. A contrario, les femmes non précaires sont âgées en moyenne de 32 ans et seulement 10% d'entre elles ont moins de 25 ans. Seules 15% des femmes précaires ont un niveau d'études supérieures au baccalauréat (61% chez les femmes non précaires) et 45% un niveau lycée. Concernant la situation de couple, seulement 24% des femmes précaires sont en couple et vivent avec leur partenaire. Elles sont 52% à ne pas être en couple. A contrario, dans le groupe de femmes non précaires, 91% sont en couple et vivent sous le même toit que leur partenaire.

Tableau 1 : Situation sociodémographique des femmes selon l'indice de précarité

		Non précaire	Précaire	Réunion
Age de la mère	Moins de 20 ans	< 1%	15%	7%
	20 à 24 ans	10%	25%	16%
	25 à 29 ans	29%	28%	28%
	30 à 34 ans	36%	15%	27%
	35 à 39 ans	21%	14%	18%
	40 ans et +	5%	4%	4%
	Min / Max	20,0 / 45,5	15,0 / 43,4	15,0 / 45,5
	Médiane	31,6	26,7	29,8
<i>Moyenne (écart-type)</i>		<i>31,5 (4,9)</i>	<i>27,4 (6,6)</i>	<i>29,7 (6,1)</i>
Niveau scolaire	Collège ou moins	13%	41%	26%
	Lycée	26%	45%	34%
	Université	61%	15%	40%
Situation de couple	En couple, même logement	91%	24%	59%
	En couple, pas même logement	7%	24%	15%
	Pas en couple	3%	52%	26%

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

Dans le groupe de femmes précaires, 63% n'ont pas d'activité professionnelle et 77% dépendent de prestations sociales. Près d'une femme sur deux déclare avoir moins de 1 000 € par mois comme ressources pour leur foyer. C'est ainsi qu'elles sont 91% à bénéficier de la complémentaire santé solidaire. A l'opposé, dans le groupe de femmes non précaires, 84% sont en activité, 73% ont un salaire comme source de revenus et 68% déclarent 2 000 € ou plus de ressources mensuelles du ménage. Leur couverture maladie complémentaire est très majoritairement une mutuelle ou une assurance privée.

Tableau 2 : Situation socio-économique des femmes selon l'indice de précarité

		Non précaire	Précaire	Réunion
Activité professionnelle	Exerce une activité	84%	37%	62%
	Sans profession	16%	63%	38%
Source de revenus du ménage	Allocations ou autres ressources (hors salaires)	9%	77%	40%
	Allocations et salaires	18%	13%	16%
	Salaires, yc prime d'activité	73%	10%	45%
Ressources mensuelles déclarées du ménage	[0 – 1 000 €[	5%	45%	24%
	[1 000 – 2 000€[	23%	39%	30%
	[2 000 – 4 000€[	46%	8%	28%
	[4 000€ et plus[	22%	1%	12%
	Non renseigné	5%	7%	6%
Couverture maladie complémentaire	CSS* ou aucune complémentaire	16%	91%	51%
	Mutuelle ou assurance privée	84%	9%	49%

* complémentaire santé solidaire

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

❖ Déroulement et suivi de la grossesse selon l'indice de précarité

A la connaissance de leur grossesse, 26% des femmes précaires auraient souhaité que cette grossesse arrive plus tard et 8% ne pas être enceintes. Ces taux sont respectivement de 11% et 4% chez les femmes non précaires. Concernant le soutien de l'entourage, près de 9 femmes sur 10, précaires ou non précaires, déclarent avoir été très bien ou bien entourées pendant leur grossesse. Sur le plan psychologique, 18% des femmes précaires se sentaient assez mal ou mal pendant leur grossesse, contre 12% des femmes non précaires.

