

ENQUÊTE NATIONALE PERINATALE 2016 ET EXTENSION À MAYOTTE



PLATEFORME D'INFORMATION DES ÉTUDES EN SANTÉ (PIES)



Créée en mars 2012, la Plateforme d'Informations des Etudes en Santé regroupe trois organismes œuvrant dans le domaine de la Santé :

L'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI)



L'Observatoire Régional de la Santé Océan Indien (ORS OI)



La Cellule d'intervention en région Océan Indien de Santé Publique France (Cire OI)



SES MISSIONS

- Centraliser les demandes d'études et éclairer la Direction Générale sur leur pertinence ;
- Recenser, mettre à disposition et valoriser les informations disponibles (données statistiques, études, diagnostics locaux) ;
- Repérer et analyser les besoins en matière d'observation, d'études et de diagnostic ;
- Organiser les complémentarités nécessaires pour la conduite des travaux prévus au programme de travail partagé ;
- Réaliser ou coordonner les études ;
- Présenter, diffuser et valoriser les travaux.





EDITO



Martine LADoucETTE,
Directrice Générale de l'Agence
de Santé Océan Indien

J'ai le plaisir de vous présenter les résultats de l'enquête nationale périnatale 2016 et de son extension à Mayotte.

Réalisée par l'Agence de Santé Océan Indien avec le concours du CHM pour la collecte des informations et grâce à la contribution de l'INSERM et de la DREES, les résultats livrent des informations d'intérêt pour les acteurs de santé tant au regard de l'évolution de la situation depuis 2010 que de la situation locale comparée à celle de la France métropolitaine.

Bonne lecture.



PIES

Plateforme d'Information
des Etudes en Santé



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	4
LISTE DES ABREVIATIONS	7
RESUME DE L'ETUDE	8
PARTIE I: PRESENTATION GENERALE	11
I.1. Introduction	13
I.2. Objectifs	15
I.3. Méthodes	15
a. Population enquêtée.....	15
b. Recueil des informations	16
c. Saisie et traitement des données.....	17
d. Analyse et exploitation des données	17
I.4. Effectifs et qualité des données	18
a. Bilan des inclusions et raisons de non-participation.....	18
b. Exhaustivité des données	20
c. Représentativité des données	21
d. Degré de précision des résultats.....	22
I.5 Organisation de l'EENP	22
I.6 Autorisation de l'EENP	22
PARTIE II: ANALYSE DESCRIPTIVE ET COMPARAISON AVEC L'ENQUETE PERINATALE A MAYOTTE 2010 ET L'ENQUETE NATIONALE 2016	23
II.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères	24
a. Origine géographique et nationalité des mères	24
b. Age	26
c. Situation familiale et économique	27
II.2. Santé avant la grossesse et maîtrise de la fécondité	33
a. Caractéristiques morphologiques des femmes.....	33
b. Maladies chroniques et handicaps antérieurs à la grossesse	34
c. Parité, gestité et antécédents obstétricaux.....	35
d. Maîtrise de la fécondité.....	37
II.3. Déroulement de la grossesse : suivi médical, santé et conduites à risque	41
a. Déclaration de grossesse.....	41
b. Suivi médical pendant la grossesse	42
c. Prévention, examens de diagnostic et de dépistage durant la grossesse	45
d. Hospitalisation et complications pendant la grossesse.....	47
e. Comportements à risque pendant la grossesse	49
II.4. Travail et accouchement	51
a. Déroulement du travail	51
b. Accouchement	52
c. Analgésie et anesthésie	53
d. Complications de l'accouchement et prise en charge de la mère	55
II.5. Les nouveau-nés et leur prise en charge	57
a. Etat de santé de l'enfant à la naissance	57
b. Sexe, taille, poids à la naissance et âge gestationnel	58
c. Prise en charge des nouveau-nés à la naissance	60
d. Allaitement	61
- PARTIE III: FOCUS AU REGARD DE L'AFFILIATION A LA SECURITE SOCIALE	63
- CONCLUSION	73
- REFERENCES	74
- ANNEXES	75
ANNEXE I : Résumé du parcours de la femme enceinte à Mayotte	75
ANNEXE II : Questionnaires utilisés lors de l'enquête	76
ANNEXE III : Contrôle de la cohérence et de la saisie des données	94
ANNEXE IV. Taux de non-réponse	95
ANNEXE V : Analyse des non-réponses	96



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Effectif de l'échantillon	19
Tableau 2. Raison de non-participation des femmes ayant fait l'objet d'un recueil minimal	19
Tableau 3. Analyse de l'exhaustivité des inclusions	20
Tableau 4. Comparaison de la population incluse avec les données 2016 du PMSI	21
Tableau 5. Nationalité et lieux de naissance des mères	24
Tableau 6. Année d'arrivée à Mayotte des femmes nées à l'étranger	24
Tableau 7. Commune de résidence des parturientes	25
Tableau 8. Age des parturientes	26
Tableau 9. Situation maritale et vie en couple	27
Tableau 10. Niveaux d'études des mères	28
Tableau 11. Situation professionnelle et activité des mères	28
Tableau 12. Situation professionnelle du conjoint	29
Tableau 13. Revenus des ménages	30
Tableau 14. Couverture sociale et couverture maladie complémentaire au début de la grossesse	31
Tableau 15. Caractéristiques morphologiques des mères	33
Tableau 16. Connaissance de l'IMC et affiliation à la sécurité sociale	33
Tableau 17. Maladies chroniques et handicaps des mères	34
Tableau 18. Parité et gestité	35
Tableau 19. Antécédents obstétricaux des mères	36
Tableau 20. Usage de moyens contraceptifs	37
Tableau 21. Recours à la contraception et caractéristiques sociodémographiques	38
Tableau 22. Antécédents d'IVG	38
Tableau 23. Recours à des traitements contre l'infertilité	39
Tableau 24. Réaction à la découverte de la grossesse	39
Tableau 25. Déclaration de grossesse	41
Tableau 26. Professionnel principalement responsable du suivi pendant les 6 premiers mois	43
Tableau 27. Consultations médicales au cours de la grossesse	44
Tableau 28. Prévention, examens de diagnostic et de dépistage des pathologies de l'enfant	45
Tableau 29. Prévention et examen de dépistage des pathologies maternelles (informations issues de l'entretien face à face)	46
Tableau 30. Prévention et examen de dépistage des pathologies maternelles	47
Tableau 31. Complications pendant la grossesse	48
Tableau 32. Hospitalisations pendant la grossesse et transfert in utero	49
Tableau 33. Comportements à risque pendant la grossesse	51
Tableau 34. Déroulement du travail	52
Tableau 35. Modalités d'accouchement	53
Tableau 36. Taux de césarienne selon les antécédents	53
Tableau 37. Analgésie et anesthésie	54
Tableau 38. Demande des femmes et satisfaction vis-à-vis de la gestion de la douleur	55

Tableau 39. Complications maternelles de l'accouchement	57
Tableau 40. Santé des nouveau-nés à la naissance	58
Tableau 41. Sexe, taille, prématurité et petits poids de naissance	59
Tableau 42. Prise en charge des nouveau-nés	60
Tableau 43. Allaitement maternel et mise au sein	61
Tableau 44. Caractéristiques sociodémographiques des mères en fonction de leur affiliation	64
Tableau 45. Age des mères affiliées et non affiliées	65
Tableau 46. Maîtrise de la fécondité en fonction de la couverture sociale	66
Tableau 47. Antécédents médicaux antérieurs à la grossesse en fonction de l'affiliation	66
Tableau 48. Suivi prénatal en fonction de la couverture sociale	67
Tableau 49. Dépistage prénatal et prévention en fonction de la couverture sociale	68
Tableau 50. Connaissance du statut des mères vis-à-vis des pathologies infectieuses	68
Tableau 51. Complications de la grossesse en fonction de la couverture sociale	69
Tableau 52. Prise en charge et déroulement de l'accouchement en fonction de la couverture sociale	70
Tableau 53. Gestion de la douleur en fonction de la couverture sociale	70
Tableau 54. Tableau bilan : associations entre les non-réponses et 4 variables sociodémographiques	96

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Les structures de prise en charge en périnatalité à Mayotte	12
Figure 2. Evolution du nombre annuel de naissances au CHM	13
Figure 3. Bilan des inclusions	18
Figure 4. Commune de résidence des mères et populations communales	25
Figure 5. Age des parturientes	26
Figure 6. Revenu mensuel moyen des ménages	30
Figure 7. Dernière méthode contraceptive utilisée	37
Figure 8. Professionnel consulté pour la déclaration de grossesse.....	42
Figure 9. Professionnels consultés pour le suivi de la grossesse	42
Figure 10. Age gestationnel	58
Figure 11. Poids à la naissance	59
Figure 12. Poids à la naissance des enfants nés à terme et vivants	59
Figure 13. Age des mères affiliées et non affiliées	65
Figure 14. Dernière méthode contraceptive utilisée par les parturientes non affiliées et affiliées	65



INSTITUTIONS ET PERSONNES AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE

COORDINATION DE L'ENQUÊTE

ARS OI : Hassani YOUSOUF, Eric MARIOTTI, Anne BARBAIL

Centre Hospitalier de Mayotte : Zabibo MOENDANDZE, Elisabeth RIQUIER

ENQUÊTEURS

Sages-femmes

Louise LE ROUX

Juliette HUARD

Anne LOUINEAU

Julie PEIGNOT

Héloïse LOUESDON

Leila ABID

Traductrices

Chebani CHAIYA

Souraya TZIDDINE

Mariama BOURAHIMA

Rehema SAID

Hassanati HAMIDANI

Nassuratty CONDRO

SAISIE ET ANALYSE DES DONNÉES

Margaux CHARTIER

Hassani YOUSOUF

Fanny PARENTON

Stagiaire ARS OI

Chargé de mission épidémiologie ARS OI

Chargée de mission épidémiologie ARS OI

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Béatrice BLONDEL

Bénédicte COULM

Jeanne FRESSON

Annick VILAIN

Renaud LEGAL

Peter VON THEOBALD

Malik BOUKERROU

Jean-Bernard GOUYON

Zabibo MOENDANDZE

Elisabeth RIQUIER

Angaman Lucien-Aimé DIDIA

Mado LIBAULT

Anne BARBAIL

Anh-Dao NGUYEN

Eric MARIOTTI

Laurent FILLEUL

Hassani YOUSOUF

Equipe Epopée INSERM

Equipe Epopée INSERM

DREES, FFRSP

DREES

DREES

PU-PH, CHU La REUNION

PU-PH, CHU La REUNION

PU-PH, CHU La REUNION

Coordinatrice en maïeutique, CHM

Cadre de pôle, CHM

Chef de service gynécologie obstétrique CHM

Sage-femme REPEMA

Conseillère médicale ARS OI

Conseillère médicale ARS OI

Responsable du service Etudes et Statistiques ARS OI

Responsable CIRE OI

Chargé de mission épidémiologie ARS OI



REMERCIEMENTS

L'Agence de Santé Océan Indien tient à remercier tout particulièrement toutes les mères qui ont accepté de participer à cette enquête ainsi que tous les enquêteurs et les membres du comité scientifiques pour leur collaboration et leur disponibilité au cours de ce travail.

L'Agence de Santé Océan Indien remercie également l'INSERM, le Centre Hospitalier de Mayotte et la DREES pour leur contribution à cette enquête.



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS OI	Agence de Santé Océan Indien
CCTIRS	Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CHM	Centre Hospitalier de Mayotte
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CO	Contraception Orale
DOM	Département d'Outre-Mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Départements et Régions d'Outre-Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion)
EENP 2016	Extension de l'Enquête Nationale Périnatale 2016 à Mayotte
ENP 2016	Enquête Nationale Périnatale 2016
EP 2010	Enquête Périnatale Mayotte 2010
EPOPé	Equipe « Epidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique »
FFRSP	Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension artérielle
IC	Intervalle de confiance
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MFIU	Mort Fœtal In Utero
NS	Non significatif
OR	Odds Ratio
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPC	Pression positive continue
RR	Risque Relatif
RSA	Revenu de solidarité active
SA	Semaine d'aménorrhée
SFD	Société Francophone du Diabète
SOLEN	Solution d'enquête
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

Cette étude est issue du traitement et de l'analyse statistique de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2016 à Mayotte et de son Extension (EENP). Les méthodologies des phases terrain de l'ENP et de l'EENP sont strictement identiques, seuls l'encadrement et le pilotage institutionnel diffèrent.

Le recrutement d'une équipe d'enquêtrices dédiées à l'enquête et la coordination mise en place ont permis d'améliorer le recueil des données et d'obtenir un taux d'exhaustivité élevé. Pendant la période de l'enquête, 1047 accouchements ont été répertoriés dans les registres d'accouchement de la maternité centrale de Mamoudzou et des 4 maternités périphériques. L'équipe d'enquêtrices a enregistré 1 008 accouchements ce qui représente un taux d'exhaustivité de 96,3%. Le taux de participation des femmes est très élevé (91%). Cependant, il est à noter qu'un taux de non-réponse élevé dépassant les 15% a pu être constaté sur certaines questions portant majoritairement sur des données chiffrées (taille et poids de la mère), ou des notions médicales précises (antécédents, réalisation de tests ou d'exams médicaux). Ces non-réponses peuvent être expliquées par le suivi médical insuffisant et le faible niveau d'étude des femmes et, il convient de rester prudent quant à l'interprétation des questions correspondantes.

En 2016, 9 384 accouchements ont été enregistrés au CHM. Ainsi, cette étude a inclus 10,7% des accouchements de l'année. La comparaison des résultats obtenus

avec l'analyse des données du PMSI sur l'année 2016 montre que les caractéristiques principales de la population observée sont similaires à celles des femmes ayant accouché et des enfants nés pendant l'année (cf. paragraphe 1.4.c).

Cette étude a permis d'actualiser les connaissances sur la périnatalité, d'apprécier les évolutions depuis 2010 et d'objectiver les différences avec la Métropole ou les DROM. Des éléments importants ressortent :

- Une majorité de mères étrangères

La proportion de mères de nationalité étrangère a augmenté depuis 2010, et atteint 75,4% en 2016, la grande majorité sont comoriennes. Elles sont une minorité à arriver à Mayotte pendant leur grossesse (11%).

- Des mères jeunes

Plus de 13% des parturientes ont moins de 20 ans, contre 1,9% en Métropole. L'âge moyen de l'ensemble des parturientes est de 28,0 ans et celui des primipares de 23,6 ans.

- Une précarité en augmentation et des écarts s'accroissant avec la Métropole

Une grande majorité des mères est en situation précaire, 45% n'ont jamais été scolarisées ou ont arrêté leur scolarité en primaire (contre 2% en Métropole et 14,5% dans l'ensemble des DROM), le revenu du foyer est inférieur à 500€ pour 57,1% des mères (contre 45% en 2010). 61,9% des parturientes ne disposent d'aucune couverture de santé contre 53% en 2010 et 1,4% des mères sont métropolitaines.

- Une multiparité supérieure à la Métropole

La parité des mères, stable depuis 2010, demeure supérieure à celle des parturientes en Métropole : 23,9% des mères ont déjà eu quatre enfants ou plus contre 3,1% en Métropole.

- Des pathologies chroniques et antécédents obstétricaux plus fréquents qu'en Métropole qui n'ont pas connu d'évolution notable depuis 2010

Les dossiers médicaux de 3,2% des mères font état d'un diabète antérieur à la grossesse, et, 4,5%



d'une HTA antérieure à la grossesse. A l'exception près des antécédents d'enfant mort-né, les antécédents obstétricaux (décès néonataux, accouchements prématurés, petits poids de naissance et césariennes) sont plus fréquents et ne semblent pas avoir perdu d'ampleur depuis 2010. 13,7% des parturientes multipares ont rapporté un antécédent d'accouchement prématuré contre 6,5% des multipares en métropole.

- Une fécondité moins maîtrisée qu'en Métropole

Les deux tiers des parturientes ont déclaré avoir déjà eu recours à une méthode contraceptive contre près de 92% en métropole. Pilules, implants, patchs et anneaux vaginaux sont les moyens contraceptifs les plus fréquents. Leur usage ne semble pas maîtrisé par une partie des femmes puisque près de 20% des femmes ayant eu recours à la contraception ont déclaré être enceinte sous contraceptif et un tiers de l'ensemble des parturientes aurait préféré ne pas être enceinte ou l'être plus tard.

Le recours à l'IVG reste stable et comparable à celui observé en Métropole mais il est possiblement sous-déclaré.

- Un suivi prénatal demeurant insuffisant

Du fait de la structuration de l'offre de soins et de la faiblesse de la démographie médicale en spécialistes en obstétrique, les sages-femmes sont les acteurs principaux du suivi de grossesse à Mayotte. En effet, les parturientes ont désigné comme professionnel principal du suivi de leur grossesse pendant les deux premiers mois à près de 60% les sages-femmes de la PMI et à 26,9% les sages-

femmes libérales. Malgré leur implication, Le suivi des femmes enceintes reste insuffisant, le nombre déclaré de consultations prénatales et d'échographies n'a pas augmenté depuis 2010 et reste bien en deçà des recommandations : 51,2% déclarent avoir eu moins de 7 consultations prénatales et 46,1% moins de 3 échographies.

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

Beaucoup de mères n'ont pas su indiquer si les différents tests anténataux avaient été réalisés (taux de non-réponse dépassant les 40% pour certains items). De ce fait, les taux de réalisation de ces examens ne peuvent pas être estimés avec précision mais ils sont vraisemblablement plus faibles qu'en Métropole. A titre d'exemple, seulement 28,3% des mères ont déclaré avoir eu une mesure de la clarté nucale contre 87% en métropole.

- Les dépistages obligatoires ou fortement recommandés (rubéole, toxoplasmose, hépatite B, VIH) réalisés pour une large majorité des femmes

En fin de grossesse le statut des parturientes vis-à-vis de ces maladies était inconnu pour seulement 2,2% (toxoplasmose) à 3,4% (hépatite B) d'entre elles. 89,6% des parturientes étaient immunisées contre la rubéole et 75,2% contre la toxoplasmose. 0,7% des mères étaient séropositives (VIH), et 2,3% porteuses de l'antigène HBs de l'hépatite B.

- Des complications pendant la grossesse apparemment de même fréquence qu'en Métropole mais un

biais de sous-diagnostic qui ne peut être écarté

Les dossiers médicaux de 5,9% des mères faisaient mention d'une HTA pendant la grossesse, 9,8% d'un diabète gestationnel, 8,3% d'une suspicion d'anomalie du poids fœtale et 1,1% d'un placenta *prævia*. Étant donné le suivi médical insuffisant de certaines mères, il est possible que les prévalences réelles de ces complications soient plus élevées.

15,3% des parturientes à Mayotte ont déclaré avoir été hospitalisées pendant leur grossesse, plus d'un tiers d'entre elles pour une menace d'accouchement prématuré.

- Rareté des comportements à risque

Les comportements à risque restent très marginaux à Mayotte, seulement 1% des parturientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool après avoir eu connaissance de leur grossesse et 1,7% fumaient pendant le troisième trimestre.

- 8,4% des accouchements hors maternité.

- Césariennes, déclenchements du travail, extractions instrumentales et épisiotomies moins fréquents qu'en Métropole

Le travail a été déclenché chez seulement 12,4% des parturientes et dans le deux tiers des cas via une l'injection d'ocytociques. Le taux de césarienne n'a pas varié depuis 2010, il est, en 2016, de 17,6% pour l'ensemble des parturientes et de 32% chez les primipares. La voie basse instrumentale, avec un taux de 3,1%, est 4 fois moins fréquente qu'en Métropole. Les épisiotomies ont concerné seulement 2,2% des accouchements par voie basse. Ce faible



interventionnisme médical peut être expliqué par la parité plus importante des femmes et le fait que la très grande majorité des accouchements (83,1%) est réalisée par des sages-femmes (pas de gynécologues-obstétriciens dans les maternités périphériques).

- L'analgésie péridurale largement moins demandée et pratiquée qu'en Métropole

La prise en charge médicale de la douleur est bien moins répandue qu'en Métropole. La très grande majorité des parturientes (87,6%) n'a bénéficié d'aucune analgésie pendant le travail contre 17,3% des Métropolitaines. Deux faits contribuent à ce constat : la faible accessibilité à ces pratiques (anesthésistes présents uniquement sur le site de Mamoudzou et en nombre insuffisant) et une demande plus faible des parturientes. Seulement 12,8% des parturientes qui souhaitaient une analgésie péridurale avant leur accouchement en ont bénéficié.

- Des complications de l'accouchement moins fréquentes

Hémorragies du post partum (0,5%) et déchirures périnéales (29,3%) sont moins fréquemment rapportées qu'en Métropole.

- 99% des enfants nés vivants

10 enfants sont nés sans vie, soit pour cette étude, un taux de mortalité de 1% (IC= 0,4-1,6) à Mayotte non significativement différent de celui observé en Métropole.

- Des taux de prématurité et de petits poids de naissance stables depuis 2010 mais restant supérieurs à ceux de la Métropole

Le taux de prématurité est de 12,5% des naissances totales et 11,8% des naissances vivantes (contre 7,5% en Métropole). 13,9% des nouveau-nés font moins de 2,5kg et, à âge gestationnel égal, les enfants nés à Mayotte ont des poids de naissances inférieurs à ceux nés en Métropole (la moitié des enfants nés à terme à Mayotte font moins de 3 000 g à la naissance contre un quart de ceux nés en Métropole).

- Prise en charge des nouveau-nés

A Mayotte, 10,5% des nouveau-nés vivants (contre 6,3% en Métropole) reçoivent une ventilation au masque, 1,3% une intubation, et 0,6% une PPC nasale. Près de 5% des nouveau-nés sont hospitalisés dans un service spécifique contre 9,9% des enfants nés en Métropole. L'allaitement maternel exclusif est plus répandu qu'en Métropole, au moment du recueil de données, soit 1 à 2 jours après l'accouchement, il était pratiqué par 85,8% des parturientes.

- Un taux élevé de non affiliation (61,9%) associée à une grande précarité et à un plus faible recours à la contraception

78,2% des mères non assurées ont déclaré un revenu de ménage inférieur à 500€ et plus de la moitié n'a pas été scolarisée au-delà du primaire. 40% des mères non affiliées ont déclaré ne jamais

avoir eu recours à un moyen contraceptif, mais celles qui y ont recours semblent avoir une maîtrise de leur utilisation comparable ou légèrement inférieure aux affiliées.