Tableau 3 : Ressenti et présence de l'entourage des femmes durant la grossesse selon l'indice de précarité

		Non précaire	Précaire	Réunion
Réaction à la découverte de la grossesse	Heureuse d'être enceinte maintenant	74%	62%	68%
	Aurait souhaité une grossesse plus tôt	11%	5%	8%
	Aurait souhaité que la grossesse arrive plus tard	11%	26%	18%
	Aurait préféré ne pas être enceinte	4%	8%	6%
Soutien de l'entourage pdt la grossesse	Très bien entourée	69%	59%	64%
	Bien entourée	25%	28%	26%
	Peu ou pas du tout entourée	6%	13%	10%
Etat psychologique durant la grossesse	Se sentait bien	66%	56%	61%
	Se sentait assez bien	22%	26%	24%
	Se sentait assez mal ou mal	12%	18%	15%

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

Le suivi de grossesse est différent entre les femmes précaires et les femmes non précaires. Plus de la moitié des femmes précaires (54%) n'ont pas eu d'entretien prénatal précoce (EPP) et 12% ont déclaré avoir eu un entretien avec une assistante de service social pendant la grossesse. A contrario, dans le groupe des femmes non précaires, la majorité d'entre elles (59%) a bénéficié d'un EPP avec un professionnel de santé et seulement 2% de ces femmes se sont entretenues avec une assistance sociale.

Tableau 4: Entretien prénatal précoce et entretien avec une assistante sociale pendant la grossesse selon l'indice de précarité

		Non précaire	Précaire	Réunion
Entretien prénatal précoce (EPP)	Non	38%	54%	48%
	Oui	59%	37%	46%
	Ne sais pas	3%	8%	6%
A eu un entretien avec une assistante sociale pendant la grossesse	Non	98%	88%	94%
	Oui	2%	12%	6%

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

Pour le suivi prénatal, il est recommandé à toutes les femmes la réalisation de trois échographies de dépistage, une par trimestre. En cas d'anomalie dépistée, des échographies complémentaires de diagnostic prénatal sont réalisées. À La Réunion, en moyenne, les femmes ont eu 7 échographies pendant leur grossesse. Dans le groupe des femmes précaires, le nombre moyen d'échographies réalisées est de 6,5, tandis que chez les femmes non précaires, il est de 7,5. Parmi les femmes précaires, 15% ont effectué moins de 4 échographies et 32% plus de 7 échographies. Dans le groupe des femmes non précaires, ces proportions sont respectivement de 7% et 47%. Ainsi, on constate que les femmes précaires effectuent, en général, moins d'échographies que les femmes non précaires.

Concernant le contact avec l'équipe médicale de la maternité, parmi les femmes précaires, 27% n'ont pas consulté au moins une fois l'équipe médicale de la maternité où elles ont accouché, tandis que cette proportion est de 18% dans le groupe des femmes non précaires.

Tableau 5 : Echographies et contact avec l'équipe médicale de la maternité d'accouchement selon l'indice de précarité

		Non précaire	Précaire	Réunion
Nombre d'échographies réalisés	0 à 3 échographies	7%	15%	11%
	4 à 7 échographies	46%	52%	49%
	Plus de 7 échographies	47%	32%	40%
	Min / Max	0 / 30	0 / 25	0 / 30
	Médiane	7,0	6,0	7,0
	Moyenne (écart-type)	7,5 (3,4)	6,5 (3,2)	7,1 (3,3)
Consultation avec l'équipe médicale maternité	Non	18%	27%	22%
	Au moins une fois	82%	73%	78%

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

❖ Déroulement de l'accouchement des femmes selon l'indice de précarité

Que les femmes soient précaires ou non, elles se rendent majoritairement à la maternité en voiture personnelle ou avec l'aide d'un proche. Cependant, pour le groupe de femmes précaires, une proportion plus importante (15%) a eu besoin d'un transport d'urgence et 4% ont utilisé les transports en commun pour se rendre à la maternité, soit respectivement 7,5 et 2 fois plus que pour les femmes non précaires (2% et 2%).

Une proportion plus élevée de femmes précaires (27%) ont accouché seules sans aucune présence de leur partenaire ou entourage, contrairement aux femmes non précaires (14%). De même, si le partenaire était présent dans 84% des accouchements chez les femmes non précaires, cela ne représente que 60% chez les femmes précaires.

Tableau 6 : Accès à la maternité et présence de l'entourage à l'accouchement selon l'indice de précarité

		Non précaire	Précaire	Réunion
Mode de transport pour se rendre à la maternité	Voiture personnelle/proche	96%	81%	90%
	Taxi, bus ou autre	2%	4%	2%
	Transport d'urgence	2%	15%	8%
Entourage présent lors de l'accouchement	Personne	14%	27%	20%
	Partenaire	84%	60%	73%
	Autre personne	2%	13%	7%

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

❖ Complications médicales chez la mère selon l'indice de précarité

La précarité a un impact important sur la santé en raison du manque de soins adéquats et de l'accès difficile à une hygiène de vie saine. Elle augmente les risques de problèmes de santé tels que le surpoids et l'obésité [2]. A La Réunion, les femmes précaires sont proportionnellement plus nombreuses à être en situation d'obésité (26%) que les femmes non précaires (18%) et elles sont moins nombreuses à avoir une corpulence normale (43%) que pour les femmes non précaires (51%). Par ailleurs, les femmes précaires ont un pourcentage plus élevé d'insuffisance pondérale : 8% contre 5% chez les femmes non précaires. Le test de khi-2¹ confirme la relation entre ces deux variables.

À la fin de la grossesse, les deux groupes de femmes présentent une tendance similaire, avec une prise de poids moyenne de 11 kg pour toutes les femmes.

Tableau 7 : Indice de masse corporel (IMC) au début de la grossesse et prise de poids à la fin de la grossesse selon l'indice de précarité

		Non précaire	Précaire	Réunion	P value
IMC en début de grossesse	Insuffisance pondérale	5%	8%	7%	0,0044 (test du khi-2 de Pearson)
	Corpulence normale	51%	43%	47%	
	Surpoids	25%	22%	24%	
	Obésité	18%	26%	22%	
Prise de poids à la fin de la grossesse (kg)	Min	-10,0	-14,0	-14,0	
	Max	30,0	49,0	49,0	
	Médiane	12,0	11,0	12,0	
	Moyenne (écart-type)	11,8 (5,9)	11,0 (7,8)	11,4 (6,9)	

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

¹ Méthode statistique qui permet de tester des hypothèses afin de déterminer si les données sont conformes aux attentes.

L'anémie et le diabète gestationnel sont des pathologies qui peuvent entraîner des complications périnatales pour la santé de la mère pendant la période périnatale. L'anémie est liée à un risque accru de prématurité [6], tandis que le diabète gestationnel peut entraîner une macrosomie [7].

À La Réunion, plus de la moitié des femmes interrogées en 2021 sont anémiques, et cette pathologie est plus fréquente chez les femmes précaires où 64% d'entre elles sont affectées, contre 43% chez les femmes non précaires. Le diabète gestationnel est également présent dans les deux groupes de femmes pour plus d'une femme sur cinq, sans différence significative entre elles sur le plan statistique.

Tableau 8 : Anémie durant la grossesse et diabète gestationnel selon l'indice de précarité

		Non précaire	Précaire	Réunion	P value (test du khi-2 de Pearson)
Anémie	Non	57%	36%	48%	<0,0001
	Oui	43%	64%	52%	
Diabète gestationnel	Non	77%	79%	78%	0,3768
	Oui	23%	21%	22%	

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

❖ Complications médicales chez le nouveau-né

Le groupe de femmes précaires présente un taux de bébés nés prématurément deux fois plus élevé (10%) que chez les femmes non précaires (5%). Il en est de même pour le taux de transfert des nouveau-nés dans d'autres unités médicales, telles que la réanimation, les soins intensifs ou la néonatalogie, immédiatement après la naissance, où 16% des bébés nés de femmes précaires ont été transférés contre 11% chez les femmes non précaires.

Tableau 9 : Prématurité et Transfert du nouveau-né selon l'indice de précarité

		Non précaire	Précaire	Réunion	P value (test du khi-2 de Pearson)
Prématurité	Non	95%	90%	91%	0,0050
	Oui	5%	10%	9%	
Transfert du nouveau-né dans une autre unité	Non	89%	84%	85%	0,0291
	Oui	11%	16%	15%	

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

Il n'y a pas de distinction de poids de naissance (en fonction de l'âge gestationnel) entre les bébés nés des deux groupes de femmes. Environ 73% des bébés nés de femmes précaires ont un poids adapté à leur âge gestationnel, ce qui est similaire au pourcentage de bébés nés de femmes non précaires (75%). Le test de khi-2 a confirmé qu'il n'y avait pas de lien significatif entre ces deux variables.