- 34,2% des parturientes non affiliées n'ont pas eu les 7 consultations prénatales recommandées contre près de 60% pour les affiliées

Plus de 60% des non affiliées ont eu moins de 2 échographies. Les différents tests diagnostiques et examens de dépistage sont moins réalisés chez les non affiliées que chez les affiliées.

Les sages-femmes de la PMI ont été désignées par une grande majorité des parturientes non affiliées (82%) comme étant le professionnel principal de leur suivi anténatal pendant les 2 premiers trimestres.

- Moins de complications de la grossesse détectées chez les non affiliées

Diabète gestationnel et menace d'accouchement prématuré sont plus de deux fois plus fréquents chez les mères affiliées que chez les non affiliées. Les non affiliées sont également deux fois moins fréquemment hospitalisées pendant leur grossesse.

- Plus d'une mère non affiliée sur dix accouche hors maternité

Les trois quarts des parturientes accouchant hors maternité sont non affiliées.

PARTIE I

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Collectivité départementale devenue le 101^{ème} département français en mars 2011, Mayotte est située dans le canal du Mozambique et fait partie de l'archipel des Comores.

D'une superficie de 374 km², elle comprend deux îles principales, la Petite-Terre et la Grande-Terre, ainsi qu'une trentaine d'îlots épars. Le climat y est de type tropical humide. La population au recensement de 2012 était de 212 645 habitants^[2], soit une densité de 570 habitants/km². Entre les recensements de 2012 et de 2017, la population s'est accrue de 3,8% par an en moyenne (soit 43 900 habitants en plus sur les 5 ans)^[3]. Cette démographie dynamique s'explique par la réunion sur un territoire de faible superficie (374 km²) d'une forte natalité (9 496 naissances enregistrées à l'état civil en 2016, d'un indicateur conjoncturel de fécondité de 4,1 enfants par femme lors du recensement de 2012) et d'une immigration importante en provenance des Comores. La population est jeune, plus de la moitié de la population à moins de 17 ans et demi, faisant ainsi de Mayotte le département le plus jeune de France, Les 60 ans ou plus ne représentent que 4 % de la population^[3].

L'offre de prévention et de soins en matière de périnatalité à Mayotte se concentre majoritairement dans le secteur public, au premier rang duquel, vient le centre hospitalier de Mayotte (CHM) avec 5 maternités (1 maternité centrale à Mamoudzou et quatre maternités dites périphériques), un service spécialisé de néonatalogie-pédiatrie, un service SAMU-Urgences et une unité de gestion des évacuations sanitaires pour l'organisation des transferts vers La Réunion ou la France métropolitaine. L'offre publique est complétée par une vingtaine de centres de protection maternelle et infantile (PMI) gérés par le conseil départemental de Mayotte qui contribuent au suivi des femmes enceintes, à la planification familiale et aux consultations de prévention et de vaccination des enfants entre 0 et 6 ans.

L'offre médicale libérale reste très faible sur le département, concentrée essentiellement sur Petite-Terre et Mamoudzou. Au 1^{er} janvier 2016, il y avait 20 médecins généralistes libéraux répartis dans une quinzaine de cabinets^[4] et seulement deux gynéco-obstétriciens.

La carte ci-après présente les établissements sanitaires et les structures de prise en charge liés à la périnatalité existant au 1^{er} janvier 2016.

Enfin, le réseau périnatal de Mayotte, Répéma, créé en 2009 et financé par l'ARS OI, mène des actions de prévention et de promotion de la santé périnatale et organise des formations à destination des professionnels du secteur.

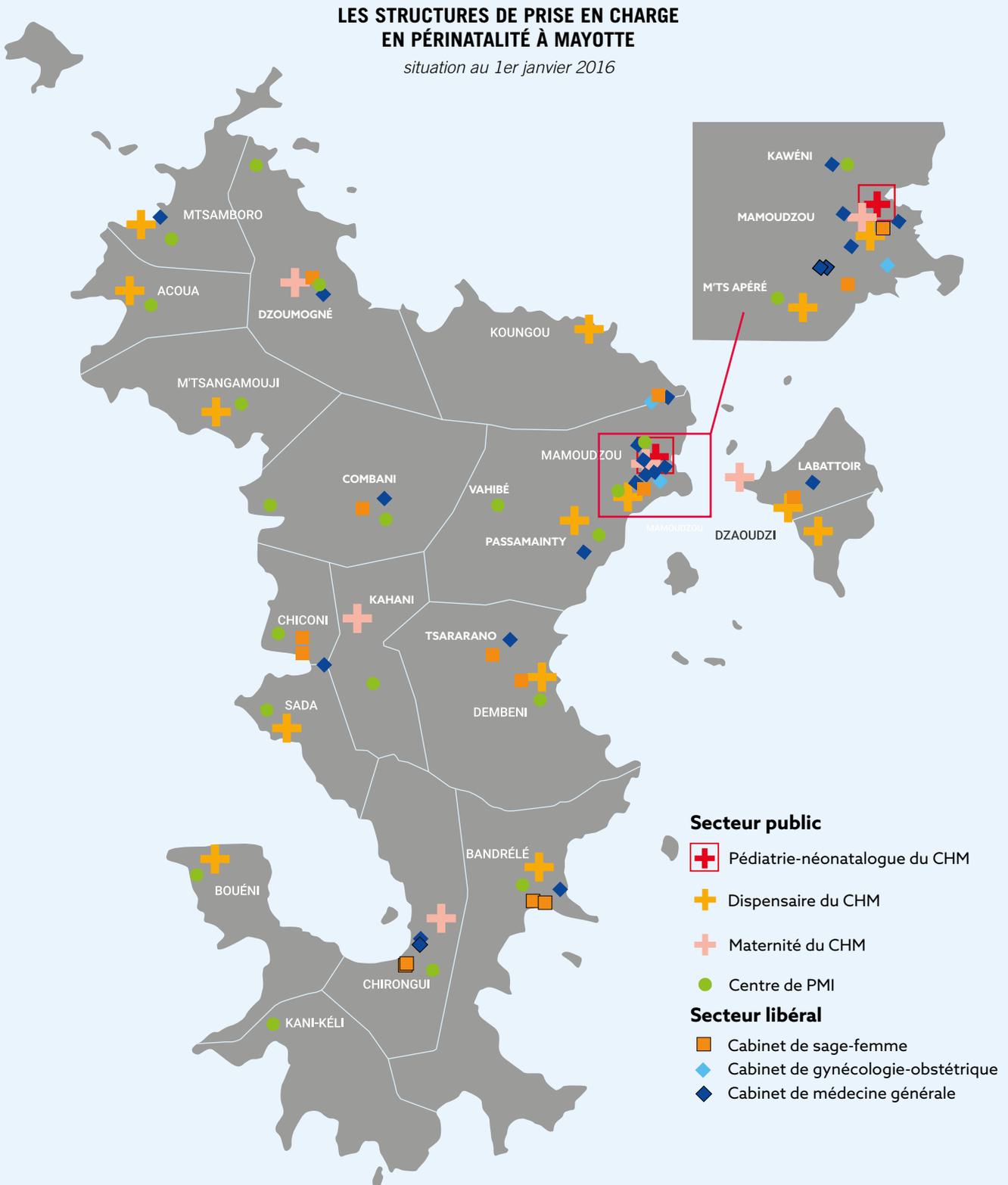
Le parcours de la parturiente s'organise à Mayotte selon le schéma présenté en annexe I (page 75).

[2] INSEE, «La population augmente plus rapidement qu'avant (communiqué de presse),» 2017.

[3] INSEE, «Mayotte, département le plus jeune de France » 2014. [En ligne]. Available: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1488. [Accès le 07 Novembre 2016].

[4] ARS OI, «Les professions médicales à Mayotte » 2016. [En ligne]. [Accès le 07 novembre 2016].

Figure 1 : Les structures de prise en charge en périnatalité à Mayotte



Réalisation : Service Etudes et Statistiques ARS OI

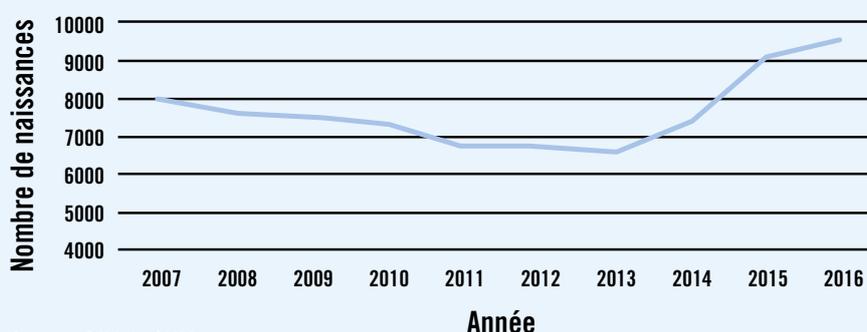
I.1 INTRODUCTION

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

Les conditions socio-économiques de vie sont défavorables à Mayotte. En effet, 84% de la population vit sous le seuil de bas revenus selon l'enquête Insee « Budget des familles » réalisée en 2011, contre 16% en France métropolitaine [5]. Le système de sécurité sociale est récent et spécifique, il ne comprend pas la couverture maladie universelle. L'aide médicale de l'État n'est pas appliquée sur le département.

A ce contexte, s'ajoute un accroissement dynamique du nombre de naissances depuis 2014 et un défaut d'attractivité des professionnels de santé (Figure 2). Cette situation préoccupante a conduit l'ARS OI à élaborer un plan d'actions en périnatalité à Mayotte (2015-2018).

Figure 2 : Evolution du nombre annuel de naissances au CHM



Source : DIM du CHM

L'enquête périnatale de 2010, réalisée par l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) [6], avait d'ores et déjà mis en évidence des situations préoccupantes à Mayotte concernant la santé périnatale :

- une majorité de femmes avaient une surveillance prénatale insuffisante (près de la moitié n'avaient pas bénéficié des 7 consultations prénatales recommandés contre 8,5% des femmes en métropole);
- 67% des femmes n'avaient jamais eu de consultation avant un accouchement avec un anesthésiste (indispensable pour assurer une sécurité optimale à

l'accouchement) ;

- de manière plus générale, les examens de dépistage et les mesures de prévention étaient mal connus et moins souvent réalisés (entretien prénatal précoce, dépistage sanguin de la trisomie 21, vaccinations) ;
- la part des prématurés et des enfants de moins de 2500 g était plus importante qu'en France métropolitaine : respectivement 13,2% et 16,3% des naissances à Mayotte contre 7,4% et 7,1% des naissances en métropole.



[5] INSEE, « Enquête budget de famille, Mayotte » n° %13, Décembre 2014.

[6] Centre d'observation et d'analyses des besoins en santé - ARS OI, « L'enquête périnatale à Mayotte en 2010, » 2010.



Actuellement, les indicateurs de santé de base comme ceux fournis par le premier certificat de santé, rempli pour chaque naissance vivante en métropole et dans les autres départements d'outre-mer (DOM), ne sont pas encore disponibles à Mayotte et les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ne permettent pas, quant à elles, une analyse approfondie de la situation périnatale. Les décideurs manquent d'informations fiables concernant l'état de santé de la population. L'évolution démographique et la transformation rapide de la société à Mayotte imposent de conduire des actions d'observation afin de pallier le déficit de connaissances.

Aussi avec le concours de l'Equipe de recherche en Epidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé) de l'INSERM et du Centre Hospitalier de Mayotte, l'ARS OI a décidé de saisir l'opportunité de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2016 pour actualiser les connaissances périnatales. Cette étude a été inscrite au plan d'actions en périnatalité 2015-2018 à Mayotte. Il convient de rappeler que les ENP sont réalisées à intervalles réguliers sur toutes les naissances pendant 1 semaine sur toute la France et fournissent des données représentatives des naissances annuelles. En 2016, toutes les naissances survenues entre le 14 et le 20 mars ont été incluses. L'ARS OI a décidé de prolonger de 4

semaines supplémentaires le recueil de l'ENP 2016 - du 21 mars au 17 avril 2016, puisque les informations collectées entre le 14 et le 20 mars 2016, période prévue pour l'ENP 2016, ne permettaient pas d'avoir un échantillon suffisant pour des analyses statistiques détaillées au niveau du département.

Ce rapport présente les résultats de l'ENP 2016 à Mayotte et de son extension. Il permet d'objectiver l'évolution des indicateurs de la santé périnatale à Mayotte depuis l'étude de 2010 et de comparer la situation mahoraise avec la situation métropolitaine ^[7].

[7] B. BLONDEL (Inserm), L. GONZALES (DREES) et P. RAYNAUD (DREES), «Enquête Nationale Périnatale rapport 2016,» 2017.

1.2 OBJECTIFS

Objectif Principal

L'objectif principal de l'étude est de pouvoir disposer d'un échantillon de taille suffisante permettant de :

- connaître précisément les principaux indicateurs de l'état de santé des femmes et des nouveau-nés, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement, les facteurs de risque périnatal à Mayotte, et établir des comparaisons avec la métropole ;
- contribuer au suivi et à l'évaluation du plan d'actions « Périnatalité » à Mayotte.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de produire des informations sur des points spécifiques :

- l'impact de l'offre de soins en maternité sur la prise en charge médicale des femmes, la santé périnatale, et le contenu des soins ;
- le niveau de sécurité de la prise en charge pour le suivi des femmes dont la grossesse présente des complications et de manière plus générale lors de l'accouchement ;
- l'application de mesures prévues réglementairement telles que la réalisation des dépistages sérologiques chez la mère ou des dépistages néonataux.



1.3 MÉTHODES

La méthodologie de l'EENP a repris stricto sensu, hormis la durée de la collecte et l'appel à des traducteurs lors des entretiens, le protocole de l'ENP 2016^[7], pilotée par le Ministère chargé de la santé et l'INSERM. Cette enquête nationale a eu lieu du 14 au 20 mars 2016 en France métropolitaine et dans tous les départements et territoires d'outremer y compris Mayotte. L'extension de l'enquête à Mayotte a été réalisée sur une période de 4 semaines après la fin de l'enquête nationale, pour un échantillon attendu de 700 naissances.

A. Population enquêtée

L'enquête a inclus la totalité des naissances survenues au Centre Hospitalier de Mayotte (site principal de Mamoudzou et les quatre hôpitaux de référence) pendant la période de l'enquête. Les enfants nés en dehors de ces services (par exemple à domicile) et transférés ensuite en maternité ont été également inclus.

Les naissances ont été définies comme l'ensemble des enfants nés vivants ou mort-nés, d'un âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou d'au moins 500g à la naissance ; cette

définition suit les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ainsi ne sont pas inclus :

- les naissances ne répondant pas à la définition (nouveau-nés vivants ou mort-nés d'un âge gestationnel strictement inférieur à 22 semaines d'aménorrhée ou d'un poids inférieur à 500g à la naissance) ;
- les nouveau-nés nés à domicile, non transférés à l'hôpital.

Toutes les naissances n'ont pas fait l'objet d'un même recueil de données (cf *infra*).

[7] B. BLONDEL (Inserm), L. GONZALES (DREES) et P. RAYNAUD (DREES), «Enquête Nationale Périnatale rapport 2016,» 2017.

B. Recueil des informations

L'ENP a eu lieu sur l'ensemble du territoire français du 14 au 20 mars 2016. L'EENP a été réalisée durant les 4 semaines suivantes, du 21 mars au 17 avril 2016. Cette continuité directe a permis la mobilisation des mêmes ressources humaines.

Le recueil de données complet comprenait :

- un entretien en face-à-face avec les femmes en suites de couches ;
- un questionnaire auto-administré distribué juste après l'entretien ;
- une collecte d'informations à partir de leur dossier médical.

Les femmes avaient la possibilité de refuser l'entretien mais d'accepter la collecte de données dans le dossier médical ou d'accepter l'entretien et de refuser la collecte de données dans leur dossier médicale.

Si les femmes refusaient l'entretien et la collecte de données, un recueil de treize indicateurs (aussi appelé questionnaire minimal) était réalisé à partir de leur dossier médical. Ce questionnaire ne comprenait pas de numéro et ne permettait aucune identification des femmes dans le fichier informatisé.

Les femmes mineures, les femmes ayant fait l'objet d'une IMG, celles ayant donné naissance à des enfants mort-nés et les femmes présentant des problèmes de santé importants n'étaient pas sollicitées pour participer à l'enquête. Elles ont fait systématiquement l'objet du questionnaire minimal seulement.

En pratique, les femmes étaient contactées par les enquêtrices 1 à 2 jours après la naissance, dans le service de suites de couches de la maternité afin de leur présenter les objectifs de l'enquête et recueillir leur consentement. Les données concernant la situation sociale, la surveillance prénatale et le déroulement de l'accouchement étaient recueillies à partir de l'entretien d'environ 40 minutes réalisé par la sage-femme enquêtrice accompagnée d'une traductrice paramédicale.

A la fin de l'entretien, un questionnaire auto-administré de 9 questions était distribué à chaque femme interrogée, pour recueillir des informations sur les questions les plus sensibles (consommation d'alcool, usage de drogues, bien-être psychologique, violences physiques durant la grossesse). Les femmes qui ne parlaient pas français ont été assistées par les traductrices.

Des données sur les antécédents médicaux et obstétricaux, les principales complications de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant à la naissance ont été recueillies à partir du dossier médical.

Le questionnaire utilisé est présenté en annexe II (page 76).





C. Saisie et traitement des données

Les données de l'EENP

Les données recueillies sur papier ont été saisies par le Service Etudes et Statistiques (SES) de l'ARS OI sur un fichier informatique. La saisie des données a mobilisé deux personnes à temps plein sur une période de deux mois. Un masque de saisie a été préalablement réalisé en utilisant l'outil SOLEN (SOLution d'Enquête) du ministère de la santé (Survey Manager FR). Des contrôles de saisie entre les deux opérateurs ont permis de minimiser les erreurs. Des contrôles de cohérence des données ont également été effectués afin de garantir la qualité des données saisies (annexe III page 94). La base de données brute a été exportée via SOLEN sur Excel puis importée sous le logiciel SAS pour l'apurement de la base et les analyses statistiques.

Les données de l'ENP

Les questionnaires papier complétés pendant la semaine de l'ENP ont été relus une première fois par l'équipe EPOPé. La saisie des données et la constitution du fichier informatique ont été assurées par la DREES. Par la suite, un data management et un contrôle informatique de la cohérence des données ont été effectués par la DREES et EPOPé^[7]. Les données collectées à Mayotte lors de la semaine de l'ENP ont été envoyées au Service Etudes et Statistiques de l'ARS OI en septembre 2017 sous la forme d'une base de données SAS, après avis favorable du Comité du Secret Statistique du Conseil National de l'Information Statistique du 14 novembre 2016.

D. Analyse et exploitation des données

Les bases de données SAS de l'ENP et de l'EENP ont été recodées afin d'être fusionnées. En préalable, l'absence de différence significative entre les deux populations a été vérifiée.

Les données ont été analysées par le Service Etudes et Statistiques en utilisant le logiciel SAS 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, North Carolina, USA). Des analyses descriptives univariées et bivariées ont été réalisées. Les variables qualitatives ont été présentées par leur fréquence et leur pourcentage. Les variables quantitatives ont été présentées avec leur intervalle de confiance avec une marge d'erreur de 5%. L'âge de la mère, le poids avant la grossesse, la taille de la mère, l'âge gestationnel et le poids à la naissance, variables recueillies sous forme de variables quantitatives, ont été catégorisées pour obtenir des variables qualitatives. L'indépendance entre variables a été appréciée par le test du Khi-deux d'indépendance, et la significativité de la différence de deux proportions par un test du Khi-deux d'ajustement. Les relations entre certains couples de variables ont parfois été appréciées en calculant des Odd's Ratio (OR) et des Risques Relatifs (RR). Les moyennes des variables quantitatives ont été comparées avec un test de Student.

1.4 EFFECTIFS ET QUALITÉ DES DONNÉES

A. Bilan des inclusions et raisons de non-participation

Sur la période couverte par l'enquête, 1 008 accouchements ont été enregistrés par les enquêtrices. Ces accouchements correspondaient à 991 naissances uniques (98,3%) et 17 gémellaires (1,7%) soit un total de 1 025 enfants. La Figure 3 et le Tableau 1 présentent le bilan des inclusions de l'enquête.

Au total:

- 821 mères ont accepté une participation totale à l'enquête (entretien en face à face, collecte des données dans le dossier médical et auto-questionnaire) soit 833 nouveau-nés (12 accouchements gémellaires et 809 accouchements uniques) ;
- 92 mères ont accepté la collecte de données dans leur dossier médical mais refusé l'entretien individuel soit 94 enfants (2 accouchements gémellaires et 90 accouchements uniques) ;
- 95 femmes ont fait seulement l'objet du questionnaire minimal soit 98 enfants (3 accouchements gémellaires et 92 accouchements uniques).