Tableau 10 : Poids de l'enfant à la naissance pour l'âge gestationnel selon l'indice de précarité

	Non précaire	Précaire	Réunion	P value (test du khi-2 de Pearson)
Approprié	75%	73%	73%	0,6747
Gros	7%	8%	8%	
Petit	18%	20%	19%	

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

ANALYSE PAR MICROREGION

Pour territorialiser les actions à mettre en place à La Réunion, il est indispensable d'observer les femmes ainsi caractérisées pour chaque microrégion de l'île. Les femmes interrogées lors de l'enquête périnatale de 2021 à La Réunion sont représentatives des 4 microrégions de l'île. La microrégion la plus représentée est celle du Sud avec 35% des femmes interrogées et la moins représentée celle de l'Est (18%), en corrélation avec la répartition de la population féminine âgée de 15 à 49 ans sur l'île. La localisation des femmes correspond à leur lieu de résidence et non au lieu d'accouchement.

Selon l'indice de précarité défini dans cette étude, les femmes précaires sont présentes dans toutes les microrégions de l'île, mais dans des proportions différentes. Leur part est plus élevée dans l'Est, où plus d'une femme sur deux se trouve dans une situation de précarité et moindre dans le Sud avec 42% de femmes concernées.

Graphique 4 : Répartition par microrégion des femmes

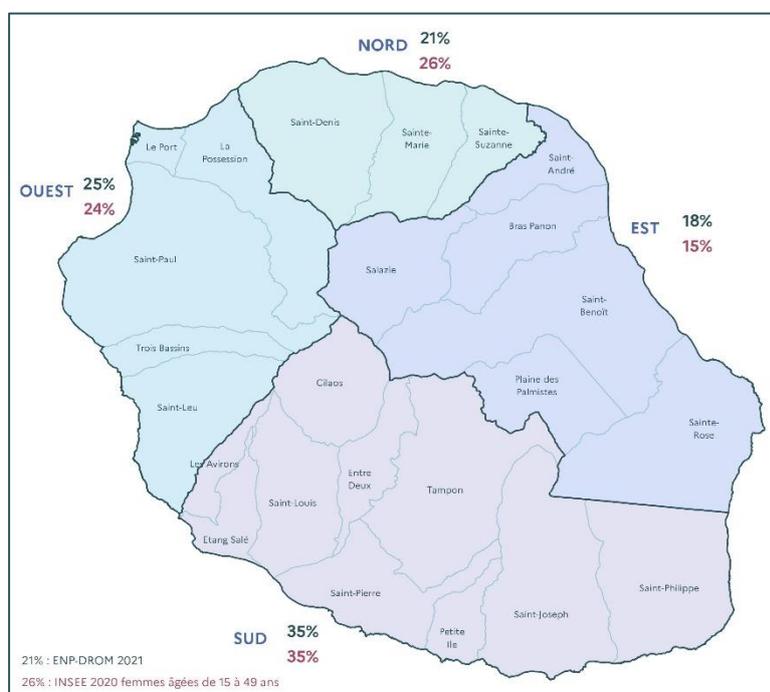


Tableau 11 : Répartition des femmes selon l'indice de précarité et par microrégion

	Non précaire	Précaire
Est	46%	54%
Nord	56%	44%
Ouest	51%	49%
Sud	58%	42%
Réunion	54%	46%

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

❖ Caractéristiques sociodémographiques des femmes par microrégion

Les moyennes d'âge des femmes de chaque microrégion sont proches et la répartition des femmes selon leur tranche d'âge sont similaires entre chaque territoire. Plus de la moitié des femmes sont âgées de 25 à 34 ans.

La part des femmes ayant un niveau d'études supérieures est la plus élevée dans les zones Nord et Ouest (45% et 41%). Dans le Sud, 40% des femmes ont un niveau lycée et dans l'Est, la répartition est d'un tiers pour le niveau collège, lycée et supérieur au baccalauréat.

La région Sud se distingue par une situation de couple différente des autres régions avec 70% des femmes qui sont en couple et vivent dans le même logement que leur partenaire. Contrairement aux autres régions où cette proportion varie entre 49% et 59%.

Tableau 12 : Situation sociodémographique des femmes par microrégion

		Est	Nord	Ouest	Sud	Réunion
Age de la mère	Moins de 20 ans	8%	6%	6%	8%	7%
	20 à 24 ans	15%	18%	19%	15%	17%
	25 à 29 ans	28%	28%	24%	32%	28%
	30 à 34 ans	29%	27%	28%	24%	27%
	35 à 39 ans	14%	18%	19%	16%	17%
	40 ans et +	5%	3%	3%	5%	4%
	Min	15,0	17,0	16,8	15,4	15,0
	Max	43,4	45,5	42,0	44,5	45,5
	Médiane	29,8	29,3	30,0	29,1	29,6
	Moyenne (écart-type)	29,4 (6,1)	29,6 (6,0)	29,7 (6,1)	29,5 (6,3)	29,6 (6,1)
Niveau scolaire	Collège ou moins	31%	25%	27%	23%	26%
	Lycée	34%	30%	32%	40%	35%
	Université	36%	45%	41%	36%	39%
Situation de couple	En couple, même logement	51%	49%	59%	70%	59%
	En couple, pas même logement	24%	24%	15%	5%	15%
	Pas en couple	24%	26%	27%	26%	26%

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

Dans l'Ouest près de quatre femmes sur cinq exercent une activité professionnelle. C'est le cas de près de trois femmes sur cinq sur les autres territoires. Dans l'Est, la moitié des femmes n'a pas de revenu ou dépend des aides sociales. A l'opposé, seules 36% des femmes de l'Ouest sont dans cette même situation. En toute corrélation, 60% des femmes de l'Est bénéficient de la CSS quand cette part est d'environ 50% dans les autres régions.

Tableau 13 : Situation socioéconomique des femmes par microrégion

		Est	Nord	Ouest	Sud	Réunion
Activité professionnelle	Exerce une activité	57%	59%	76%	56%	62%
	Sans profession	43%	41%	24%	44%	38%
Source de revenus du ménage	Allocations ou autres ressources (hors salaires)	50%	39%	36%	40%	40%
	Allocations et salaires	15%	12%	22%	15%	16%
	Salaires, yc prime d'activité	35%	49%	42%	46%	44%
Ressources mensuelles déclarées du ménage	[0 – 1 000 €[	25%	20%	21%	27%	24%
	[1 000 – 2 000€[	30%	30%	29%	32%	30%
	[2 000 – 4 000€[	23%	31%	31%	27%	28%
	[4 000€ et plus[	7%	12%	14%	12%	12%
	Non renseigné	15%	7%	6%	1%	6%
Couverture maladie complémentaire	CSS* ou aucune complémentaire	60%	47%	51%	48%	51%
	Mutuelle ou assurance privée	40%	53%	49%	52%	49%

* complémentaire santé solidaire

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

❖ Lieu de la maternité d'accouchement des femmes

Plus de 9 femmes sur 10 accouchent dans la microrégion de leur lieu de résidence hormis pour les femmes de l'Est où seulement un peu plus de la moitié y accouche, l'autre moitié accouchant dans le Nord de l'île.

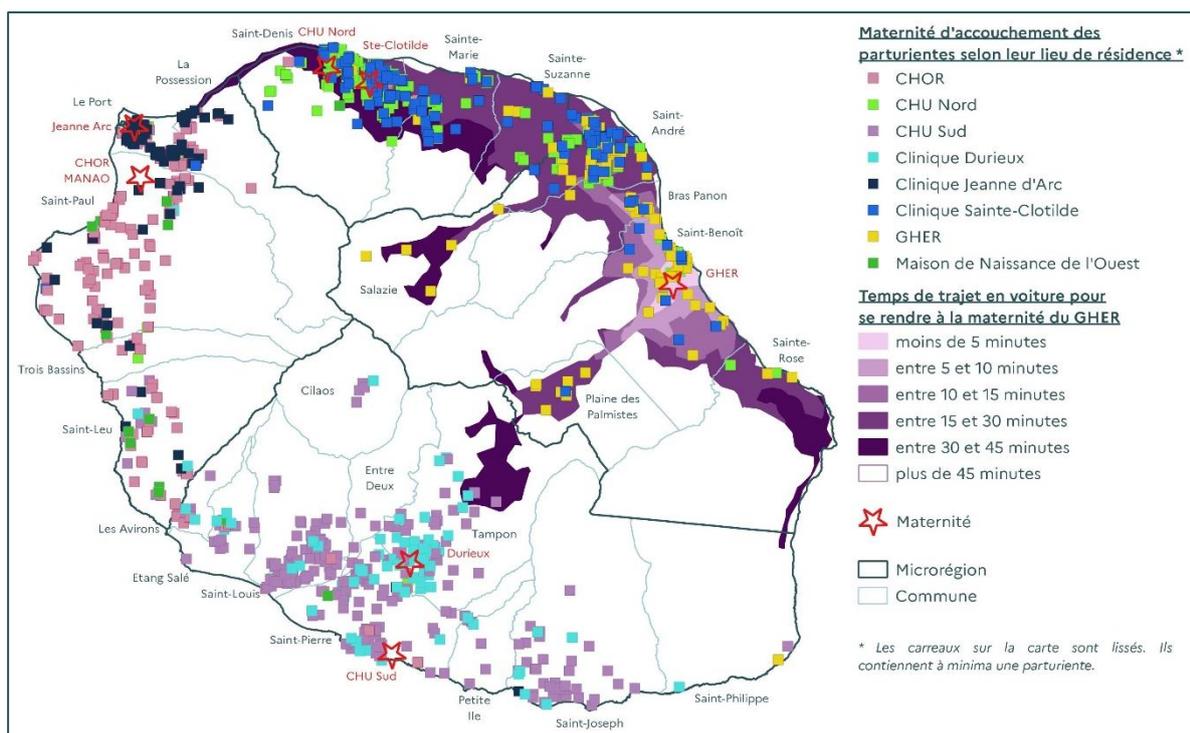
Tableau 14 : Lieu d'accouchement des femmes par microrégion