Figure 3 : Bilan des inclusions

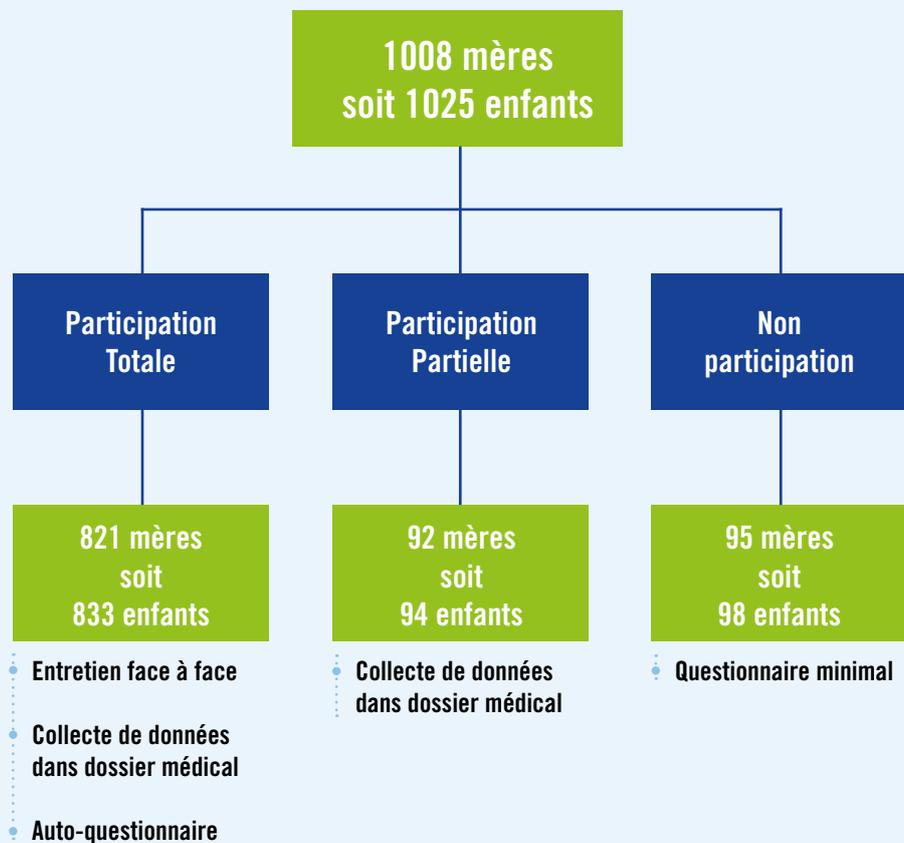


Tableau 1 : Effectif de l'échantillon

Nombre de maternités	Mayotte 2016		Mayotte 2010	
	n	%	n	%
Nombre d'accouchements	1008		500	
uniques	990	98,3	490	98,0%
gémellaires	17	1,7	10	2,0%
triples	0	0	0	0%
Femmes participant à l'enquête	913	90,6	500	100
Participation totale	821	81,4	485	97,0%
Participation partielle	92	9,1	15	3,0%
Femmes ne participant pas à l'enquête (recueil minimal)	95	9,4		

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010

Tableau 2 : Raison de non-participation des femmes ayant fait l'objet d'un recueil minimal

Motif de non-participation à l'enquête	Mayotte 2016 (N=95)		Metropole 2016 (N=579)	
	n	%	n	%
Mère mineure	54	56,8	56	9,7
Refus	13	13,7	166	28,7
Sortie précoce de la maternité	13	13,7	53	9,1
IMG, MFIU	8	8,4	127	21,9
Etat de santé de la mère ou de l'enfant	4	4,2	77	13,3
Autre	2	2,1	8	1,4
Non précisé	1	1,3	6	1,0

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016

Le Tableau 2 présente les raisons de non-participation des 95 femmes. Parmi ces femmes, près de 60% étaient mineures et 13,7% ont refusé de participer. En métropole, le refus est la raison de non-participation la plus fréquente, il représente 28,7%.



B. Exhaustivité des données

L'exhaustivité des naissances a été vérifiée dans toutes les maternités en comparant les données des cahiers de naissances utilisés pour l'enquête et le registre des accouchements de chaque maternité. 1047 accouchements ont été recensés dans les registres des accouchements de la maternité centrale de Mamoudzou et des 4 maternités périphériques pendant la période de l'enquête. Or, 1008 accouchements ont été enregistrés par les enquêtrices, soit un taux d'exhaustivité de 96,3%. 39 femmes n'ont pu être contactées pour participer à l'enquête (Tableau 3). Le manque de recensement de ces accouchements pourrait s'expliquer par le fait qu'un mouvement de grève générale de 2 semaines générant des barrages sur les routes s'est déroulé sur le département durant la période de l'enquête. En effet, certaines femmes accouchant, pour une grossesse physiologique, à la maternité centrale de Mamoudzou devaient être transférées dans les maternités périphériques en raison d'un nombre de lits insuffisants. Pendant cette période de grève, ces transferts ne pouvaient pas être assurés ou bien avec de grandes difficultés. C'est ainsi que certaines femmes sont sorties dans les vingt-quatre heures suivant leur accouchement pour permettre de libérer un lit en maternité et n'ont pas pu être enquêtées.

Tableau 3 :

Analyse de l'exhaustivité des inclusions

	Mayotte 2016	
	n	%
Femmes dans le registre de naissance	1047	100
Femmes contactées pour participer à l'enquête	1008	96,3
Perdus de vue	39	3,7

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016

Pour les 1 008 accouchements, (y compris pour les mères mineures, pour celles n'ayant pas souhaité participer et pour les mort-nés), le questionnaire minimal a été complété et a permis de recueillir des informations permettant de décrire les indicateurs majeurs recommandés au niveau européen. Les non-réponses sur ces items sont peu nombreuses. A titre d'exemple : l'état de l'enfant à la naissance et le mode d'accouchement (voie basse *versus* césarienne) sont connus pour l'ensemble des naissances, la classe d'âge de la mère est non précisée pour seulement 5 mères (soit 0,5%), le poids de l'enfant est inconnu pour 6 enfants (0,6%) et l'âge gestationnel est non précisé pour 16 mères (1,6%).

Le recueil de données à partir du dossier médical a été réalisé auprès de 913 (90,6%) mères. Les taux de non-réponse de ces questions sont très variables, mais souvent sensiblement supérieurs à ceux observés à l'échelle nationale^[7]. Le manque de suivi médical et de connaissances précises en matière de santé des mères contribuent à ces non-réponses. Les informations relatives aux antécédents médicaux de la mère admettent peu de non-réponses (1,3% pour les antécédents d'hypertension artérielle, 1,2% pour les antécédents de diabète). Les taux de non-réponse concernant les antécédents obstétricaux et gestationnels sont très variables : l'existence d'un antécédent d'enfant mort-né est non renseigné pour seulement 0,7% des mères, alors que l'existence d'antécédent d'enfants macrosomes ou hypotrophes est non renseigné pour respectivement 27,3% et 28,7% des mères. Il en est de même pour les données

concernant le suivi de grossesse : à titre d'exemple, plus de 40% des questionnaires ne comportent pas l'estimation du poids foetal à l'échographie du 3^{ème} trimestre et l'existence d'un placenta *prævia* est inconnue pour 4,8% des femmes. Les informations relatives au déroulement de l'accouchement sont manquantes pour 2 à 8% des naissances selon la variable considérée contre 0,5 à 2,5% à l'échelle nationale.

Pour les informations issues de l'entretien en face à face, les données manquantes sont structurellement plus nombreuses puisque 81,4% de femmes ont accepté de réaliser l'entretien. Les questions de l'entretien faisant appel à des données chiffrées ont eu des taux de non-réponses particulièrement élevés : poids avant la grossesse (23,4% de non-réponse), taille de la mère (31,2% de non-réponse), revenu moyen des ménages (23,9% de non-réponse). Il en est de même pour les questions en lien avec des notions médicales précises : près de 40% des mères interrogées n'ont pas su dire si elles avaient eu une mesure de la clarté nucale ou un dosage sanguin des marqueurs de la trisomie 21 ou un rappel vaccinal incluant la coqueluche dans les 10 dernières années et 16% n'ont pas su ou voulu dire si elles avaient déjà eu une IVG.

Les taux de non-réponses de l'auto questionnaire (soumis aux 821 femmes ayant réalisé l'entretien) sont compris entre 0,5 et 1,2%.

Les taux de non-réponses sont présentés dans l'annexe IV (page 95).

C. Représentativité des données

Représentativité de la population incluse

Afin de s'assurer de la représentativité de la population totale incluse dans l'étude, les indicateurs majeurs obtenus ont été comparés aux statistiques PMSI de 2016. L'enquête a couvert 10,7% des mères ayant accouché en 2016 et pour l'ensemble des indicateurs comparés les distributions sont similaires (Tableau 4).

Biais de sélection lié aux non-réponses

Certaines questions admettent des taux de non-réponse particulièrement élevés pouvant être à l'origine de biais de sélection. Afin d'identifier et d'apprécier ces éventuels biais, des questions admettant plus de 10% de non-réponse ont été sélectionnées. Pour chacun de ces items, quatre caractéristiques socio-économiques (nationalité, couverture sociale, niveau d'étude, revenu du ménage) des femmes ayant répondu et de celles n'ayant pas répondu ont été comparées.

Pour une majorité des questions étudiées, des différences significatives ont été observées entre au moins deux des quatre caractéristiques socio-économiques comparées. Et, quand ces différences existent, elles vont toujours dans le même sens (à l'exception près de la question portant sur l'existence d'un antécédent d'IVG): les femmes non affiliées, celles de nationalité étrangère, celles ayant un niveau d'étude faible et celles présentant un revenu de ménage inférieur à 500€ présentent davantage de données manquantes. A titre d'exemple, près de la moitié des femmes pour lesquelles l'existence d'un antécédent d'enfant né

Tableau 4 : Comparaison de la population incluse avec les données 2016 du PMSI

	ENP et EENP à Mayotte 2016	PMSI 2016	
Nombre d'accouchements total (AG>=22Sa et/ou pds>= 500gr)	1008	9384	
	% (N)	% (N)	p
Age de la mère	1003	9884	NS
< 20 ans	13,6	12,5	(p=0,85)
20 – 24 ans	22,8	23,1	
25 - 29 ans	24,4	25,6	
30 – 34 ans	21,8	21,6	
35 – 39 ans	12,6	13,0	
>= 40 ans	4,8	4,2	
Grossesse gémellaire	1,7 (N=1008)	1,4 (N=9384)	NS (p>0,05)
Mode d'accouchement	1008	9384	NS
Voie basse	82,7	82,7	(p=1)
Césarienne	17,3	17,3	
poids de naissance	1019	9473	NS
< 1500g	2,0	2,5	(p=0,48)
1500 – 2499 g	12,0	11,2	
>= 2500 g	86,0	86,3	
Age gestationnel (SA)	992	9473	NS
22 - 27	0,9	1,1	(p=0,69)
28 - 32	1,7	1,3	
33 - 36	9,3	9,5	
>=37	88,1	88,1	

hypotrophe a été renseigné sont affiliées à la sécurité sociale contre seulement un quart de celles pour lesquelles l'information est manquante. De même, 15,6% des femmes pour lesquelles la question portant sur la réalisation d'une mesure de la clarté nucale a été renseignée ont un niveau d'étude supérieure au bac contre seulement 4,9% des femmes présentant une donnée manquante. Et, 90,1% des femmes possédant une couverture sociale ont su indiquer leur poids avant la grossesse contre 70,9% des non affiliées.

Les questions présentant des taux de non-réponse importants portent majoritairement sur la réalisation de tests ou d'examen médicaux, l'application de mesures préventives

ou l'existence d'antécédents pathologiques. Ainsi, il faut rester prudent quant à leur interprétation, car il est possible que le biais de sélection lié à la non-réponse engendre une surestimation des taux de réalisation des examens médicaux et de l'application des mesures préventives et une sous-estimation de la prévalence des antécédents (les femmes dont les données sont manquantes sont plus précaires que celles ayant répondu, de ce fait, il est possible que leur suivi médical soit plus limité et qu'elles soient plus exposées aux pathologies).

Le détail de ces comparaisons est présenté dans l'annexe V (page 96).

D. Degré de précision des résultats

Les indicateurs et résultats présentés dans ce rapport sont issus d'un échantillon des naissances qui ont eu lieu pendant l'année 2016.

En considérant une taille d'échantillon de 1008 - pour l'ensemble des mères incluses - (respectivement 821 - pour les mères ayant participé à l'entretien) et un intervalle de confiance à 95%, la précision des proportions présentées est la suivante :

- **Taux à 1% : +/- 0,6%**
(respectivement 0,7%)
Exemple proche : diabète de type 2 antérieure à la grossesse
- **Taux à 5% : +/- 1,3%**
(respectivement 1,5%)
Exemple proche : HTA pendant la grossesse
- **Taux de 10% : +/- 1,8%**
(respectivement 2,0%)
Exemple proche : proportion d'enfants nés prématurés
- **Taux de 20% : +/- 2,5%**
(respectivement 2,7%)
Exemple proche : réalisation d'un frottis cervical pendant la grossesse

Dans ce rapport, les indicateurs sont présentés avec leur intervalle de confiance à 95%.

I.5 ORGANISATION DE L'EENP

L'EENP 2016 est le produit d'un partenariat entre le CHM et l'ARS OI. Elle a été réalisée à la maternité centrale de Mamoudzou ainsi que dans les quatre maternités des hôpitaux de référence. L'ARS OI a financé l'enquête. L'hôpital a assuré un rôle de support administratif et financier en recrutant l'équipe d'enquêtrices composée de sages-femmes et de traductrices et en mettant à leur disposition des moyens de locomotion. Le pilotage général du projet a été assuré par le Service Etudes et Statistiques et le Pôle Offre de Soins de la Délégation de l'île de Mayotte de l'ARS OI : mise à disposition du matériel d'enquête, coordination de l'enquête sur le terrain, saisie des données, organisation des réunions du comité scientifique, analyses statistiques et rédaction du rapport.

L'équipe d'enquêtrices assurant le recueil des données était constituée de 6 sages-femmes enquêtrices et 6 traductrices. Toutes les traductrices parlaient le shimaoré ou le shibushi pour traduire oralement, si nécessaire, les questions posées aux femmes enquêtées et recueillir leurs réponses. Six binômes d'enquêtrices et de traductrices ont été formés. Deux binômes ont été placés à la maternité centrale de Mamoudzou et un binôme dans chaque maternité périphérique. En raison de la faible activité à la maternité de Dzaoudzi pendant la période de l'enquête, le

binôme placé dans cette maternité se rendait régulièrement à Mamoudzou pour soutenir les équipes en place en cas de forte activité à la maternité centrale. Afin d'éviter une surcharge de travail en début de semaine, un binôme travaillait le samedi matin. Le personnel soignant, prévenu au préalable de la tenue de l'étude, a facilité le travail des enquêtrices.

Une visite hebdomadaire a été assurée par le coordinateur de l'enquête dans chaque maternité afin de répondre aux questions éventuelles des enquêtrices. Lors de cette visite, le coordinateur récupérait les questionnaires remplis pour la saisie des données. En plus de ces visites hebdomadaires, une réunion de débriefing hebdomadaire était organisée tous les jeudis dans les locaux de l'ARS OI, en présence de toute l'équipe d'enquêtrices afin de discuter du déroulement de l'enquête dans les différents sites, partager les expériences et échanger les fiches de liaison utilisées pour le suivi des transferts inter-maternités.

Un test sur le terrain de 2 jours a été préalablement réalisé afin d'identifier les problèmes éventuels et les corriger avant le démarrage de l'enquête.

I.6 AUTORISATION DE L'EENP

L'EENP à Mayotte a reçu un avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et une autorisation d'un traitement

automatisé d'informations à caractère personnel de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (n°915555).

Pour les besoins du traitement, l'ARS OI bénéficie d'un accord pour traiter

les données de l'ENP 2016, suite à l'avis favorable du comité du secret statistique du 14 octobre 2016.



PARTIE II

**ANALYSE DESCRIPTIVE
ET COMPARAISON AVEC
L'ENQUETE PERINATALE
À MAYOTTE 2010 ET
L'ENQUETE NATIONALE 2016**

II.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES MÈRES

A. Origine géographique et nationalité des mères

Nationalité et lieu de naissance

La part des parturientes de nationalité française est passée de 37% en 2010 à 24,6% en 2016 alors que celle des femmes de nationalité comorienne est passée de 58% en 2010 à 70,0% en 2016. En métropole, seulement 14,1% des parturientes sont étrangères.

Les femmes nées à l'étranger sont principalement originaires des Comores (70,8%) dont plus des deux tiers (71,6%) de l'île d'Anjouan. Cette proportion a progressé significativement entre les 2 enquêtes de 2010 et 2016, alors que la part des femmes nées à Madagascar reste stable, autour de 5% (Tableau 5). Seulement 9 femmes ont déclaré être nées à l'étranger et posséder la nationalité française.

Tableau 5 : Nationalité et lieux de naissance des mères

Nationalité	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	N(821)	%	%(N=500)	%(N=11 735)
Française	202	24,6	37	85,9
Etrangère	619	75,4	63	14,1
<i>Comorienne</i>	575	70,0	58	-
<i>Malgache</i>	41	5,0	5	-
<i>Comoro-Malgache</i>	2	0,2	0	-
<i>Autre</i>	1	0,1		-
Lieu de naissance	N(818)	%	%	%(N=11 761)
France	193	23,6	33,8	81,4
Comores	579	70,8	60,8	
<i>Anjouan</i>	407	50,0	38,0	
<i>Grande-Comore</i>	141	17,2	7	
<i>Mohéli</i>	20	2,5	5	
<i>Sans précision</i>	11	1,3	11	
Madagascar	44	5,4	5,1	
Autre	2	0,2		

Source : ENP et EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010
Champ : Entretien face à face

Parmi les femmes nées à l'étranger, 71,2% sont arrivées avant 2015, et 44,5% avant l'année 2009 (Tableau 6). Pour les femmes arrivées en 2015, le mois de leur entrée à Mayotte a été renseigné pour 84 femmes sur 125, et, 33 sur 84 sont arrivées au mois d'août ou plus tard (donc en étant enceintes). Ainsi, d'après les déclarations, 71 parturientes sont

arrivées pendant leur grossesse. La date d'arrivée à Mayotte est manquante pour 9,4% (59/625) des femmes nées à l'étranger. Cependant, au vu des résultats obtenus, les femmes arrivées pendant leur grossesse restent minoritaires, elles représentent entre 11,4%⁽¹⁾ et 27,4%⁽²⁾ des femmes nées à l'étranger.

Tableau 6 : Année d'arrivée à Mayotte des femmes nées à l'étranger

Année d'arrivée à Mayotte (N=566)			
	n	%	IC(95%)
2016	38	6,7	4,6 – 8,9
2015	125	22,1	18,7 – 25,5
<i>Janvier à Juillet</i>	51/84		
<i>Août ou plus tard</i>	33/84		
Entre 2012 et 2014	105	18,6	15,4 – 21,8
Entre 2009 et 2011	46	8,1	5,9 – 10,4
Avant 2009	252	44,5	15,4 – 21,8

Source : ENP et EENP Mayotte 2016 - Champ : Entretien face à face

¹ En considérant que toutes les mères dont la date d'arrivée est manquante sont arrivées avant leur grossesse.

² En considérant que toutes les mères dont la date d'arrivée est manquante sont arrivées pendant leur grossesse.

Commune de résidence des mères

La répartition des communes de résidence des mères est très proche de celle de la population générale. Près de 40% des mères résident dans les communes de Mamoudzou ou de Koungou. Il est à noter que la proportion de mères résidant à Mamoudzou a diminué significativement depuis 2010 ($p=0,014$) alors que les proportions de celles résidant à Bandraboua, Dembéli ou Koungou ont connu des augmentations supérieures à 2% (Tableau 7, Figure 4).



Tableau 7 : Commune de résidence des parturientes

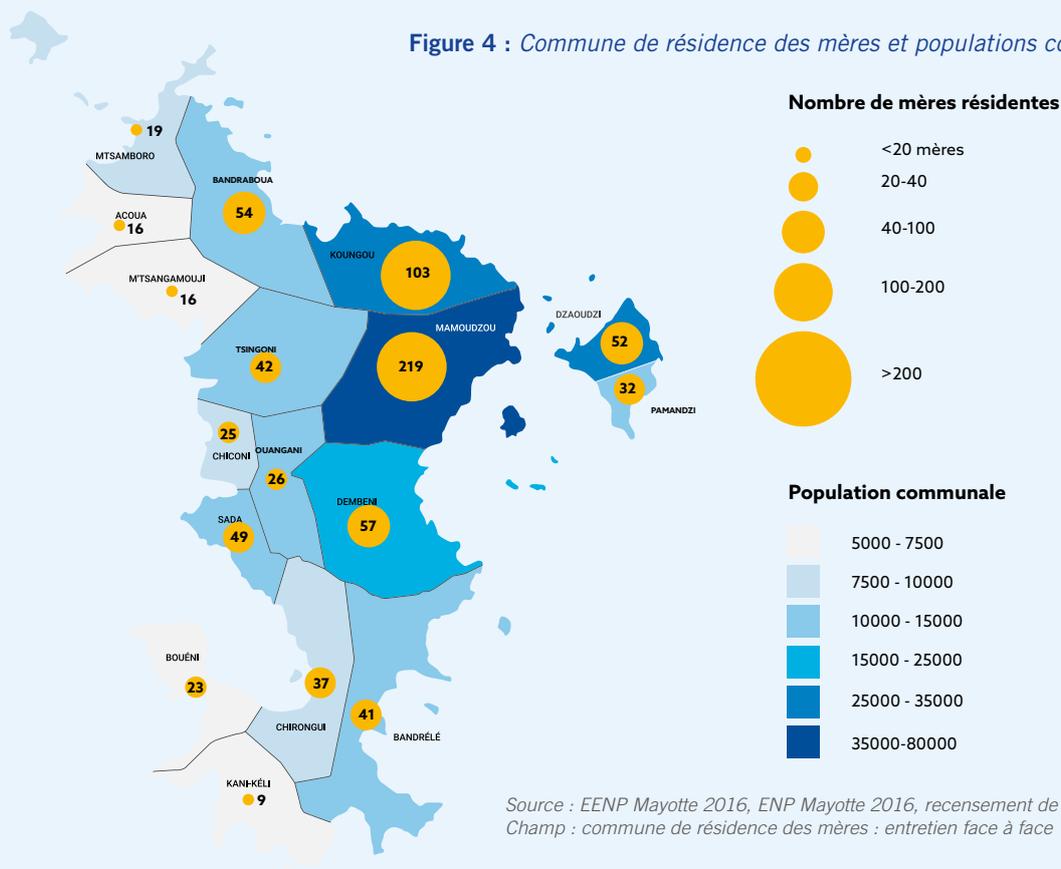
Commune	Mères résidentes ENP et EENP 2016		Mères résidentes EP 2010
	(N=820)	%	% (N=500)
Acoua	16	2,0	1,0
Bandraboua	54	6,6	2,0
Brandele	41	5,0	4,0
Bouéni	23	2,8	5,0
Chiconi	25	3,0	2,0
Chirongui	37	4,5	5,0
Dembéni	57	7,0	5,0
Dzouadzi	52	6,3	7,0
Kani-Kéli	9	1,1	4,0
Koungou	103	12,6	10,0
Mamoudzou	219	26,7	33,0
Mtsamboro	19	2,3	4,0
M'Tsangamouji	16	2,0	2,0
Ouangani	26	3,2	2,0
Pamandzi	32	3,9	4,0
Sada	49	6,0	5,0
Tsingoni	42	5,1	4,0
Total	820		

Source : EENP et ENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010

Champ : Entretien face à face

Lecture : En vert figurent les communes qui ont connu une augmentation de 2% ou plus, en orange, celles qui ont connu une diminution supérieure ou égale à 2%.

Figure 4 : Commune de résidence des mères et populations communales

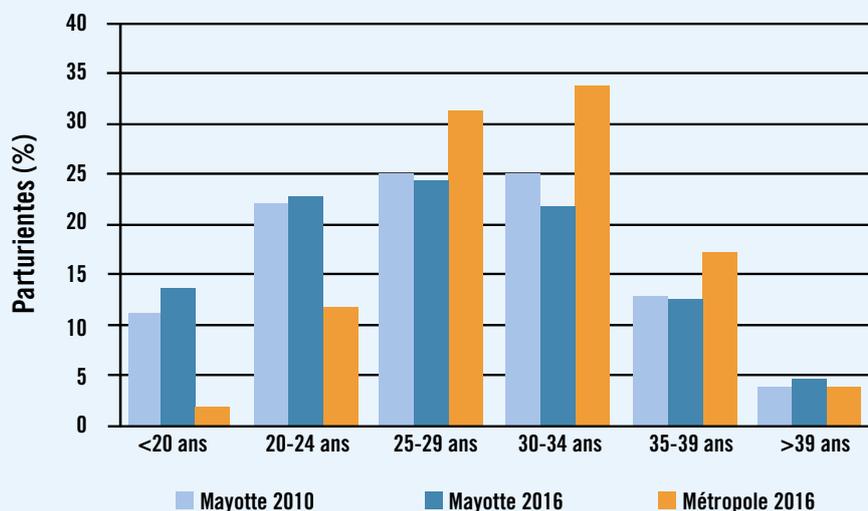


Source : EENP Mayotte 2016, ENP Mayotte 2016, recensement de la population INSEE 2017
Champ : commune de résidence des mères : entretien face à face

B. Âge

Entre 2010 et 2016, la distribution de l'âge à l'accouchement n'a pas changé de façon significative. L'âge moyen était de 27,09 ans en 2010, il est, en 2016, de 28,05 ans pour l'ensemble des parturientes et de 23,6 pour les primipares. Par contre, la distribution de l'âge des mères à Mayotte est significativement différente de celle des mères métropolitaines ($p < 0,0001$). En effet, les tranches d'âge les plus basses sont significativement plus représentées à Mayotte qu'en métropole : 13,6% des mères ont moins de 20 ans à Mayotte contre 1,9% en métropole (Tableau 8).

Figure 5 : Age des parturientes



Source : EENP Mayotte 2016, ENP Mayotte 2016, ENP 2010
Champ : Questionnaire minimal

Tableau 8 : Age des parturientes

Age à la maternité	Mayotte 2016		Mayotte 2010		Métropole 2016	
	(N=1003)	%	% (N=451)	p	% (N=12 941)	p
<20 ans	136	13,6	11,0	NS ($p > 0,05$)	1,9	$p < 0,0001$
20-24 ans	229	22,9	22,0		12,0	
25-29 ans	245	24,4	25,0		31,3	
30-34 ans	219	21,8	25,0		33,8	
35-39 ans	126	12,6	13,0		17,3	
>39 ans	48	4,8	4,0		4,0	

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Questionnaire minimal



C. Situation familiale et économique

Vie en couple et statut marital

Lors de l'enquête périnatale 2010, la moitié des femmes se déclaraient mariées au moment de la naissance de leur enfant. En 2016, elles ne sont que 14,4% (contre 40,6% en métropole). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'en 2010 aucune précision sur le type de mariage n'avait été apportée. Or à Mayotte, le terme mariage peut signifier mariage civil ou mariage religieux. En 2016, les consignes étaient plus précises pour s'assurer que les mères étaient bien mariées au regard de l'état-civil.

La quasi-totalité des femmes vivent en couple (91,6%), essentiellement dans le même logement (82,8%). La part des femmes vivant seules n'a pas varié significativement : elle est en 2016 de 8,4% contre 11% en 2010 et 5,2% en métropole en 2010 (Tableau 9).

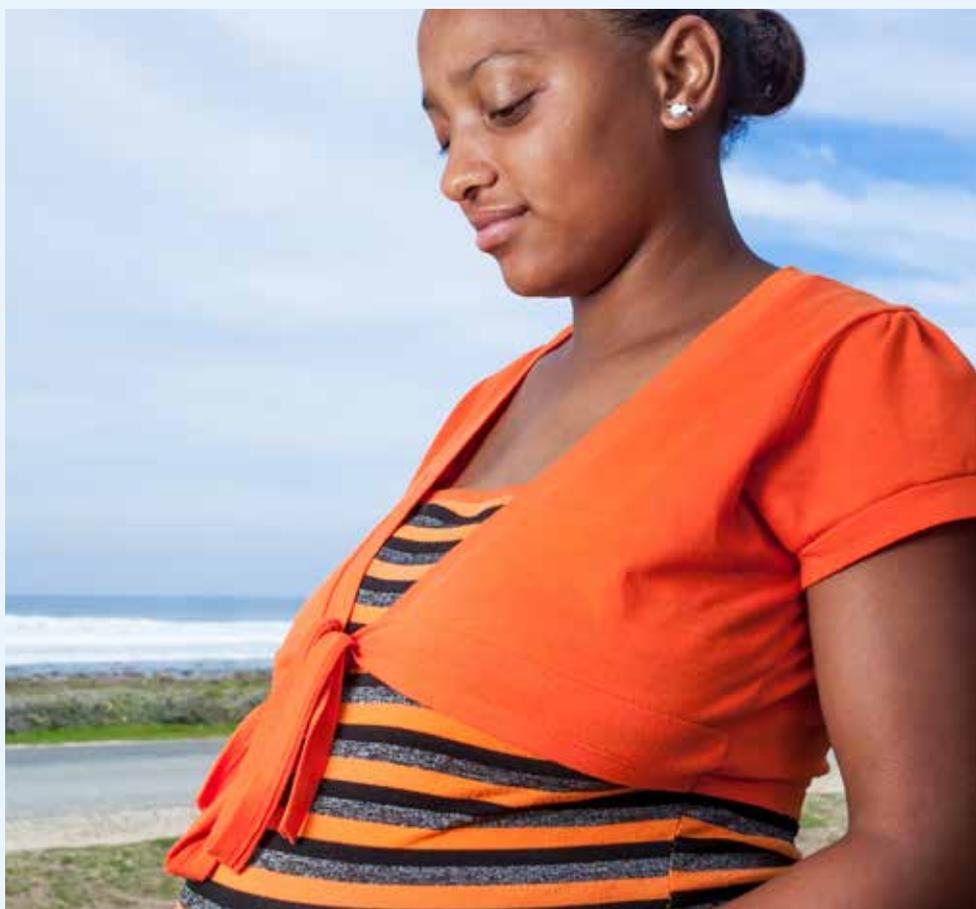


Tableau 9 : Situation maritale et vie en couple

Situation maritale	Mayotte 2016		Mayotte 2010		Métropole 2016	
	(N=806)	%		p	%(N=11716)	p
Non	675	83,7	-		18,1	p<0,05
Mariée	116	14,4	-		40,6	
Pacsée	15	1,9	-		41,3	
Vie en couple	(N=821)	%	%	p	%(N=11736)	P
Oui dans le même logement	680	82,8	89	NS p>0,05	91,6	p<0,0001
Oui mais pas dans le même logement	57	6,9			3,2	
Oui sans précision sur le logement	15	1,8			0	
Non	69	8,4	11	5,2		

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016
Champ : Questionnaire minimal

Niveau d'étude et activité professionnelle des mères

Le niveau d'études des femmes demeure faible en 2016, il est inférieur à celui de la métropole et à

celui des DROM. En effet, 45% des femmes qui accouchent n'ont jamais été scolarisées ou ont arrêté leur scolarité au primaire alors qu'elles ne sont que 1,6% en métropole et

14,5% dans l'ensemble des DROM. Seulement 11% des femmes ont un niveau supérieur au bac contre 55,4% en métropole (Tableau 10).

Tableau 10 : Niveaux d'études des mères

	Mayotte 2016		Métropole 2016		DROM 2016	
	n (N=817)	%	% (N=11661)	p	% (N=648)	p
Non scolarisé ou niveau primaire	368	45,0	1,6	p<0,0001	14,5	p<0,0001
Non scolarisé	244	29,9				
Primaire	124	15,2				
Niveau collège	174	21,3	6,2		14,5	
Enseignement professionnel court	49	6,0	15,1		10,8	
Niveau lycée	136	16,6	21,7		27,5	
enseignement général	84	10,3				
enseignement technologique	16	1,96				
enseignement professionnel	36	4,4				
Niveau supérieur au bac	90	11,0	55,4		32,7	
Niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans	48	5,9				
Niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans	32	3,9				
Niveau baccalauréat + 5 ans ou plus	10	1,2				

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016 - Champ : Questionnaire minimal

Seulement 20,3% des femmes ont déclaré avoir travaillé pendant la grossesse, elles étaient 18% à occuper un emploi en fin de grossesse contre 24% en 2010 et 68,1% en métropole en 2016.

La grande majorité des femmes ne travaillaient pas en fin de grossesse, 78,5% ont déclaré être femme au foyer contre 38% en métropole (Tableau 11). Cependant il est à noter que le travail informel est

important à Mayotte. Il est probable que dans cette situation, certaines femmes préfèrent déclarer être femme au foyer, ou ne pas répondre à la question.

Tableau 11 : Situation professionnelle et activité des mères

	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=817)	%	%	% (N=11733)
Travail pendant la grossesse				
Oui	166	20,3	26	70,8
Non	651	79,7	74	29,2
Situation à la fin de la grossesse	n (N=819)	%	%	% (N=11496)
Oui	147	18,0	24	68,1
Non	672	82,0	76	31,9
Dont <i>Au chômage</i>	93	14,9	-	52,6
<i>Etudiante ou élève</i>	27	4,3	-	6,4
<i>Femme au foyer</i>	488	78,5	-	38,0
<i>Autre</i>	14	2,3	-	2,3

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016, ENP Mayotte 2010 - Champ : Questionnaire minimal

Situation professionnelle du conjoint

En 2016, 66,1% des maris ou compagnons exercent un emploi au moment de la naissance de l'enfant. Il est difficile de savoir si ce

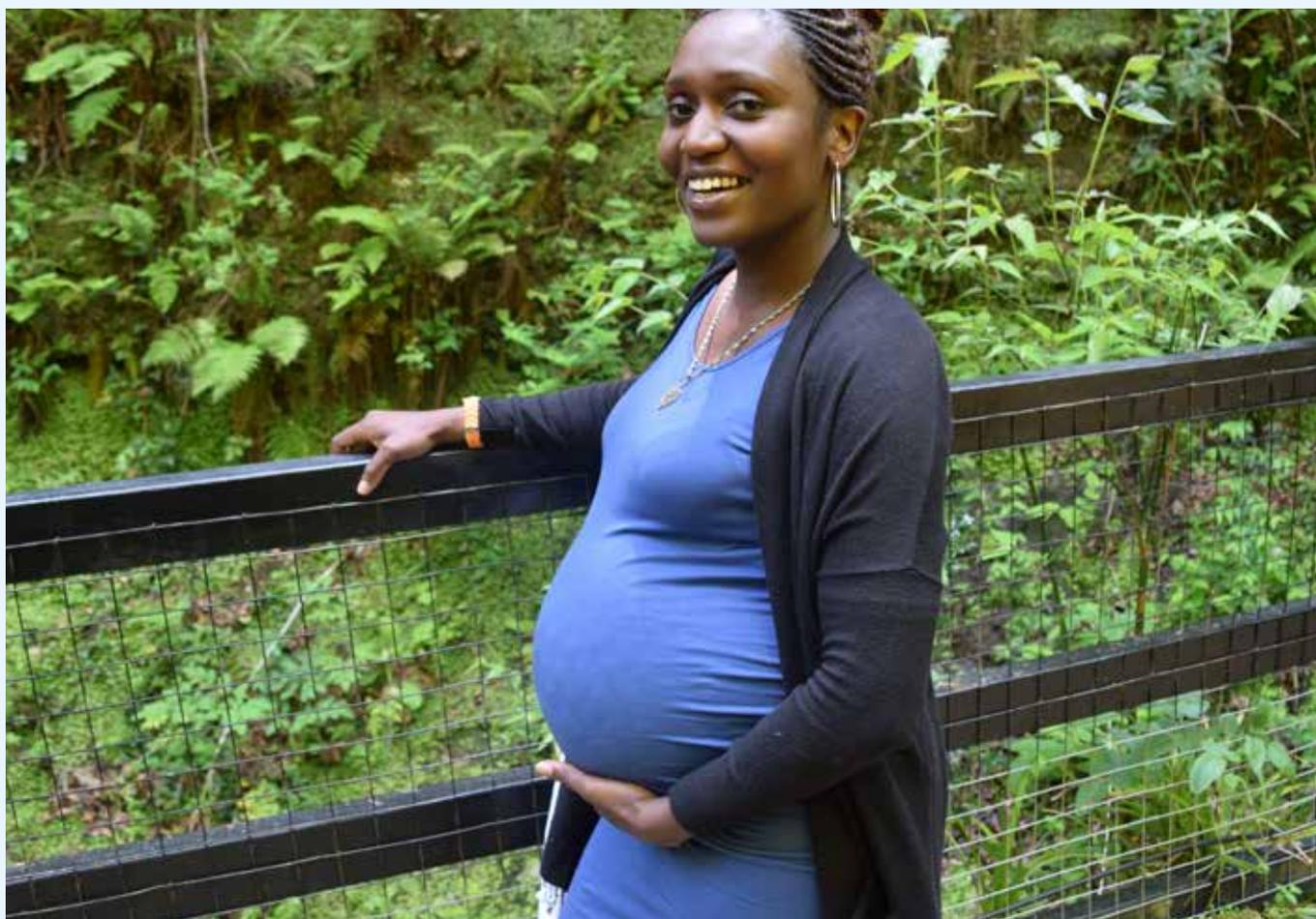
pourcentage comprend l'ensemble des hommes ayant une activité non déclarée ou seulement une partie d'entre eux. Lors de leur dernier emploi, la moitié des compagnons

était salariés ou stagiaires rémunérés (51,3%) l'autre moitié (48%) était travailleurs indépendants (Tableau 12).

Tableau 12 : Situation professionnelle du conjoint

Situation actuelle du conjoint	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=747)	%	%	% (N=13356)
En emploi	494	66,1	61	87,9
Sans emploi	253	33,9	39	12,1
<i>Au chômage</i>	188	25,2	7	9,9
<i>Etudiante ou élève</i>	7	0,9	1	0,9
<i>Autre ou non précisé</i>	58	7,8	31	1,3
Statut professionnel lors du dernier emploi	n (N=684)	%		
Salarié ou stagiaire rémunéré	351	51,3	-	-
Travailleur indépendant	328	48,0	-	-
Aide non rémunéré	651	0,7	-	-

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016, ENP Mayotte 2010 - Champ : Questionnaire minimal

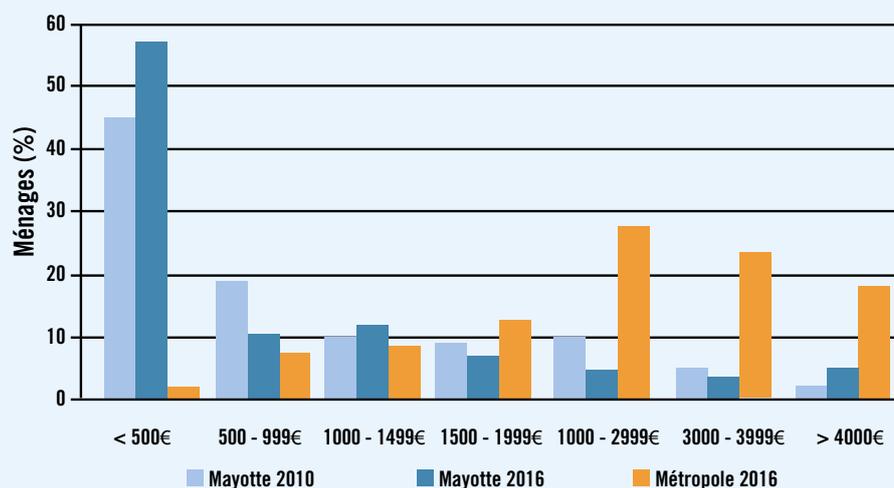


Revenus du foyer

En prenant en compte l'ensemble des revenus (salaire, aides sociales, aides familiales, etc.), 57,1% des foyers disposaient de moins de 500 euros par mois, seulement 20,3% disposaient de plus de 1500€ par mois. Ces revenus sont nettement inférieurs à ceux observés en métropole et les inégalités se sont accrues depuis 2010 (en 2010, 47% des foyers disposaient de moins de 500€ ou de plus de 4 000 € mensuels contre 62,1% en 2016, $p < 0,0001$) (Figure 6). Ainsi, de nombreuses femmes sont en situation très précaires, près de 20% d'entre elles ont déclaré ne pas disposer d'un logement personnel et être hébergées par un proche. La proportion des non-réponses concernant le revenu des ménages est de 33,9% sur l'ensemble des femmes ayant participé à l'entretien. Les salaires ou revenus issus d'un travail contribuent aux revenus de 73,8% des ménages. Même si les Mahorais ont accès au RSA depuis le 1^{er} janvier 2012, assez peu de ménages en bénéficient (6,6%, contre 9,9% en métropole), 14,2% des femmes déclarent avoir des ressources 'autres', essentiellement des aides de la famille (Tableau 13).



Figure 6 : Revenu mensuel moyen des ménages



Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010 - Champ : Questionnaire minimal

Tableau 13 : Revenus des ménages

Sources de revenus	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N)	%	%	% (N=11730)
Salaire	604(N=818)	73,8	60,5	90,9
RSA*	54 (N=815)	6,6	0*	9,9
Allocation chômage	9 (N=816)	1,1	2,2	15,1
Autre	116 (N= 817)	14,2	-	-
Revenu mensuel moyen du ménage	n (N=625)	%		% (N=11555)
< 500 euros	357	57,1	45	2,0
500 - 999	65	10,4	19	7,6
1 000 - 1 499	76	12,16	10	8,6
1 500 - 1 999	44	7	9	12,6
2 000 - 2 999	30	4,8	10	27,7
3 000 - 3 999	22	3,5	5	23,4
> 4000	31	5	2	18,1

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016, ENP Mayotte 2010 - Champ : Questionnaire minimal
* Le RSA a été mis en place à Mayotte lors de la départementalisation en 2011



Couverture sociale et couverture maladie complémentaire

En début de grossesse, 61,9 % des femmes n'avaient pas de couverture sociale (contre 1,4% en métropole), elles étaient 53% en 2010. La possession d'une couverture complémentaire reste très marginale, elle concerne moins de 5% des femmes contre plus de 90% en métropole.

Tableau 14 : Couverture sociale et couverture maladie complémentaire au début de la grossesse

Couverture sociale au début de la grossesse	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=818)	%	%	% (N=11741)
Sécurité sociale	311	38,0	43	85,8
CMU ou AME	1	0,1	4	12,8
Aucune	506	61,9	53	1,4
Couverture maladie complémentaire	n (N=816)	%		% (N=11669)
Mutuelle, assurance privée ou institution de prévoyance	35	4,3	-	82,1
CMU complémentaire	4	0,5	-	9,2
Aucune	777	95,2	-	8,7

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Questionnaire minimal





“ EN RÉSUMÉ...

INDICATEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Une majorité de mères étrangères

La proportion de mères de nationalité étrangère a augmenté depuis 2010, et atteint 75,4% en 2016, la grande majorité sont comoriennes, elles sont une minorité à arriver à Mayotte pendant leur grossesse (11%).

Des mères jeunes

Plus de 13% des parturientes ont moins de 20 ans, contre 1,9% en métropole. L'âge moyen de l'ensemble des parturientes est de 28,0 ans et celui des primipares de 23,6 ans.

Une précarité en augmentation et des écarts qui s'accroissent avec la métropole

Une grande majorité des mères est en situation précaire : 45% n'ont jamais été scolarisées ou ont arrêté leur scolarité en primaire (contre 2% en métropole et 14,5% dans l'ensemble des DROM), le revenu du foyer est inférieur à 500€ pour 57,1% des parturientes à Mayotte (contre 45% en 2010). 61,9% des parturientes ne disposent d'aucune couverture de santé contre 53% en 2010 et 1,4% des mères métropolitaines.

II.2 SANTÉ AVANT LA GROSSESSE ET MAÎTRISE DE LA FÉCONDITÉ

A. Caractéristiques morphologiques des femmes

D'après les données recueillies lors des entretiens face à face, les parturientes sont sensiblement plus petites et plus corpulentes à Mayotte qu'en métropole. En effet, plus de la moitié (56%) mesurent moins de 160 cm contre 18,9% en métropole. De plus, avant la grossesse, un quart des mères (25,4%) étaient obèses (i.e. IMC \geq 30) contre 11,8% en métropole (Tableau 15).

Toutefois, l'interprétation de ces résultats nécessite de la prudence puisque, d'une part, il s'agit de données déclaratives et, d'autre part les taux de non-réponses de ces items sont particulièrement élevés. Ainsi, l'IMC a été renseigné pour seulement 500 mères et la population des mères ayant répondu présente des caractéristiques différentes de celle des mères n'ayant pas répondu. Par exemple, il est à noter que l'IMC de 77,6% des femmes affiliées à la sécurité sociale a pu être calculé (taille et poids connus) contre 51% des femmes non affiliées (Tableau 16).