		Lieu de résidence des femmes			
		Est	Nord	Ouest	Sud
Lieu d'accouchement des femmes	Est	59%	4%	0%	0,3%
	Nord	40%	91%	4%	0,3%
	Ouest	1%	4%	91%	3%
	Sud	0%	1%	5%	96%

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

Une grande partie des femmes habitant dans l'Est choisit d'accoucher dans l'une des 2 maternités du Nord de l'île, bien qu'elles résident à moins de 30 minutes en voiture de la maternité du GHER, notamment celles habitant à Saint-André, Bras Panon ou Saint-Benoît.

Graphique 5 : Lieux d'accouchement des parturientes par microrégion et temps de trajet en voiture pour se rendre à la maternité du GHER



Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

En calculant la médiane de l'indice de précarité des femmes habitant dans l'Est par microrégion d'accouchement, on constate pour celles qui accouchent dans le Nord que la médiane est égale à 1, tandis qu'elle est égale à 2 pour celles qui accouchent dans l'Est. Cette différence de médiane entre ces deux groupes de femmes en fonction de leur lieu d'accouchement est statistiquement significative. Ainsi, les femmes de l'Est qui accouchent dans le Nord ont un profil de femmes non précaires, tandis que celles qui accouchent dans l'Est (au GHER) ont en

grande partie un profil de femmes précaires (dont 45% avec un indice de précarité supérieur ou égal à 3).

Tableau 15 : Moyenne de l'indice de précarité des femmes de l'Est selon le lieu d'accouchement

		Lieux d'accouchement des femmes de l'Est		P value (test de Wilcoxon-Mann-Whitney)
		Est	Nord	
Indice de précarité des femmes de l'Est	Min / Max	0,0/ 4,0	0,0/ 4,0	0,0001
	Médiane	2,0	1,0	
	Moyenne (écart-type)	2,1 (1,3)	1,3 (1,2)	
	N (NA)	95 (0)	67 (0)	

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

❖ Santé des femmes et des nouveau-nés par microrégion

Concernant la santé des femmes enceintes, le territoire Est de l'île se distingue par un taux plus élevé d'anémie pendant la grossesse par rapport aux autres microrégions. Près de trois femmes sur cinq sont anémiques pendant la grossesse. Une des explications peut-être la proportion élevée de femmes précaires dans cette microrégion. Comme démontré précédemment, cet état pathologique est plus fréquent chez les femmes précaires à La Réunion. Néanmoins, l'Ouest de l'île présente également un taux de femmes anémiques élevé (57%) malgré le fait que les femmes qui y vivent soient plus aisées par rapport aux autres microrégions.

Concernant l'indice de masse corporelle des femmes au début de leur grossesse, près d'un cinquième des femmes sont obèses, dans des proportions similaires dans les 4 microrégions.

Concernant le diabète gestationnel, les territoires Est et Sud présentent une proportion un peu plus élevée (24%) de parturientes l'ayant développé durant leur grossesse que sur les autres territoires (19 à 21%).

Tableau 16 : Indice de masse corporelle (IMC), anémie et diabète gestationnel durant la grossesse par microrégion

		Est	Nord	Ouest	Sud	Réunion	P value (test du khi-2 de Pearson)
IMC en début de grossesse	Insuffisance pondérale	7%	4%	7%	9%	7%	0,3246
	Corpulence normale	52%	51%	48%	42%	47%	
	Surpoids	18%	25%	24%	25%	24%	
	Obèse	23%	20%	21%	23%	22%	
Anémie durant la grossesse	Non	38%	51%	43%	54%	47%	0,0029
	Oui	62%	49%	57%	46%	53%	
Diabète gestationnel	Non	76%	81%	79%	76%	78%	0,5171
	Oui	24%	19%	21%	24%	22%	

Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

Plus de 9 nouveau-nés sur 10 sont nés à terme, quelle que soit la microrégion. Le territoire Nord présente une part un peu plus élevée d'enfants nés prématurément par rapport aux autres microrégions, sans être significatif, qui peut s'expliquer par le rôle de recours de niveau 3 de la maternité du CHU Nord.

Les taux de transfert de nouveau-nés sont particulièrement élevés dans le Nord et l'Est par rapport aux autres microrégions. Dans le Nord, plus d'un enfant sur cinq est transféré dans une autre unité médicale en raison de complications lors de l'accouchement, tandis que dans l'Est, un peu moins d'un enfant sur sept est transféré.

Concernant le poids à la naissance des nouveau-nés (en âge gestationnel), il n'est pas noté de différence significative entre les quatre microrégions. Plus de la moitié des nouveau-nés dans les différentes microrégions ont un poids approprié à leur âge gestationnel. La macrosomie et le petit poids de naissance surviennent pour 2 à 3 naissances sur 10, selon la microrégion.

Tableau 17 : Prématurité, transfert et poids du nouveau-né par microrégion

		Est	Nord	Ouest	Sud	Réunion	P value (test du khi-2 de Pearson)
Prématurité	Non	93%	90%	94%	92%	92%	0,5277
	Oui	7%	10%	6%	8%	8%	
Transfert du nouveau-né dans une autre unité	Non	86%	78%	89%	91%	87%	0,0003
	Oui	14%	22%	11%	9%	13%	
Poids à la naissance (en âge gestationnel)	Approprié	70%	72%	78%	74%	74%	0,1556
	Gros	10%	7%	4%	10%	8%	
	Petit	20%	22%	18%	17%	19%	

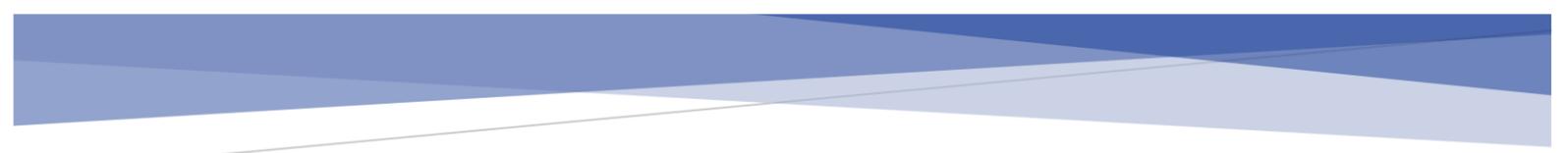
Source : ENP 2021 INSERM-SpF-DREES, ENP-DROM 2021 ARS La Réunion-SpF

L'étude a permis de mettre en évidence un groupe relativement homogène de mères partageant des critères communs de vulnérabilité médico-psycho-sociale et de suivi prénatal non optimal.

Ce sont des femmes majoritairement dans la vingtaine, de faible niveau éducatif, vivant le plus souvent seules, sans emploi, bénéficiaires d'aides sociales (RSA) et de la CSS. Malgré ces critères sociaux défavorables, elles sont peu nombreuses à bénéficier de l'entretien prénatal précoce, dont la vocation première est de dépister les situations de vulnérabilité psycho-sociale, afin de mettre en place un suivi prénatal adapté et de préparer la venue du bébé.

Sur le plan médical, avec leur fréquence plus élevée de surcharge pondérale et d'anémie, ces femmes présentent un sur-risque de complications à la naissance de leur enfant. Malgré ce sur-risque, elles sont plus nombreuses à ne pas rencontrer, au 3^{ème} trimestre de grossesse, l'équipe responsable de l'accouchement. Ce contact, indispensable, a pour but d'anticiper sur les complications, en permettant à l'équipe d'identifier en amont les risques et de les orienter, le cas échéant, vers le bon niveau de maternité. Ce faisant, elles pourront accoucher au bon endroit, pour elles et pour leur enfant, ce qui leur évitera les transferts, en post natal. A cet égard, l'étude montre qu'elles ont un sur-risque d'avoir un bébé prématuré et de vivre un transfert de leur bébé.