Tableau 15 : Caractéristiques morphologiques des mères

Taille (cm)	Mayotte 2016			Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=576)	%	IC (95%)	%	% (N=11658)
<150	36	6,3	4,3 – 8,2	7,4	0,5
150 – 159	286	49,7	45,6 – 53,7	39,7	18,4
160 – 169	221	38,4	34,4 – 42,3	42,6	57,9
170 – 179	33	5,7	3,8 – 7,6	10,3	22,2
\geq 180	0	0	-	0,0	1,0
IMC avant grossesse	n (N=500)	%	IC (95%)		% (N=11588)
<18,5	21	4,2	2,4 – 6,0	-	7,4
18,5 – 24,5	213	42,6	38,2 – 46,9	-	60,8
25 – 29,9	139	27,8	23,9 – 31,7	-	20,0
30 – 34,5	87	17,4	14,1 – 20,7	-	8,1
\geq 35	40	8,0	5,6 – 10,4	-	3,7

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

Tableau 16 : Connaissance de l'IMC et affiliation à la sécurité sociale

Affiliation à la sécurité sociale	Femmes avec IMC avant grossesse renseigné		
	n (N)	%	p
Affiliées	242 (N=312)	77,6	p<0,0001
Non affiliées	258 (N= 506)	51,0	

Source : EENP et ENP Mayotte 2016 - Champ : Entretien face à face



B. Maladies chroniques et handicaps antérieurs à la grossesse

La prévalence de certaines maladies chroniques semble plus importante chez les parturientes à Mayotte qu'en métropole. D'après

les informations recueillies dans les dossiers médicaux, 3,2% des parturientes avaient présenté avant leur grossesse un diabète, et 4,5% de l'hypertension artérielle contre respectivement 2,3% et 2% en métropole. De plus, l'existence d'au moins une autre pathologie sévère ou d'un handicap a été rapportée dans le dossier médical de 18% des mères.

Parmi les pathologies chroniques fréquemment rapportées figurent : l'obésité, la drépanocytose, les troubles thyroïdiens et des maladies infectieuses (VIH, hépatite B, syphilis). Seulement 15,8% des femmes ont rapporté un antécédent familial de diabète, contre 23,7% en métropole (Tableau 17).

Tableau 17 : Maladies chroniques et handicaps des mères

	Mayotte 2016			Mayotte 2010	Métropole 2016	
	n (N=902)	%	IC (95%)	%	% (N=12476)	p
Diabète antérieur à la grossesse (1)						
Non	873	96,8	95,6-97,9	98,0	97,7	p<0,0001
DID type 1	2	0,2	0,0 – 0,5	1,2	0,3	
DNID type 2	12	1,3	0,6 – 2,1		0,2	
Diabète gestationnel pour grossesse antérieur	15	1,6	0,8 -2,5	0,8	1,8	
Antécédents familiaux de diabète (2)	n (N=817)	%	IC (95%)	%	% (N=11728)	p
Oui	129	15,8	13,3 – 18,3	-	23,7	p<0,0001
Non	667	81,6	79,9 – 84,3	-	75,2	
Ne sais pas	21	2,6	1,5 -3,7	-	1,1	
Hypertension artérielle antérieure à la grossesse (1)	n (N=901)	%	IC (95%)	%	% (N=12492)	p
Non	860	95,5	94,0 – 96,8	94,2	98,0	p<0,0001
HTA Chronique	21	2,3	1,3 – 3,3	2,4	0,7	
HTA pendant grossesse antérieure	20	2,2	1,3 – 3,2	3,4	1,3	
Autre(s) pathologie(s) chronique(s) sévère(s) ou handicap(s) (1)	n (N=894)	%	IC (95%)	%	-	
Oui	161	18,0	15,5 – 20,5	-	-	
Non	733	82,0	79,5 – 84,5	-	-	

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016
Champ : (1) Recueil de données dans le dossier médical, (2)Entretien face à face

C. Parité, gestité et antécédents obstétricaux

Parité et gestité

Avant cette grossesse, 85,1% des parturientes enquêtées ont eu au moins une grossesse antérieure et 79,2% d'entre elles ont au moins accouché une première fois. En métropole, seules 57,8 % des femmes ont déjà accouché. Près d'un quart (23,9%) des femmes a déjà connu plus de 3 accouchements contre seulement 3,1% en métropole. À noter que 15,4% des femmes ont connu 5 accouchements ou plus avant cette grossesse. Parité et gestité n'ont pas connu de variation importante depuis 2010 (Tableau 18).

Tableau 18 : Parité et gestité

Gestité (nombre de grossesses)	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=911)	%	%	
0	136	14,9	14,4	-
1	145	15,9	18,4	-
2	153	16,8	16,6	-
3	151	16,6	15,2	-
>3	326	35,8	35,4	-
	4	108	11,9	-
	5	89	9,8	-
	>5	129	14,2	-
Parité (nombre d'accouchements)	n (N=1004)	%	%	% (N=12945)
0	229	22,8	22,9	42,2
1	198	19,7	18,9	35,6
2	173	17,2	17,1	14,3
3	164	16,3	15,3	4,8
>3	240	23,9	25,8	3,1
	4	86	8,6	-
	5	78	7,8	-
	>5	76	7,6	-

Sources: EP Mayotte 2010, ENP 2016, EENP 2016

Champ : - Questionnaire minimal: parité - Collecte de données dans le dossier médical : gestité



Antécédents obstétricaux

Avant cette grossesse, 2,9% des parturientes déclarent avoir déjà mis au monde un enfant mort-né, 10,4% un enfant prématuré, 11,7% un enfant hypotrophique et 2,9% ont déjà fait face à un décès néonatal. Ces taux ne sont

pas significativement différents de ceux observés lors de l'enquête de 2010. Les antécédents de décès néonataux, d'accouchements prématurés, de petits poids de naissance et de césariennes rapportés au nombre de multipares sont plus fréquents à Mayotte qu'en

métropole. Concernant l'existence d'un antécédent d'enfant mort-né, aucune différence significative n'a été notée entre les parturientes ayant participé à l'enquête en métropole et à Mayotte.

Tableau 19 : Antécédents obstétricaux des mères

Antécédent d'enfants mort-nés	Mayotte 2016		Mayotte 2010		Métropole 2016	
	n	%	% (N=412)	p	% (N=7188)	p
Toutes parités	Oui	26	2,9	5,1	NS	NS
	Non	881	97,1	94,9		
Multipares	Oui	26	3,6	NS	3,7	NS
	Non	703	96,4		96,3	
Antécédent de décès néonataux	n	%	% (N=495)	p	% (N=7185)	p
Toutes parités	Oui	26	2,9	NS	p<0,0001	
	Non	881	97,1			97,2
Multipares	Oui	26	3,6	NS	0,9	
	Non	703	96,4		99,1	
Antécédent d'enfants nés prématurés	n	%	% (N=490)	p	% (N=7181)	p
Toutes parités	Oui	78	10,4	NS	p<0,0001	
	Non	669	89,6			91,8
Multipares	Oui	78	13,7	NS	6,5	
	Non	491	86,3		93,5	
Antécédent d'enfants nés hypotrophes	n	%	% (N=390)	p	% (N=7171)	p
Toutes parités	Oui	76	11,7	p=0,039	p<0,0001	
	Non	575	88,3			92,0
Multipares	Oui	76	16,1	p=0,039	6,9	
	Non	397	83,9		93,1	
Antécédent de césarienne	n	%	% (N=489)	p	% (N=7224)	p
Toutes parités	Oui	120	13,3	NS	p<0,05	
	Non	785	86,7			84,1
Multipares	Oui	120	16,5	NS	19,8	
	Non	607	83,5		80,2	

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016
Champ : Recueil de données à partir du dossier médical

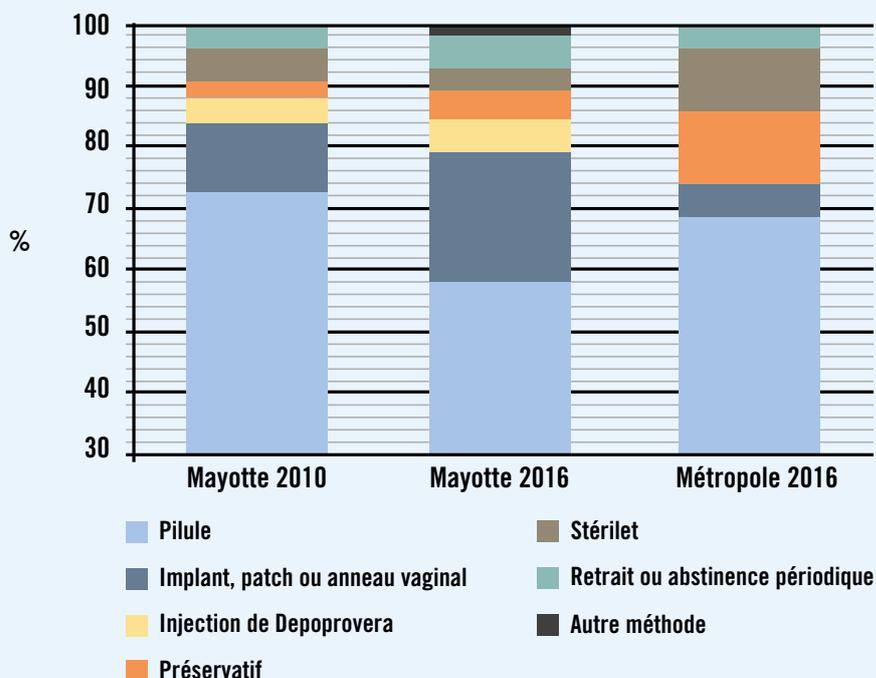
D. Maitrise de la fécondité

Contraception

Les deux tiers des femmes (66,6%) qui ont participé à l'enquête en 2016 déclarent avoir déjà utilisé une méthode contraceptive (méthodes non médicales comprises) avant d'être enceinte. Cette proportion est largement inférieure à celle observée en métropole où la quasi-totalité des femmes a déjà utilisé une méthode contraceptive (91,7%) (Tableau 20). La méthode de contraception la plus courante reste la pilule, elle a été citée comme dernière méthode contraceptive utilisée par plus de la moitié (57,6%) des femmes ayant répondu à la question, suivie par les implants, patchs ou anneaux vaginaux (21,6%) puis par les injections de Depo-provera® (5,5%). Il est à noter que depuis 2010, le recours à la pilule a diminué au profit des patchs, implants et anneaux vaginaux ; stérilets et préservatifs, cités par 22,5% des femmes métropolitaines, ne l'ont été que par 7,9% des Mahoraises.

Moins de la moitié des femmes (41,3%) a déclaré avoir arrêté leur contraception afin d'avoir un enfant (contre 78,1% en métropole). Elles sont 18,8% à être tombées enceinte sous contraception et 17,9% à avoir arrêté leur contraception car celle-ci ne convenait pas ou causait des effets secondaires (Tableau 20).

Figure 7 : Dernière méthode contraceptive utilisée



Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

Tableau 20 : Usage de moyens contraceptifs

Usage d'une contraception dans le passé	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=818)	%	%	% (N=11745)
Oui	545	66,6	68	91,7
Non	273	33,4	32	8,3
Dernière méthode utilisée	n (N=542)	%	%	% (N=10757)
Pilule	312	57,6	73	68,5
Implant, patch ou anneau vaginal	117	21,6	11	5,4
Injection de Depo-provera®	30	5,5	4	-
Préservatif	25	4,6	3	12,1
Abstinence périodique	19	3,5	3	1,2
Stérilet	18	3,3	5	10,4
Retrait	13	2,4	1	2,0
Autre méthode	8	1,48	-	0,3
Motif d'arrêt de la contraception	n (N=537)	%	%	% (N=10401)
Souhait d'avoir un enfant	222	41,3	50,3	78,1
Etait enceinte	101	18,8	8,3	9,3
Ne convenait pas/ effets indésirables	96	17,9	41,4	12,6
Autre motif	118	22,0		

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

Tableau 21 : Recours à la contraception et caractéristiques sociodémographiques

	Parturientes n'ayant jamais utilisé une méthode contraceptive		Parturientes ayant déjà utilisé une méthode contraceptive		p
	n (N=272)	%	n (N=544)	%	
Couverture sociale					
Aucune	199	39,4	306	60,6	p<0,0001
CMU ou sécurité sociale	73	23,5	238	76,5	
Age					
<20 ans	39	54,9	32	45,1	p<0,0001
20-24	88	45,6	105	54,4	
25-29	74	33,9	144	66,1	
30-34	49	26,5	136	73,5	
>35	21	14,2	127	85,8	
Revenu mensuel du ménage					
< 500€	115	32,3	241	67,7	NS p>0,05
500 - 999€	18	27,7	47	72,3	
1000 - 499€	19	25,3	56	74,7	
1500 - 1999€	17	38,6	27	61,4	
> 2000€	17	20,5	66	79,5	
Niveau d'étude					
Non scolarisée ou primaire	116	31,6	251	68,4	NS p>0,05
Niveau collège ou enseignement professionnel court	77	34,8	144	65,2	
Niveau lycée	49	36,0	87	64,0	
Niveau supérieur au baccalauréat	28	31,1	62	69,0	

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

Le fait d'avoir déjà eu recours à une méthode contraceptive (médicale ou non) est statistiquement lié à l'âge et à la couverture sociale des parturientes. Les trois quarts (76,5%) des parturientes affiliées ont déclaré avoir déjà utilisé un moyen contraceptif contre 60,6% des non affiliées. Le recours à la contraception augmente avec l'âge : moins de la moitié des moins de 20 ans ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode contraceptive contre 85,8% des plus de 35 ans. Revenu du ménage et niveau d'étude de la mère ne semblent pas influencer sur le recours à la contraception (Tableau 21).

Recours à l'IVG

La part des femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse est de 17,3%, elle était de 21,5% en 2010 mais cette diminution n'est pas significative (p=0,079) (Tableau 22). Cette information est issue de l'entretien face à face

auquel seulement 81,4% des femmes a participé. Et, 16,1% des femmes interrogées n'ont pas souhaité répondre à cette question. L'hypothèse d'une sous-déclaration du taux d'IVG à Mayotte n'est pas à écarter.

Tableau 22 : Antécédents d'IVG

Nombre d'IVG	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=690)	%	% (N=413)	% (N=11528)
0	571	82,7	78,5	83,6
1	88	12,7	16,2	12,6
2	24	3,5	4,4	3,0
3 ou plus	7	1,0	1,0	0,8

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

Traitement contre l'infertilité

Lors du recueil, 8,8% des parturientes à Mayotte déclarent avoir suivi un traitement contre l'infertilité, elles ne sont que 6,9% en métropole. Cependant plus de la moitié des femmes concernées à Mayotte

ont déclaré avoir eu recours à un remède traditionnel. En métropole, seuls les traitements médicaux conventionnels ont été pris en compte. Il est à noter qu'aucune des parturientes à Mayotte n'a bénéficié d'une fécondation in vitro (FIV)

ou d'une insémination artificielle (techniques non pratiquées dans le département mais accessibles sur l'île de La Réunion), alors que ces deux techniques ont concerné 5,9% des femmes métropolitaines (Tableau 23).

Tableau 23 : Recours à des traitements contre l'infertilité

Traitement contre l'infertilité	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=818)	%	%	% (N=13587)
Non	746	91,2	94,5	93,1
Oui	72	8,8	5,5	6,9
Dont remèdes traditionnels	37	4,5	1,2	-
Inducteurs de l'ovulation	24	2,9	1,8	2,6
FIV	0	0,0	0,2	3,3
Insémination artificielle	0	0,0	-	2,6
Autre ou ne sait pas	11	1,3	2,3	-

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

Réaction à la découverte de la grossesse

Lors de la découverte de leur grossesse, 63,4% des parturientes à Mayotte étaient heureuses qu'elle arrive maintenant et 3,4% auraient aimé qu'elle arrive plus tôt. Un tiers

d'entre elles aurait souhaité ne pas être enceinte ou aurait préféré une grossesse plus tardive (contre 15,7% en métropole). (Tableau 24).

Tableau 24 : Réaction à la découverte de la grossesse

Réaction à la découverte de la grossesse	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=817)	%	%	% (N=11718)
Était heureuse qu'elle arrive maintenant	518	63,4	62,8	72,5
Aurait souhaité qu'elle arrive plus tôt	28	3,4	4,5	11,8
Aurait souhaité qu'elle arrive plus tard	169	20,7	16,6	12,2
Aurait préféré ne pas être enceinte	102	12,5	16,0	3,5

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face





EN RÉSUMÉ...

SANTÉ AVANT LA GROSSESSE ET MAITRISE DE LA FÉCONDITÉ

Des pathologies chroniques et des antécédents obstétricaux plus fréquents qu'en métropole qui n'ont pas connu d'évolution notable depuis 2010

Les dossiers médicaux de 3,2% des parturientes à Mayotte font état d'un diabète antérieur à la grossesse, et, 4,5% d'une HTA antérieur à la grossesse. Paradoxalement, les parturientes étaient moins nombreuses (15,8% versus 23,7%) qu'en métropole à déclarer l'existence d'un antécédent familial de diabète.

Une multiparité supérieure à la métropole
La parité des mères, stable depuis 2010, demeure supérieure à celle des parturientes métropolitaines : **23,9% des parturientes ont déjà eu quatre enfants ou plus** contre 3,1% en métropole.

A l'exception près des antécédents d'enfant mort-né, les **antécédents obstétricaux** (décès néonataux, accouchements prématurés, petits poids de naissance et césariennes)

sont plus fréquents à Mayotte et ne semblent pas avoir perdu d'ampleur depuis 2010.

Une fécondité moins maîtrisée qu'en métropole

Les deux tiers des parturientes ont déclaré avoir déjà eu recours à une méthode contraceptive contre près de 92% en métropole. **Pilules, implants, patchs et anneaux vaginaux sont les moyens contraceptifs les plus fréquents.** Leur usage ne semble pas maîtrisé par une partie des femmes puisque près de 20% des femmes ayant eu recours à la contraception ont déclaré être enceinte sous contraceptif et un tiers de l'ensemble des parturientes aurait préféré ne pas être enceinte ou l'être plus tard.

Le recours à l'IVG reste stable et comparable à celui observé en métropole avec un risque de sous-déclaration..

II.3 DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE : SUIVI MÉDICAL, SANTÉ ET CONDUITES À RISQUE

A. Déclaration de grossesse

La proportion des femmes ayant déclaré leur grossesse est de 35,7% (80,5% chez les parturientes affiliées et seulement 7,7% chez les non affiliées). Cette proportion a nettement diminué depuis l'étude de 2010 où 64,5% de femmes avaient déclaré leur grossesse, agrandissant ainsi l'écart avec la métropole où 99,4% le font. Le taux de déclaration

à Mayotte est inférieur à la moyenne constatée dans l'ensemble des DROM (81,9%).

De plus, près d'un tiers des femmes ayant déclaré leur grossesse l'ont fait tardivement (i.e. après le 1^{er} trimestre, limite fixée par la réglementation) contre 7,3% en métropole et 17,8% dans l'ensemble des DROM. Près de 40% des retards de déclarations sont liés à une découverte tardive de la grossesse.

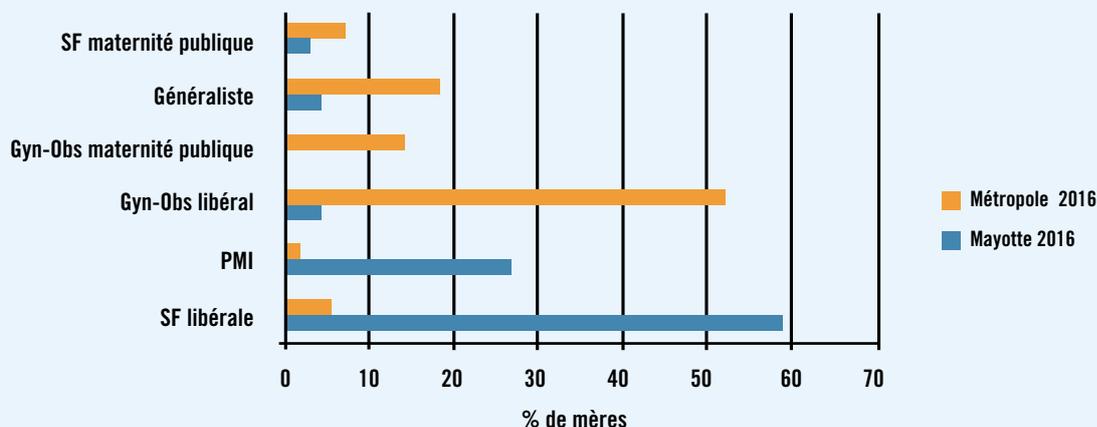
Les répartitions des professionnels consultés pour la déclaration de grossesse à Mayotte et en métropole sont très différentes : à Mayotte 85,8% des déclarations ont été réalisées auprès des sages-femmes libérales et de la PMI ; en métropole, gynécologue-obstétriciens libéraux et médecins généralistes représentent 70,6% des déclarations (Tableau 25).

Tableau 25 : Déclaration de grossesse

Déclaration de grossesse	Mayotte 2016		Mayotte 2010	DROM 2016	Métropole 2016
	n (N=803)	%	%	% (N=647)	% (N=14 075)
Oui	287	35,7	64,5	81,9	99,4
Non	516	64,3	35,5	18,1	0,6
Trimestre de déclaration	n (N=276)	%	%	% (N=527)	% (N=11 611)
Premier trimestre	179	64,9	64,7	82,2	92,7
Second trimestre	87	31,5	35,3	15,7	6,2
Troisième trimestre	10	3,6		2,1	1,1
Professionnel ayant réalisé la déclaration	n (N=274)	%	%	%	% (N= 13 639)
Sage-femme libérale	161	58,8	-	-	5,8
PMI	74	27,0	-	-	1,8
Gynécologue-Obstétricien libéral	14	5,1	-	-	52,1
Gynécologue-Obstétricien en maternité publique	1	0,3	-	-	14,1
Médecin généraliste	12	4,4	-	-	18,5
Sage-femme en maternité publique	9	3,3	-	-	7,4
Autre	3	1,1	-	-	0,3
Motif de déclaration tardive	n (N=97)	%	%	%	% (N=817)
Découverte tardive de la grossesse	38	39,2	-	-	37,8
Ne savait pas que la déclaration se faisait au 1 ^{er} trimestre	19	19,6	-	-	13,4
Délai trop long pour avoir un rendez-vous	7	7,2	-	-	5,6
Autre	33	34,0	-	-	35,5

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

Figure 8 : Professionnel consulté pour la déclaration de grossesse



Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

B. Suivi médical pendant la grossesse

Professionnels consultés pour le suivi de grossesse

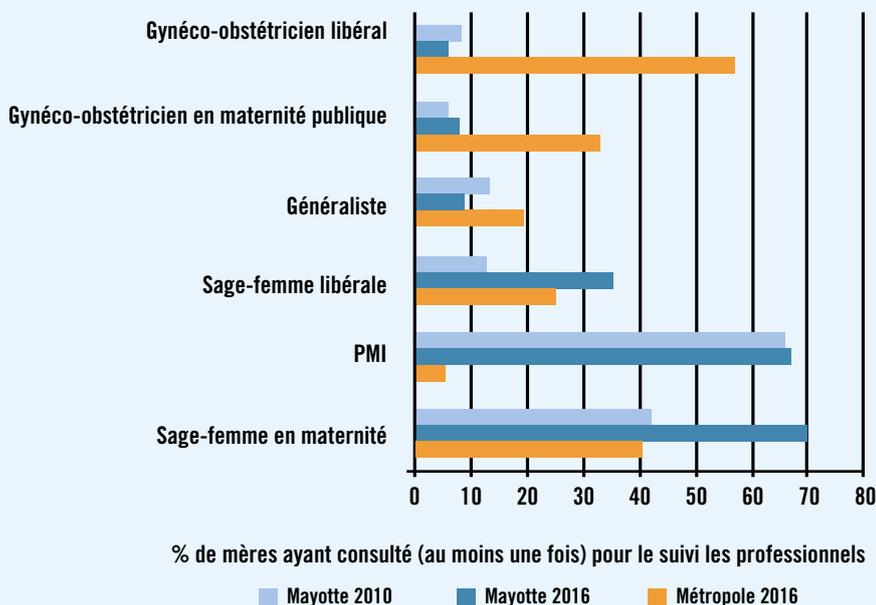
Pour leur suivi de grossesse, 69,5% des parturientes à Mayotte ont consulté une sage-femme en maternité, 66,2% la PMI, et 35,4% une sage-femme libérale.

Par rapport à 2010, les proportions de femmes ayant consulté des sages-femmes libérales et les sages-femmes en maternité ont augmenté sensiblement (respectivement +22,8% et +27,5%).

Les gynéco-obstétriciens libéraux consultés par plus de la moitié (57,0%) des métropolitaines ne l'ont été que par 6,1% des femmes à Mayotte en 2016 (Figure 9).

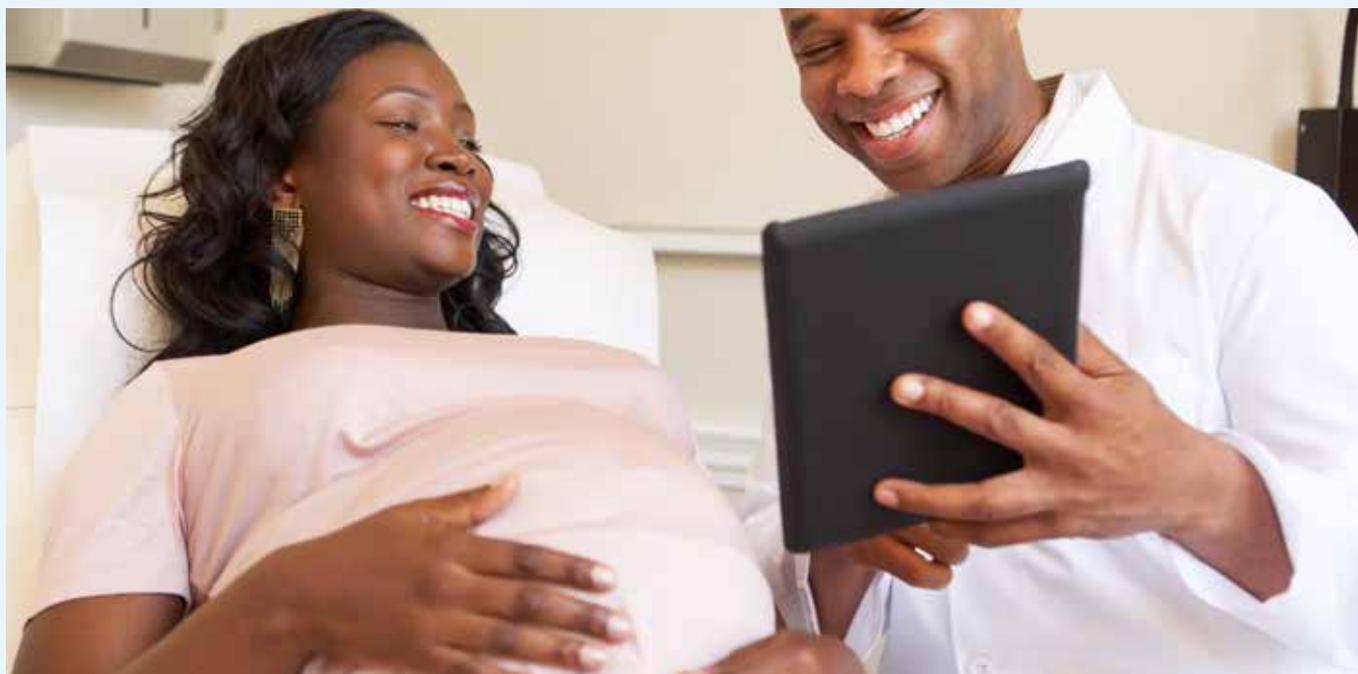
Par ailleurs, 75,6% des parturientes (contre 93,7% en métropole) ont été reçues en consultation dans la maternité où elles ont été enquêtées, et seulement 2,3% d'entre elles ont reçu la visite d'une sage-femme à domicile.

Figure 9 : Professionnels consultés pour le suivi de la grossesse



Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face





Professionnel principalement responsable du suivi pendant les 6 premiers mois

Les sages-femmes de la PMI sont les principaux acteurs du suivi de grossesse pour plus de la moitié (59,3%) des parturientes, suivies des sages-femmes libérales (26,9%), puis des sages-femmes en maternité (9,6%). Si près d'une grossesse sur 2 est suivie par un gynéco-obstétricien en métropole, ceci ne concerne que 2,2% à Mayotte (Tableau 26).

Ces différences en termes de professionnels consultés sont à mettre en relation avec la structuration de l'offre de soin en périnatalité à Mayotte (gradation des prises en charge), la démographie médicale (deux gynécologues libéraux exercent pour tout le département) et le statut d'affiliation ou non à la sécurité sociale (Cf partie III page 63).

Tableau 26 : Professionnel principalement responsable du suivi pendant les 6 premiers mois

Professionnel principal consulté pour le suivi pendant les deux 1er trimestres	Mayotte 2016		Métropole 2016
	n (N=792)	%	% (N=11 645)
PMI	470	59,3	2,3
Sage-femme libérale	213	26,9	8,5
Sage-femme en maternité	76	9,6	14,8
Gynéco-obstétricien libéral	17	2,2	49,7
Médecin généraliste	15	1,9	6,5
Gynéco-obstétricien en maternité publique	1	0,1	16,0
Plusieurs de ces professionnels	-	-	2,2

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

Les consultations réalisées

Le nombre moyen de consultations prénatales (y compris consultations en urgence) est de 6,8 +/- 3,3 en 2016 à Mayotte, il n'a pas connu de modification significative par rapport à 2010 et reste inférieur à celui observé en métropole (10+/- 3,8). Comme en 2010, la moitié des femmes n'a pas eu les 7 consultations prénatales recommandées contre 19,8% en métropole. Le recours aux consultations en urgence est également moindre : 28,3% ont consulté au moins une fois en urgence contre 58,5% en métropole (tableau 27). 6,5% des femmes ont suivi l'entretien du 4^{ème} mois ou entretien précoce contre 28,5% en métropole.

À Mayotte, ces entretiens sont très majoritairement réalisés par les sages-femmes de la PMI et les sages-femmes libérales (respectivement 46% et 40%).

Seulement 8,7% des femmes à Mayotte ont suivi au moins une séance de préparation à la naissance contre la moitié en métropole.

Concernant le nombre total d'échographies réalisées, là encore pas de différence significative par rapport à 2010 mais un écart toujours important avec la Métropole. Ainsi, près de la moitié des femmes (46,1%) a eu moins de 3 échographies contre une infime partie en métropole (1%). Dans le

questionnaire aucune distinction n'était faite entre échographie de suivi et de datation. Seul le nombre total d'échographies est connu.

Ces résultats sont à interpréter avec précaution car ils sont issus de l'entretien en face à face et non du dossier médical, l'existence de biais de mémoire ne peut être écartée. En outre, il est à noter que seulement 714 sur 821 (87%) des femmes ayant participé à l'entretien ont répondu à la question portant sur le nombre total de consultations prénatales soit 13% de non-réponse.

Tableau 27 : Consultations médicales au cours de la grossesse

Nombre de consultations prénatales (y compris urgences)	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=714)	%	%	%(N=11 610)
0	2	0,3	1	0,1
1 à 6	363	50,9	48	19,7
1 à 3	72	10,1	-	0,7
4 ou 5	172	24,1	-	2,9
6	119	16,7	-	4,2
7	113	15,8	17	11,9
8 ou 9	136	19,0	19	34,6
10 et plus	102	14,3	15	45,6
Nombre moyen de consultations	6,8 +/- 3,3		6,8	10,0 +/- 3,8
Nombre de consultation en urgence	n (N=764)	%	-	%(N=11 647)
0	548	71,7	-	41,5
1	128	16,8	-	28,2
2 et plus	88	11,5	-	30,3
Entretien du 4^{ème} mois	n (N=817)	%	%	%(N=11 735)
Oui	53	6,5	4	28,5
Non	747	91,4	-	68,5
Ne sait pas	17	2,1	-	3,0
Séance de préparation à la naissance	n (N=813)	%	%	%(N=11713)
Oui	71	8,7	5	52,6
Non	742	91,3	95	47,4
Nombre d'échographies réalisées	n (N=783)	%	%(N=468)	%(N=11 669)
0	26	3,3	1,5	0,1
1 ou 2	335	42,8	46,4	0,9
3	248	31,7	32,7	24,3
Plus de 3	174	22,2	19,4	74,7

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016 - Champ : Entretien face à face

C. Prévention, examens de diagnostic et de dépistage durant la grossesse

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

Les informations concernant la réalisation des examens de diagnostic anténatal sont issues de l'entretien en face à face et non du dossier médical. Il convient donc de les considérer avec prudence, d'autant plus que pour certains items beaucoup de femmes n'ont pas su répondre : par exemple, près de 40% des femmes ne savaient pas dire si elles avaient eu une mesure de la clarté nucale ou un dosage sérique des marqueurs de la trisomie 21. Par rapport à 2010, une plus grande proportion de femmes déclare avoir eu une mesure de la clarté nucale

(28,3% en 2016 contre 18,8% en 2010) ou un dépistage sérique de la trisomie 21 (39,8% en 2016 contre 16,4% en 2010). Ces proportions restent inférieures à celles observées en métropole où plus de 85% des femmes déclarent avoir eu ces examens.

La prise d'acide folique est l'unique mesure de lutte efficace contre les anomalies de fermeture du tube neural. Pour être efficace, la prise doit débuter minimum 4 semaines avant la conception et être poursuivie jusqu'à la 12^{ème} semaine d'aménorrhée. Alors que l'application de cette mesure préventive a fortement augmenté en métropole (en 2016, 23,2% des femmes ont commencé la prise avant la conception contre 14,8% en 2010), ce phénomène reste très marginal à Mayotte où seulement

1,1% des femmes ont débuté la prise avant la grossesse (contre 5,4% dans l'ensemble des DROM) (Tableau 28).



Tableau 28 : Prévention, examens de diagnostic et de dépistage des pathologies de l'enfant

	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=814)	%	%	% (N=11 718)
Mesure échographique de la clarté nucale				
Oui	230	28,3	18,8	87,0
Non	241	29,6	31,1	6,1
Ne sait pas	343	42,1	50,1	6,9
Dépistage sérique du risque de trisomie 21	n (N=818)	%	%	% (N=11 506)
Oui	326	39,8	16,4	88,2
Non	156	19,1	46,1	11,4
Ne sait pas	336	41,1	37,5	0,4
Geste invasif de diagnostic anténatal	n (N=806)	%	%	% (N=10 726)
Oui, amniocentèse	16	2,0	3,8	3,6
Oui, biopsie du trophoblaste	0	0,0	0,3	0,6
Non	786	97,5	66,1	93,3
Ne sait pas	4	0,5	29,8	2,5
Prise d'acide folique	n (N=813)	%	%	% (N=11 154)
Oui	80	9,8	33	-
<i>Dont avant la grossesse</i>	9	1,1	3,3	23,2
Non	654	80,4	49	-
Ne sait pas	79	9,7	18	-

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : entretien face à face

Prévention, examens de diagnostic et de dépistage des pathologies maternelles

Le dépistage du diabète, une pathologie dont la prévalence est élevée à Mayotte⁽⁸⁾, est bien connu des femmes puisque seulement 0,7% d'entre elles ne sait pas si cet examen a été réalisé. 86,2% déclarent avoir eu un dépistage au cours de la grossesse en 2016 contre 75,5% en 2010 et 73,2% en métropole en 2016 (Tableau 29).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus semble également bien connu puisque seulement 4,2% ne sait pas si cet examen a été réalisé contre 20,3% en 2010. Même si, à Mayotte comme en métropole,

une femme sur cinq déclare avoir eu un frottis cervico-utérin pendant la grossesse, des disparités apparaissent si l'on s'intéresse aux femmes déclarant ne pas avoir eu de dépistage pendant la grossesse et les 3 années précédentes : elles sont 57,2% à Mayotte contre 19,7% en métropole (Tableau 29).

Plus de 4 femmes sur 10 (42,9%) n'a pas su dire si elle avait eu un rappel vaccinal contenant la valence coqueluche au cours des 10 dernières années et seulement, 5% a déclaré être à jour et 1,3% a dit avoir reçu la recommandation de se faire vacciner (Tableau 29).



Tableau 29 : Prévention et examen de dépistage des pathologies maternelles (informations issues de l'entretien face à face)

	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=817)	%	%	% (N=11 738)
Dépistage du diabète gestationnel				
Oui	704	86,2	75,5	73,2
Non	107	13,1	19,4	25,9
Ne sait pas	6	0,73	5,1	0,9
Dépistage du cancer du col de l'utérus	n	%		% (N=11 656)
Oui, pendant la grossesse	174	21,3		23,1
Oui, dans les 3 ans précédant	142	17,4		47,0
Non	467	57,2		19,7
Ne sait pas	34	4,2	20,3	10,2
Rappel vaccinal coqueluche dans les 10 ans précédant la grossesse	n (N=814)	%		% (N=11 707)
Oui	41	5,0	-	37,0
Non	424	52,1	-	35,0
Ne sais pas	349	42,9	-	28,0

A partir du dossier médical, les informations concernant la réalisation et le résultat des dépistages obligatoires de 4 maladies infectieuses (rubéole, VIH, hépatite B et toxoplasmose) ont été recueillis :

- en fin de grossesse, le statut des parturientes vis-à-vis de ces maladies était inconnu pour seulement 2,2% (toxoplasmose) à 3,4% (hépatite B) d'entre elles

- 0,7% des mères étaient séropositives (VIH), et 2,3% porteuses de l'antigène HBs.

- la proportion de mères immunisées contre la rubéole ou la toxoplasmose n'a pas varié significativement depuis 2010 : en 2016, 89,6% des mères sont immunisées contre la rubéole et 75,2% contre la toxoplasmose ;

- d'après les dossiers médicaux, moins de la moitié (28 sur 74) des

femmes non immunisées contre la rubéole ont été vaccinées en suite de couche.

- alors que la moitié des mères ont déclaré ne pas être à jour du vaccin contre la coqueluche (Tableau 29), aucun dossier médical ne mentionne la réalisation d'un rappel en suite de couche (Tableau 30).



Tableau 30 : Prévention et examen de dépistage des pathologies maternelles

Statut sérologique vis-à-vis de la rubéole	Mayotte 2016			Mayotte 2010
	n (N=909)	%	IC 95%	%
Séronégative	74	8,1	6,4-9,9	-
Séropositive (immunisée)	814	89,6	87,6-91,5	92
Examen non fait	3	0,3	0,0-0,7	-
Statut inconnu	18	2,0	1,1-2,9	-
Dépistage VIH au cours de la grossesse	n (N=909)	%	IC 95%	-
Test négatif	881	96,9	95,8-98,0	
Test positif	4	0,4	0,0-0,9	
Test non fait car femme déjà connue comme séropositive pour le VIH avant la grossesse	2	0,2	0,0-0,5	
Test non fait pour une autre raison	7	0,8	0,2-1,3	
Pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test	15	1,7	0,8-2,5	
Recherche de l'antigène HBs au cours de la grossesse	n (N=909)	%	IC 95%	-
Test négatif	859	94,5	93,0-96,0	
Test positif	20	2,2	1,2-3,2	
Test non fait car portage de l'Ag HBs connu avant la grossesse	1	0,1	0,0-0,3	
Test non fait pour une autre raison	5	0,6	0,1-1,0	
Pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test	24	2,6	1,6-3,7	
Statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose	n (N=908)	%	IC 95%	-
Séronégative	198	21,8	19,1-24,5	-
Séropositive	683	75,2	72,4-78,0	76,2
Séroconversion au cours de la grossesse	7	0,8	0,2-1,3	
Statut inconnu	20	2,2	1,2-3,2	-
Vaccination contre la coqueluche en suite de couche	n (N=881)	%	IC 95%	-
Oui	0	0,0	0,0-0,0	
Non	707	80,2	77,6-82,9	
Inconnu	174	19,8	17,1-22,4	

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Collecte de données dans le dossier médical

[8] Institut National de Veille Sanitaire (INVS), « Étude Maydia 2008 – Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte » 2008. [En ligne]. Available: http://opac.santepubliquefrance.fr/doc_num.php?explnum_id=572. [Accès le 04 Novembre 2016].

D. Hospitalisation et complications pendant la grossesse

La mention de certaines complications (HTA, diabète gestationnel, suspicion d'anomalie du poids fœtal et placenta prævia) a été recherchée dans les dossiers médicaux des mères. Pour l'ensemble de ces complications, aucune différence significative n'est à noter entre les parturientes à Mayotte et en métropole en 2016. Ainsi, il est fait mention d'une HTA durant la grossesse dans 5,9% des

cas, d'un diabète gestationnel dans 9,8% (ce taux dépasse les 25% pour les mères de plus de 35 ans), d'une suspicion d'anomalie du poids fœtal dans 8,3% et d'un placenta prævia dans 1,1%.

Cependant, la part des mères à Mayotte bénéficiant d'un suivi médical adéquat étant inférieure à celle des Métropolitaines, un biais lié à du sous-diagnostic n'est pas à exclure. Ainsi, il est seulement possible d'affirmer que ces 4 complications ont des prévalences à Mayotte au moins égales à celles observées en métropole.

Par rapport à 2010, la prévalence

du diabète gestationnel semble avoir connu une augmentation significative mais cela ne reflète pas forcément une réalité épidémiologique, la définition de cette pathologie ayant changé dans l'intervalle (le seuil de glycémie à jeun a été abaissé à 0,92 g/L, suite aux nouvelles recommandations de la Société Francophone du Diabète (SFD) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) issues d'un consensus internationale à partir de 2010 ^[9]).

Tableau 31 : Complications pendant la grossesse

	Mayotte 2016			Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=901)	%	IC 95%	%(N=500)	%(N=12 477)
HTA durant la grossesse					
Oui, avec protéinurie	20	2,2	1,3-3,2	5,0	2,0
Oui, sans protéinurie	33	3,7	2,4-4,9		2,3
Non	848	94,1	92,6-95,7	95,0	95,7
Diabète gestationnel	n (N=875)	%	IC 95%	%(N=499)	%(N=12 492)
Oui, traité par insuline	21	2,4	1,4-3,4	1,6	3,2
Oui, traité par régime	61	7,0	5,2-8,7	2,2	7,2
Oui mais traitement inconnu	4	0,5	0,2-0,9	-	0,4
Non	789	90,2	88,2-92,1	96,2	89,2
Suspicion d'anomalie du poids fœtal	n (N=898)	%	IC 95%	%(N=497)	%(N=12 678)
Oui, RCIU, hypotrophie, PAG	37	4,1	2,8-5,4	2,6	5,4
Oui, macrosomie	38	4,2	2,9-5,5	4,6	4,9
Non	823	91,7	89,8-93,4	92,8	89,7
Placenta prævia	n (N=869)	%	IC 95%	%	%(N=12 463)
Oui, sans hémorragie	8	0,9	0,3-1,6	-	0,7
Oui, avec hémorragie	2	0,2	0,0-0,5	0,6	0,4
Non	859	98,9	98,1-99,6	-	98,9

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Collecte de données dans le dossier médical

[9] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens et Société Francophone du Diabète, «Le diabète gestationnel- texte des recommandations » Vols. %1 sur %239 S338-S342, 2010.

15,3% des parturientes à Mayotte ont déclaré avoir été hospitalisées pendant leur grossesse, elles sont 18,1% en métropole ($p=0,04$). La durée moyenne de séjour déclarée est de 5,9 jours à Mayotte comme en métropole. En 2016, la durée d'hospitalisation médiane est de 4 jours, elle était proche de 2 en 2010. D'après les dossiers médicaux, 17,6% des mères hospitalisées l'ont

été pour de l'HTA et 38,6% pour menace d'accouchement prématuré (Tableau 32).

Les transferts in utero entre maternités sont dix fois plus fréquents à Mayotte (16,9% des mères) qu'en métropole (1,7% des mères). Toutefois, ils sont significativement moins fréquents qu'en 2010, où un quart des mères était concerné.

Ils se font en général d'une des 4 maternités périphériques vers la maternité centrale de Mamoudzou, seul site disposant de gynécologue-obstétriciens, d'un bloc opératoire, et d'un service de néonatalogie-pédiatrie.