Selon l'indice de précarité tel que défini dans cette analyse, on peut considérer que chaque année, environ 3 900 parturientes sont exposées à un sur-risque de complications à la naissance, tout en vivant une situation de très grande précarité (score 3, 2 700 parturientes ou



score 4, 1 200 parturientes). Dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé, il est donc primordial de favoriser le repérage précoce des vulnérabilités maternelles.

Ainsi, au moment de la déclaration de grossesse, dès qu'une femme cumule plus de deux indicateurs de précarité (bénéficiaire du RSA, bénéficiaire de la CSS, absence de vie en couple et de logement individuel), elle devrait déclencher une vigilance accrue des professionnels de santé, avec une orientation d'emblée vers une offre d'évaluation prénatale précoce, médico-psycho-sociale, sur le modèle du « *Prima facie* ». L'unité de lieu et de temps de l'offre est importante, puisque ces femmes vivent le plus souvent seules et sont plus nombreuses à ne pas disposer de moyen autonome de transport. Au regard des proportions des femmes en situation de précarité des différentes maternités, le dispositif Prima facie est à développer prioritairement au GHER, aux Orchidées et sur les deux sites du CHU.

L'évaluation pluri professionnelle en début de grossesse permettra de proposer ensuite aux femmes concernées un suivi pré et post natal renforcé, en lien, si elles le souhaitent, avec les équipes de PMI. Des interventions de technicien social et familial (TISF) pourront leur être mises à disposition, ainsi qu'un accompagnement visant à renforcer les liens mère-enfant dans le cadre du programme PANJO².

² [Intervention PANJO \(santepubliquefrance.fr\)](http://santepubliquefrance.fr)

REFERENCES

- [1] Caliez F., Nguyen A.-D., Ali Oicheih L., Demiguel V., Lebreton E., Régnauld N., (2023). Santé périnatale à La Réunion – Résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM. ARS La Réunion et Santé publique France. [Enquête nationale périnatale à La Réunion : évolution et comparaison avec la métropole | Agence régionale de santé La Réunion \(sante.fr\)](#)
- [2] Coulm, B. (2020). La Précarité, un impact majeur sur l'état de santé des femmes enceintes. Vulnérabilité et grossesse. [La précarité, un impact majeur sur l'état de santé des femmes enceintes \(sciencedirectassets.com\)](#)
- [3] Haute Autorité de Santé. (2016, mai 26). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE. [Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles \(has-sante.fr\)](#)
- [4] Opatowski. (2016). New index of social deprivation during pregnancy: Result from a national study in France. BMMJ. [Opatowski. \(2016\). New index of social deprivation during pregnancy: Result from a national study in France. BMMJ. - Recherche Google](#)
- [5] WRESINSKI, J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. [Rapport-WRESINSKI.pdf \(lecese.fr\)](#)
- [6] Arbeille, W. E. (2004). Anémies maternelles sévères et issues de grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, pp. 506-509.
- [7] Mitanchez, D. (2010). Complications fœtales et néonatales du diagnostic gestationnel : mortalité périnatale, malformations congénitales, macrosomie, dystocie des épaules, traumatisme obstétrical, complications néonatales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, pp. S189-S199.

SIGLES

ACM	Analyse des correspondances multiples
ARS	Agence régionale de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CHOR	Centre hospitalier Ouest Réunion
CHU	Centre hospitalier universitaire
CSS	Complément santé solidaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Département et région d'Outre-Mer
ENP	Enquête nationale périnatale
EPICES score	Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé
EPP	Entretien prénatal précoce
GHER	Groupe hospitalier Est Réunion
HAS	Haute autorité de la santé
IMC	Indice de masse corporelle
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
PANJO	Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents
PRS	Projet régional de santé
PUMA	Protection universelle maladie
RSA	Revenu de solidarité actif
SPF	Santé publique France
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale

PLUS D'INFORMATIONS SUR NOTRE SITE :

www.lareunion.ars.sante.fr

SUIVEZ-NOUS SUR NOS RÉSEAUX SOCIAUX :

 @ARS_LaReunion

 @arslareunion

 @ARS La Réunion

Votre santé
nout l'ambition