Tableau 32 : Hospitalisations pendant la grossesse et transfert in utero

Hospitalisation au cours de la grossesse	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016	
	n (N=817)	%	%	% (N=11 734)	p
Non	692	84,7	83	81,9	p<0,05
Oui	125	15,3	17	18,1	
Dont HTA	22	2,7		2,3	
MAP	48	5,9		5,8	
Transfert in utero depuis une autre maternité	n (N=904)	%	%	% (N=12 105)	P
Oui	153	16,9	25	1,7	p<0,0001
Non	751	83,1	75	98,3	

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : Dossier médical sauf 1 provient de l'entretien

E. Comportements à risque pendant la grossesse

Les comportements addictifs à risque pendant la grossesse restent très marginaux à Mayotte. Après avoir eu connaissance de leur

grossesse, seulement 1,0% des parturientes à Mayotte (8 femmes) ont consommé de l'alcool. Elles étaient également une minorité (5%) à en consommer (même exceptionnellement) avant. De même, seulement 1,7% fumaient

au 3^{ème} trimestre contre 16,6% en métropole, et 0,2% (2 mères) ont déclaré avoir consommé du cannabis pendant la grossesse (Tableau 33).

Tableau 33 : Comportements à risque pendant la grossesse

Consommation d'alcool après avoir eu connaissance de la grossesse (1)	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=812)	%	-	-
Non	804	99,0		
Oui	8	1,0		
1 fois par mois ou moins	5	0,6		
Plus d'une fois par mois	3	0,4		
Nombre moyen de cigarettes fumées par jour pendant le troisième trimestre (2)	n (N=801)	%	%(N=489)	%(N=11 699)
Aucune	787	98,2	98,6	83,4
1 à 9	12	1,5	1,4	12,3
Plus de 9	2	0,2	0,0	4,3
Consommation de cannabis pendant la grossesse (1)	n (N= 811)	%	-	%(N=11 571)
Non	809	99,8		97,9
Oui	2	0,2		2,1

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - Champ : (1) auto-questionnaire, (2) entretien face à face



EN RÉSUMÉ...

SUIVI MÉDICAL ET SANTÉ PENDANT LA GROSSESSE

Un suivi prénatal qui demeure insuffisant

Du fait de la structuration de l'offre de soin et de la faiblesse de la démographie médicale en spécialistes en obstétrique, les **sages-femmes sont les acteurs principaux** du suivi de grossesse à Mayotte. En effet, les parturientes les ont désignées comme professionnel principal du suivi de leur grossesse pendant les deux premiers trimestres : près de 60% les sages-femmes de la PMI et, 26,9% les sages-femmes libérales. Malgré leur implication, le suivi des femmes enceintes reste insuffisant, le nombre déclaré de consultations prénatales et d'échographies n'a pas augmenté depuis 2010 et reste bien en deçà des recommandations : **51,2% déclarent avoir eu moins de 7 consultations prénatales** et 46,1% moins de 3 échographies.

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

Beaucoup de mères n'ont pas su indiquer si les différents tests anténataux avaient été réalisés (taux de non réponse dépassant les 40% pour certains items). De ce fait, les taux de réalisation de ces examens ne peuvent pas être estimés avec précision mais ils sont vraisemblablement plus faibles que ceux constatés en métropole. A titre d'exemple, **seulement 28,3% des mères ont déclaré avoir eu une mesure de la clarté nucale** contre 87,0% en métropole.

Les dépistages obligatoires ou fortement recommandés (rubéole, toxoplasmose, hépatite B, VIH) réalisés pour une large majorité des femmes mais la prévalence de ces pathologies infectieuses reste préoccupante

Les dépistages sont globalement bien réalisés, puisqu'en fin de grossesse, le

statut des parturientes vis-à-vis de ces maladies était inconnu pour seulement 2,2% (toxoplasmose) à 3,4% (hépatite B) d'entre elles.

89,6% des parturientes étaient immunisées contre la rubéole et 75,2% contre la toxoplasmose. 0,7% des mères étaient séropositives (VIH), et 2,3% porteuses de l'antigène HBs de l'hépatite B.

Des complications apparemment pas plus fréquentes qu'en métropole mais un biais de sous-diagnostic qui ne peut être écarté

Les dossiers médicaux de 5,9% des mères faisaient mention d'une HTA pendant la grossesse, 9,8% d'un diabète gestationnel, 8,3% d'une suspicion d'anomalie du poids fœtale et 1,1% d'un placenta prævia. Étant donné le suivi médical insuffisant de certaines mères, il est possible que les prévalences réelles de ces complications soient plus élevées.

15,3% des parturientes à Mayotte ont déclaré avoir été hospitalisées pendant leur grossesse, plus d'un tiers d'entre elles pour une menace d'accouchement prématuré.

Rareté des comportements à risque

Les comportements à risque restent très marginaux à Mayotte, seulement 1% des parturientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool après avoir eu connaissance de leur grossesse et 1,7% fumaient pendant le troisième trimestre.

II.4 TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

8,4% des accouchements recensés pendant l'étude ont eu lieu en dehors d'une maternité. Certaines informations quant au déroulement de l'accouchement sont donc manquantes pour les mères concernées et certains actes n'ont pu être réalisés. Ce dernier point, en faisant baisser artificiellement le taux de recours à certains actes peut biaiser la comparaison avec la métropole où les accouchements

hors maternité sont bien moins fréquents (inférieurs à 0,5% en 2016^[10]). Ainsi, il a été décidé de présenter la prévalence de certains actes rapportée au nombre de femmes ayant accouché en maternité uniquement.



A. Déroulement du travail

La quasi-totalité des nouveau-nés (96,1%) se sont présentés en position céphalique.

Une différence significative ($p < 0,001$) peut être notée avec la métropole quant au mode de début de travail. En effet, à Mayotte les débuts de travail spontanés sont plus fréquents (82,4% contre 68,6% en métropole). Les césariennes avant

travail n'ont concerné que 5,2% des parturientes à Mayotte contre 9,4% des parturientes en métropole. 14,1% des parturientes ont subi un déclenchement du travail, et dans les 2 tiers des cas la méthode initiale employée était l'administration d'ocytocine alors qu'en métropole la maturation cervicale est prédominante (61,9%).

L'administration d'ocytocine pendant le travail est moins fréquente qu'en

métropole (22,1% contre 52,5%) et il est à noter que cette pratique a été observée très majoritairement à la maternité de Mamoudzou (97,1%) où elle a concerné 31,1% des femmes ayant eu une tentative d'accouchement par voie basse.

Tableau 34 : Déroulement du travail

Présentation fœtale (1)	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=1018)	%	% (N=500)	% (N=13 128)
Céphalique	978	96,1	95,9	94,8
Siège	32	3,1	4,1	4,6
Autre	8	0,8	0,0	0,6
Mode de début de travail (2)	n (N=992)	%	%	% (N=12 936)
Travail spontané	817	82,4	78,3	68,6
Déclenchement	123	12,4	14,1	22,0
Césarienne avant travail	52	5,2	7,6	9,4
Si déclenchement, méthode initiale	n (N=108)	%		% (N=2 772)
Ocytocine seule	71	65,7		38,1
Maturation cervicale	37	34,3		61,9
Rupture de la poche des eaux (2,3)	n (N=768)	%	-	% (N=11 123)
Artificielle	248	32,3		43,7
Spontanée	520	67,7		56,3
Avant travail	156	20,3		
Pendant travail	364	47,4		
Ocytocine durant le travail (2,3)	n (N=779) (4)	%	-	% (N=11 233)
Oui	172	22,1		52,5
Non	607	77,9		47,5

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

(1) Rapporté au nombre de naissances - (2) Rapporté au nombre de femmes - (3) Parmi les tentatives de voie basse - (4) Rapporté aux accouchements en maternité

Champ : Questionnaire minimal: présentation et mode de début de travail

Dossier médical : méthode de déclenchement, rupture poche des eaux, ocytocine pendant le travail

[10] Scansanté, « Indicateurs de la santé périnatale » [En ligne]. Available: http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale/?submit?snatnav=&annee=2016&mater=n1&type_ind=accn&ind=synt&type_zone=nat&zone=nat&mbout=dummy&excel=non.

B. Accouchement

8,4% des mères ont accouché hors maternité. Ce taux dépasse les 15% pour les mères domiciliées dans 3 communes : Chirongui (8/37 soit 21,6%), Dzaoudzi (10/52 soit 19,2%) et Ouangani (5/26 soit 19,2%).

La voie basse non instrumentale reste très majoritaire à Mayotte (79,3% des naissances). Le taux de césarienne n'a pas connu de variation significative depuis 2010 ($p=0,17$), il est de 17,6% en 2016

(légèrement inférieur à celui observé en métropole).

Le taux de voie basse instrumentale reste stable autour des 3%, il est bien inférieur à celui de la métropole (12,2%). Ce mode d'accouchement n'a été observé que dans 2 établissements, les maternités de Mamoudzou et de Dzaoudzi. La ventouse est l'instrument le plus fréquemment utilisé (21 sur 25).

D'après les déclarations des mères, 83,1% des enfants nés en maternité ont été mis au monde par une sage-femme contre 58,6% en métropole. Les gynécologues-obstétriciens,

présents seulement dans la maternité centrale, mettent au monde 8,9% des nouveau-nés mahorais contre 41,3% des Métropolitains.

Le taux d'épisiotomie (si accouchement par voie basse) est très largement inférieur à Mayotte (2,2%) qu'en métropole (20,1%). Même en considérant seulement les primipares, cet écart est conservé (8,5% à Mayotte contre 34,9% en métropole). La quasi-totalité des épisiotomies (14 sur 15) a été réalisée à la maternité centrale ou à la maternité de Dzaoudzi.

Tableau 35 : Modalités d'accouchement

Mode d'accouchement (1)	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=1020)	%	%	%(N=13 164)
Voie basse non instrumentale	809	79,3	76,8	67,4
Voie basse instrumentale	32	3,1	2,8	12,2
Césarienne	179	17,6	20,4	20,4
Avant travail	52	5,1	-	-
Pendant travail	127	12,4	-	-
Instruments si voie basse instrumentale (1)	n (N=25)	%	-	%(N=1 561)
Forceps	2	8,0		27,6
Spatules	2	8,0		22,6
Ventouse	21	84,0		49,8
Professionnel ayant réalisé l'accouchement (1)	n (N=632) (3)	% (3)	%	%(N=12 428)
Gynécologue-obstétricien	56	8,9	23,1	41,3
Sage-femme	525	83,1	68,6	58,6
Autre	10	1,6	8,3	0,1
Ne sait pas	41	6,5	-	-
Episiotomie si accouchement par voie basse (2)	n (3)	% (3)	-	%
Ensemble des femmes	(N=671)			(N=9 982)
Oui	15	2,2		20,1
Non	656	97,8		79,9
Primipares	(N=118)			(N=4 083)
Oui	10	8,5		34,9
Non	108	91,5		65,1
Multipares	(N=551)			(N=5899)
Oui	5	0,9		9,8
Non	546	99,1		90,2

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

Champs : Questionnaire minimal: Mode d'accouchement

Dossier médical : Instruments voie basse, type de césarienne

Entretien face à face : professionnel ayant réalisé l'accouchement

(1) Rapporté au nombre de naissances, (2) Rapporté au nombre de mères, (3) Rapporté au nombre de naissances en maternité

Le taux de césarienne des primipares est de 32% à Mayotte, il n'est pas significativement différent de celui observé en métropole (p=0,1). Celui des multipares est de 14,5% et il a atteint 46,8% pour les femmes présentant un antécédent de césarienne (Tableau 36).

Tableau 36 : Taux de césarienne selon les antécédents

Taux de césarienne (1)	Mayotte 2016	Mayotte 2010	Métropole 2016	
	%	%	%	p
Ensemble des naissances	17,5 (N=1025)	20,0 (N=491)	20,2 (N=12 752)	<0,05
Multipares	14,9 (N=790)	19,4 (N=380)	18,0 (N=7334)	<0,05
Sans antécédents de césarienne	7,7	12,5	7,8	
Avec antécédent de césarienne	49,2	46,8	59,0	
Primipares	26,1 (N=230)	21,6 (N=111)	23,4 (N=5418)	NS

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016 - (1) Rapporté au nombre de naissances

C. Analgésie et anesthésie

Pendant le travail, la très grande majorité (87,6%) des parturientes à Mayotte n'a bénéficié d'aucune analgésie médicamenteuse contre 17,3% en métropole (seulement 11,6% des Mahoraises ont bénéficié d'une analgésie péridurale contre 81,4% des métropolitaines).

Le mode d'anesthésie lors des extractions instrumentales n'est quasiment jamais renseigné (29 sur 31). Ainsi, il est délicat de comparer avec la métropole les taux des différents modes analgésiques lors de l'expulsion si voie basse instrumentale ou césarienne. La moitié (54,2%) des parturientes à Mayotte ayant eu une césarienne ont

eu une rachianesthésie, et un quart (25,5%) ont eu une péridurale.

Il est à noter que par faute de médecin dans les maternités périphériques, le recours à l'analgésie médicamenteuse (hors gaz) est disponible uniquement sur le site de Mamoudzou.

Tableau 37 : Analgésie et anesthésie

Analgésie durant le travail (1)	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=774) (2)	%	-	% (N=11 153)
Aucune	672	87,6		17,3
Péridurale	89	11,6		81,4
Rachianalgésie	2	0,3		0,4
Péri-rachi combinée	0	0,0		0,8
Analgésie parentérale	1	0,1		0,1
Autre	10	1,3		-
Analgésie ou anesthésie lors de l'expulsion si césarienne ou extraction instrumentale	n (N=211)	%	-	% (N=3 992)
Aucune	2	1,0		1,4
Péridurale	39	19,0		60,5
Rachianesthésie	83	40,5		32,7
Péri-rachi combinée	2	1,0		1,4
Anesthésie générale	29	14,1		3,6
Autre	0	0,0		0,4
Non précisé	50	24,4		-
Analgésie ou anesthésie (sans précision)			%	
Aucune			69,9	
Péridurale			5,5	
Rachianalgésie			17,6	
Péri-rachi combinée			1,5	
Anesthésie générale			1,5	
Autre			5,5	

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

Champ : Dossier médical

(1) Si tentative de voie basse

(2) Parmi les accouchements en maternité



Tableau 38 : Demande des femmes et satisfaction vis-à-vis de la gestion de la douleur

Souhait d'une analgésie péridurale avant l'accouchement	Mayotte 2016		Métropole 2016
	n (N=779)	%	% (N=10 509)(1)
Oui, absolument	100	12,8	64,3
Oui, peut être	41	5,3	21,1
Non	638	81,9	14,6
Satisfaction de la méthode reçue pour gérer la douleur	n (N=691) (2)	%	% (N=10 270)(1)
Très satisfaisant	387	56,0	61,3
Plutôt satisfaisant	233	33,7	27,0
Peu satisfaisant	38	5,5	7,7
Pas du tout satisfaisant	33	4,8	4,0

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

Champ : Entretien face à face

(1) Si tentative de voie basse

(2) Si accouchement en maternité

Avant leur accouchement, les parturientes à Mayotte étaient moins nombreuses qu'en métropole à souhaiter une analgésie péridurale (18,1% contre 85,4%).

Près de 90% ont déclaré être très satisfaites ou plutôt satisfaites par la méthode reçue pour gérer la douleur. Cependant, en considérant uniquement les femmes qui souhaitaient absolument avoir une péridurale, elles sont 26,4% à se considérer peu ou pas du tout satisfaites. La moitié (45 sur 92) des femmes qui désiraient absolument une péridurale et qui ont eu une tentative de voie basse n'a eu aucune anesthésie médicamenteuse.

Ainsi, les femmes désirant une analgésie péridurale sont bien moins nombreuses à Mayotte qu'en Métropole, et pourtant, seulement la moitié d'entre elles voient leur demande satisfaite. Ce constat s'explique par le nombre insuffisant de médecins (anesthésistes et gynéco-obstétriciens) présents uniquement à la maternité centrale.

D. Complications de l'accouchement et prise en charge de la mère

D'après les informations relevées dans les dossiers médicaux, la prévalence des déchirures périnéales et des hémorragies sévères du post partum est plus basse à Mayotte qu'en Métropole.

Moins d'un tiers des parturientes à Mayotte (29,3%) accouchant par

voie basse ont subi une déchirure périnéale contre la moitié des Métropolitaines (52,1%). Ainsi, en considérant également les épisiotomies, 31% des femmes accouchant par voie basse présente une lésion périnéale. La prévalence des déchirures périnéales étant plus importantes chez les primipares, la comparaison avec la Métropole peut être en partie biaisée. Le taux de déchirure du 1^{er} degré atteint 54,8% chez les primipares à Mayotte et

celui des déchirures sévères 3,2%. La prévalence des hémorragies sévères du post partum est également sensiblement inférieure à Mayotte (0,5%) qu'en Métropole (1,8%). L'état de santé de 13 mères (1,4%) après l'accouchement a motivé leur hospitalisation dans un service spécifique. Rappelons qu'en plus de ces 13 femmes, 2 mères n'avaient pas souhaité ou pu participer à l'étude pour des raisons médicales.

Tableau 39 : Complications maternelles de l'accouchement

Déchirure périnéale si voie basse	Mayotte 2016			Métropole 2016	
	n (N=753)	%	IC 95%	% (N=9 835)	p
Oui, 1er degré ou simple	217	28,8	25,-32,0	51,3	p<0,001
Oui périnée complet	4	0,5	0,0-1,0	0,8	
Non	532	70,7	67,4-73,9	47,9	
Lésions du périnée (épisiotomie ou déchirure) si voie basse	n (N=751)	%	IC 95%	-	
Oui	233	31,0	27,7-34,3		
Non	518	69,0	65,7-72,3		
Hémorragie sévère du post partum*	n (N=890)	%	IC 95%	% (N=12 270)	p
Oui	4	0,5	0,0-0,9	1,8	p<0,005
Non	886	99,5	99,1-100,0	98,2	
Hospitalisation particulière ou transfert de la mère	n (N=890)	%	IC 95%	-	% (N=12 105)
En réanimation ou en soins intensifs	3	0,3	0,0-0,7		
Dans un autre service pour raison médicale maternelle	10	1,1	0,4-1,8		
Pour accompagner l'enfant	2	0,2	0,0-0,5		
En centre périnatal de proximité	3	0,3	0,0-0,7		
Non	872	98,0	97,0-98,9		

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

Champ : dossier médical

* Au moins un des critères suivants: Pertes sanguines ≥ 1000mL, embolisation, chirurgie (ligature vasculaire, suture utérine compressive, hystérectomie), transfusion de concentrés globulaires

“ EN RÉSUMÉ...

DÉROULEMENT DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

8,4% des accouchements hors maternité

Césariennes, déclenchements du travail, extractions instrumentales et épisiotomies moins fréquents qu'en Métropole

Le travail a été déclenché chez seulement 12,4% des parturientes et dans le deux tiers des cas via une l'injection d'ocytociques. **Le taux de césarienne n'a pas varié depuis 2010. Il est, en 2016, de 17,6%** pour l'ensemble des parturientes et de **32,0% chez les primipares**. La voie basse instrumentale, avec un taux de 3,1%, est 4 fois moins fréquente qu'en Métropole. Les épisiotomies ont concerné seulement 2,2% des accouchements par voie basse. Ce faible interventionnisme médical peut être expliqué par la parité plus importante des femmes et le fait que la très grande majorité des accouchements (83,1%) est réalisée par des sages-femmes (pas de gynécologues-obstétriciens dans les maternités périphériques).

Analgésie péridurale largement moins demandée et pratiquée qu'en Métropole

La prise en charge médicale de la douleur est bien moins répandue qu'en Métropole.

Par exemple, la très grande majorité des parturientes (**87,6%**) **n'a bénéficié d'aucune analgésie pendant le travail** contre 17,3% en métropole. Deux faits contribuent à ce constat : la faible accessibilité à ces pratiques (anesthésistes présents uniquement sur le site de Mamoudzou et en nombre insuffisant) et une demande plus faible des parturientes. Seulement **12,8% des parturientes souhaitaient une analgésie péridurale** avant leur accouchement.

Des complications de l'accouchement moins fréquentes

Hémorragies du post partum (0,5%) et déchirures périnéale (29,3%) sont moins fréquemment rapportées qu'en Métropole.

II.5 LES NOUVEAU-NÉS ET LEUR PRISE EN CHARGE

A. Etat de santé de l'enfant à la naissance

Au cours de l'enquête, il est né 10 enfants sans vie, 1 suite à une IMG et 9 suite à une MFIU. D'où un taux de mortinatalité pour cette enquête de 1% (IC=0,4%-1,6%) pas significativement différent de celui observé en Métropole.

L'existence d'anomalie congénitale a été mentionnée dans les dossiers médicaux de 32 enfants soit 4,7% des questionnaires où cette question

était complétée. Il convient de rester prudent quant à l'interprétation de ce taux : le formulaire ne comportait pas de liste exhaustive de malformations à inclure et le taux de non-réponse à cette question est particulièrement élevé (26,4%).

La proportion d'enfants ayant un score apgar à 5 minutes inférieur à 9 est de 7,7% à Mayotte, elle est sensiblement supérieure à la proportion observée en Métropole (4,4%, $p < 0,001$), mais il s'agit là d'une mesure très 'opérateur dépendant'.

Le pH au cordon a été renseigné dans les dossiers médicaux d'un nombre limité de nouveau-nés (134 sur 927 soit 14,4%) contre 86,7% (11 074 sur 12 765) en métropole. Ce test a été pratiqué uniquement à la maternité de Mamoudzou, et, il est possible qu'il soit préférentiellement réservé aux nouveau-nés en mauvaise santé ; ainsi, il n'est pas possible de comparer les résultats obtenus avec ceux de la métropole (Tableau 40).

Tableau 40 : Santé des nouveau-nés à la naissance

Etat du nouveau-né à la naissance	Mayotte 2016		Métropole 2016
	n (N=1025)	%	% (N=13 369)
Vivant	1015	99,0	99,0
Mort-né	9	0,9	0,6
IMG	1	0,1	0,4
Anomalie congénitale (1)	n (N=682)	%	
Oui	32	4,7	
Non	650	95,3	
Apgar à 5 minutes (1)	n (N=959)	%	% (N=13 143)
<5	10	1,0	0,4
5-6	9	0,9	0,8
7-8	55	5,7	3,2
9-10	885	92,3	95,6
pH au cordon	n (N=134)	%	% (N=11 074)
<7,00	6	4,5	0,6
7 à 7,15	18	13,4	8,9
>7,15	110	82,1	90,5

-Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

(1) Parmi naissances vivantes uniquement

Champ : - Questionnaire minimal: Etat à la naissance, apgar à 5 minutes

- Dossier médical : Anomalie congénitale, pH au cordon



B. Sexe, taille, poids à la naissance et âge gestationnel

Comme en Métropole, il est né à Mayotte en 2016 un peu plus de garçons que de filles (53% contre 47%). En 2010, le phénomène inverse avait été observé puisque 51,2% des enfants nés étaient des filles.

La taille moyenne des nouveau-nés est de 49,2cm en 2016, elle reste stable par rapport à 2010 (49,3 cm). La répartition des enfants par classe de taille à Mayotte n'est pas sensiblement différente de celle observée en Métropole ($p=0,06$) (Tableau 41).

Le taux de naissances prématurés (ie âge gestationnel < 37 semaines d'aménorrhée) est de 12,5% des

naissances totales ou 11,8% des naissances vivantes. Ce taux n'a pas connu de différence significative par rapport à 2010 ($p>0,05$) et reste supérieur à celui observé en Métropole (7,5% des naissances vivantes). Un enfant né vivant sur cinq (22%) est né à 40 semaines d'aménorrhée ou plus, ils sont près du double en Métropole (42,8%) (Figure 10).

Tableau 41 : Sexe, taille, prématurité et petits poids de naissance

Sexe	Mayotte 2016		Mayotte 2010		Métropole 2016		DROM 2016	
	n (N=920)	%	%		% (N=12 748)		-	
Féminin	432	47,0	51,2		48,0			
Masculin	488	53,0	48,8		52,0			
Taille en cm	n (N=867) (1)	%			% (N=12 081) (1)	p	-	
Moyenne	49,2+/-2,1		49,3		49,3+/- 2,4	p>0,05		
<= 47	169	19,5	-		19,7			
48-49	283	32,6	-		30,6			
50-51	315	36,3	-		34,9			
>=52	100	11,5	-		14,8			
Prématurité (AG<37 SA)	n	%	%	p	% (N=13 155)	p	% (N=724) (1)	p
Oui	118/998 (1) 126/1008 (2)	11,8 (1) 12,5 (2)	13,2 (2)	NS	7,5 (1) 8,3 (2)	p<0,001	11,7	NS
Petits poids de naissance (<2 500g)	n	%	%	p	% (N=13 158)	p	% (N=725) (1)	p
Oui	135/1010 (1) 142/1019 (2)	13,4 (1) 13,9 (2)	16,3 (2)	NS	7,5 (1) 8,2 (2)	p<0,001	12,5	NS

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

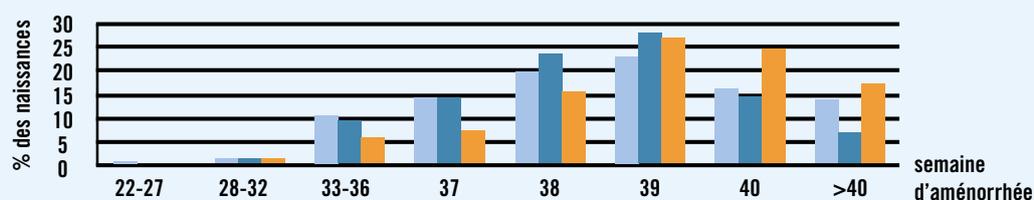
Champ : - Dossier médical: Taille, sexe

- Questionnaire minimal: Prématurité, petits poids

(1) Naissances vivantes uniquement

(2) Toutes les naissances

Figure 10 : Âge gestationnel



Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

Champ : Questionnaire minimal

(1) Naissances vivantes uniquement, (2) Toutes les naissances

Le taux de petits poids de naissance n'a pas varié significativement depuis 2010 ($p=0,2$) et, est de 13,4% des naissances vivantes ou 13,9% des naissances totales. En Métropole, le taux de petits poids n'est que de 7,5% des naissances vivantes (Tableau 41).

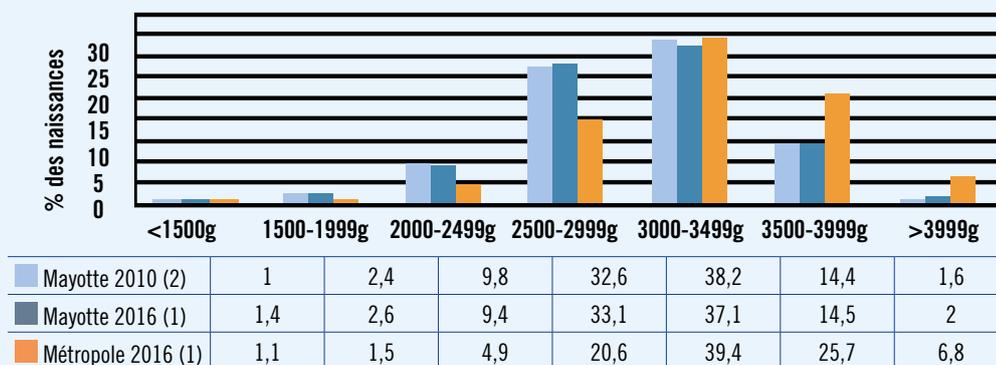
Les nouveau-nés de 3 500 g ou plus représentent 16,5% des enfants nés à Mayotte contre près d'un tiers des

Métropolitains (32,5%) (Figure 11). La moitié des enfants nés à terme (entre 37 et 40 semaines d'aménorrhée) fait moins de 3 000 g à la naissance contre un quart (26,4%) en métropole (Figure 12). Près d'un quart (23,7%) des nouveau-nés nés dans la 40^{ème} semaine fait moins de 3 000 g contre seulement 13,1% en métropole.

Ainsi, les enfants à Mayotte naissent

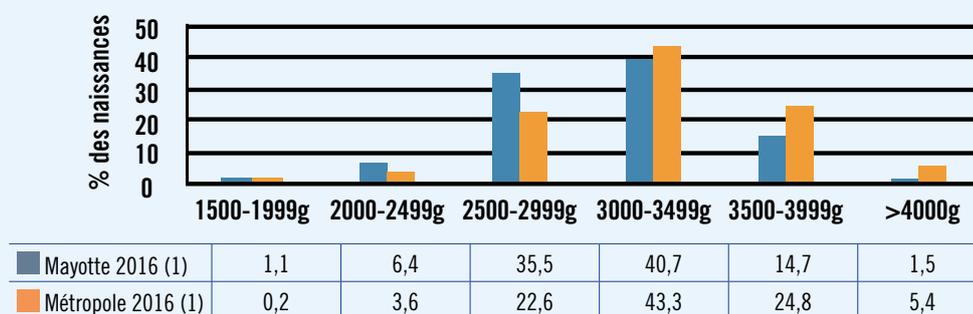
plus précocement qu'en métropole et, à âge gestationnel égal, leur poids de naissance est plus faible. Aucune différence significative n'a été notée entre les taux de prématurité et de petits poids observés dans l'ensemble des DROM et à Mayotte (Tableau 41).

Figure 11 : Poids à la naissance



Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016
 Champ : Questionnaire minimal
 (1) Naissances vivantes uniquement, (2) Toutes les naissances

Figure 12 : Poids à la naissance des enfants nés à terme et vivants



Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016
 Champ : Questionnaire minimal, enfants nés vivants entre 37 et 40 SA

C. Prise en charge des nouveau-nés à la naissance

A Mayotte, comme en Métropole, des prélèvements bactériologiques sont réalisés sur un peu plus de la moitié des enfants. Au sein des différentes maternités ce taux varie entre 48,8% (à Dzoumogne) et 71,4% (à Dzaoudzi).

En raison de leur état de santé à la naissance, 10,5% des nouveau-nés (contre 6,3% en Métropole) reçoivent une ventilation au masque (principalement avec un Néopuff), 1,3% une intubation, et 0,6% une PPC nasale.

Près de 5% des nouveau-nés sont hospitalisés dans un service spécifique contre 9,9% en métropole. La grande majorité (80,8%) des

nouveau-nés hospitalisés l'ont été sur le même site. A Mayotte, tous ces services étant centralisés à Mamoudzou, cela revient à dire que près de 20% des enfants nécessitant une hospitalisation sont nés dans une maternité périphérique et ont dû être transportés par ambulance.

Tableau 42 : Prise en charge des nouveau-nés

	Mayotte 2016		Métropole 2016
	n (N=912)	%	%(N=12 591)
Prélèvements bactériologiques (1)			
Oui	520	57,0	56,0
Non	383	42,0	42,8
Non connu	9	1,0	1,2
Gestes techniques (1)	n /N	%	%(N=)
Ventilation	97/921	10,5	6,3 (N=12 550)
Au ballon	10/921	1,1	1,2
Au Néopuff	63/921	6,8	4,1
Moyen non précisé	24/921	2,6	1,0
PPC nasale	5/901	0,6	1,8 (N=11 511)
Intubation	12/904	1,3	1,0 (N=11 520)
Transfert ou hospitalisation particulière (1)	n (N=1006)	%	%(N=12 749)
Non	952	94,6	90,1
Réanimation ou soins intensifs	9	0,9	2,4
Néonatalogie	42	4,2	4,2
Unité de néonatalogie dans la maternité	0	0,0	3,3
Autre	3	0,3	0,0
Si oui, lieu du transfert (1,2)	n (N=47)	%	%(N=715)
Même site	38	80,8	83,6
Autre site	9	19,2	16,4

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

Champ : Dossier médical

(1) Naissances vivantes uniquement

(2) Pour les transferts en service de réanimation, de soins intensifs, de néonatalogie et autre

Vaccinations en maternité

Près de la moitié des nouveau-nés (47,3%) a été vaccinée contre la tuberculose par le vaccin BCG avant la réalisation de l'enquête (un ou 2 jours après la naissance).

D'après les dossiers médicaux, 21 mères étaient porteuses de l'hépatite B, 15 de leur enfants ont été vaccinés, 1 ne l'a pas été et l'information est manquante pour les 5 autres.

D. Allaitement

D'après les entretiens en face à face, près des deux tiers (63,6%) des parturientes à Mayotte ont proposés le sein à leur enfant dans les 2 premières heures de vie, elles étaient près des trois quarts (72,5%) en 2010.

Au moment de l'enquête, c'est-à-dire, un à deux jours après l'accouchement, la grande majorité (85,8%) des mères a déclaré avoir recours à un allaitement maternel exclusif et seulement 3,9% à un allaitement commercial exclusif. Cela est comparable à ce qui avait été observé lors de l'étude de 2010, mais sensiblement différent de ce qui est observé en Métropole, où seulement la moitié (52,2%) des enfants est nourrie exclusivement au lait maternel (Tableau 43).



Tableau 43 : Allaitement maternel et mise au sein

	Mayotte 2016		Mayotte 2010	Métropole 2016
	n (N=811)	% (1)	% (1)	% (N=11 147) (2)
Essai de mise au sein dans les deux premières heures de vie				
Oui	516	63,6	72,5	65,0
Non	295	36,4	27,5	35,0
Mode d'alimentation au moment de l'enquête	n (N=815)	% (1)	% (1)	% (N=11 820) (2)
Allaitement maternel exclusif	699	85,8	81,3	52,2
Allaitement maternel mixte	84	10,3	13,9	14,5
Lait premier âge exclusif	32	3,9	3,1	33,3

Source : EENP Mayotte 2016, EP Mayotte 2010, ENP 2016

Champ : questionnaire face à face

(1) Rapporté au nombre de mères, (2) Rapporté au nombre d'enfants

“ EN RÉSUMÉ...

LES NOUVEAU-NÉS ET LEUR PRISE EN CHARGE

99,0% enfants nés vivants

10 enfants sont nés sans vie, soit pour cette étude, un taux de **mortinatalité de 1,0% (IC= 0,4-1,6) à Mayotte** pas significativement différent de celui observé en Métropole.

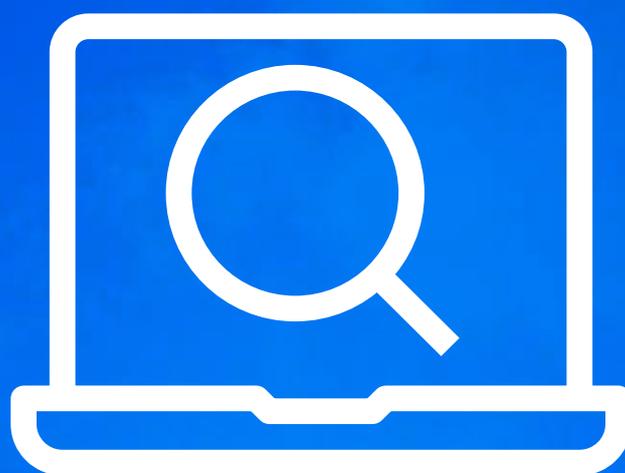
Des taux de prématurité et de petits poids de naissance stables depuis 2010 mais ils restent supérieurs à ceux de la Métropole

Le **taux de prématurité est de 12,5% des naissances totales** et 11,8% des naissances vivantes (contre 7,5% en Métropole). 13,9% des nouveau-nés font moins de 2,5kg et, à classe d'âge gestationnel égale, les enfants nés à Mayotte ont des poids de naissances inférieurs à ceux nés en Métropole (**la moitié des enfants nés à terme font moins de 3 000 g à la naissance** contre un quart de ceux nés en Métropole).

Prise en charge des nouveau-nés

A Mayotte, 10,5% des nouveau-nés vivants (contre 6,3% en Métropole) reçoivent une ventilation au masque, 1,3% une intubation, et 0,6% une PPC nasale. Près de 5% des nouveau-nés sont hospitalisés dans un service spécifique contre 9,9% des enfants nés en Métropole.

L'allaitement maternel exclusif est plus répandu qu'en Métropole, au moment du recueil de données soit 1 à 2 jours après l'accouchement, il était pratiqué par 85,8% des parturientes.



PARTIE III

**FOCUS AU REGARD
DE L’AFFILIATION À LA
SECURITE SOCIALE**

Les mères non affiliées sont en situation précaire...

La non affiliation concerne plus largement les parturientes de nationalité étrangères. Cependant 5 mères de nationalité française sur 202 ont déclaré ne pas disposer de couverture sociale et 115 mères de nationalité étrangère sur 616 ont dit bénéficier de la sécurité sociale.

Le fait de ne disposer d'aucune couverture sociale est associé à une précarité plus importante. Les mères non affiliées ont fait moins d'études, plus de la moitié d'entre elles (56%) n'ont jamais été scolarisées ou ont arrêté leur scolarité en primaire contre un quart des affiliées. Les revenus de ménage très bas (inférieur à 500€) sont plus de 2 fois plus fréquents chez les non affiliées que chez les affiliées (78,2% contre 30,4%).

Aucune différence n'a été observée quant à la parité des mères mais il convient de nuancer cette affirmation car les mères non affiliées sont plus jeunes que les affiliées (36,1% des non affiliées ont moins de 24 ans contre 26,2% des affiliées).

Tableau 44 : Caractéristiques sociodémographiques des mères en fonction de leur affiliation

Nationalité	Mères sans couverture sociale		Mères affiliées à la sécurité sociale		p
	n	%	n	%	
Française	5	1,0	197	63,1	p<0,0001
Etrangère	501	99,0	115	36,9	
Age	n	%	n	%	p
< 20 ans	50	9,9	21	6,7	p<0,0001
20-24 ans	132	26,2	61	19,5	
25-29 ans	147	29,2	70	22,4	
30-34 ans	112	22,3	74	23,7	
35-39 ans	47	9,3	65	20,8	
>40 ans	15	3,0	21	6,7	
Niveau d'étude	n	%	n	%	p
Non scolarisé ou primaire	282	56,0	84	27,1	p<0,0001
Niveau collège ou enseignement professionnel court	131	26,0	91	29,3	
Niveau lycée	71	14,1	65	21,0	
Niveau supérieur au baccalauréat	20	3,9	70	22,6	
Revenu moyen du ménage	n	%	n	%	p
< 500€	273	78,2	84	30,4	p<0,0001
> 500€	76	21,8	192	69,6	
Parité	n	%	n	%	p
0	94	18,7	58	18,7	NS
1	91	18,1	67	21,5	
2	100	19,9	56	18,0	
3	88	17,5	52	16,7	
>3	130	25,8	78	25,1	

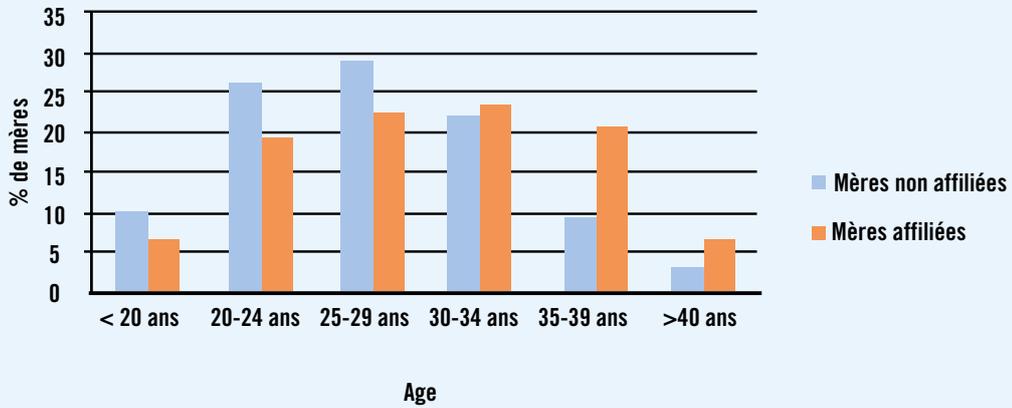
Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016

Champ : Entretien face à face : couverture sociale, nationalité, revenu, niveau d'étude

Recueil de données dans le dossier médical : parité

Questionnaire minimal : âge en classe

Figure 13 : Age des mères affiliées et non affiliées



... et ont moins recours aux moyens contraceptifs et aux IVG

Près de 40% des mères non affiliées ont déclaré ne jamais avoir eu recours à un moyen contraceptif contre 23,4% des affiliées. La pilule et les implants, patchs ou anneaux vaginaux sont les moyens contraceptifs les plus fréquemment utilisés par les deux populations.

Cependant, le recours à la pilule ou au stérilet est plus fréquent chez les mères affiliées alors que les injections de Depo-provera® et le retrait ou l'abstinence périodique sont plus répandus chez les non affiliées. La moitié des affiliées a arrêté sa contraception dans le but d'être enceinte contre seulement 36,2% des non affiliées et la découverte de la grossesse a été le motif d'arrêt de 20,3% des affiliées et de 17% des non affiliées. Ainsi, les non affiliées

sont moins nombreuses à utiliser des moyens contraceptifs mais celles qui y ont recours semblent avoir une maîtrise de leur utilisation comparable ou légèrement inférieure aux affiliées.

L'existence d'un antécédent d'IVG a été rencontrée chez 14,3% des non affiliées et 22,4% des affiliées.

La réaction à l'annonce de la grossesse est similaire chez les deux populations.

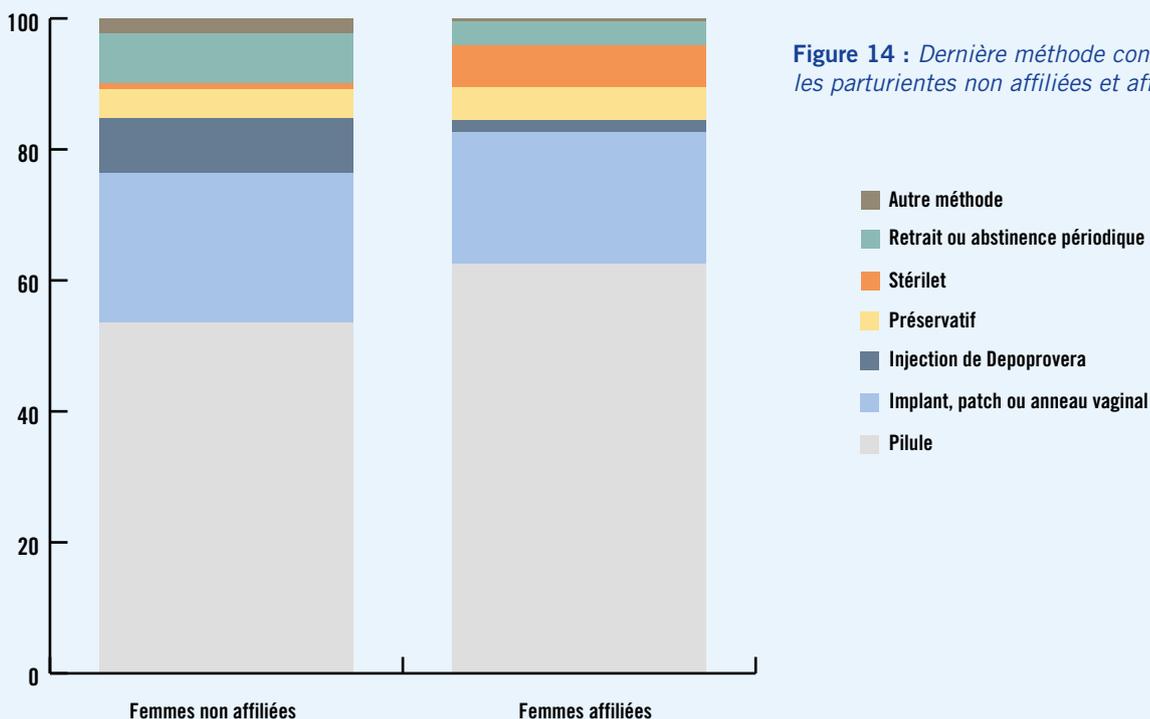


Figure 14 : Dernière méthode contraceptive utilisée par les parturientes non affiliées et affiliées

Tableau 46 : Maitrise de la fécondité en fonction de la couverture sociale

A déjà utilisé un moyen de contraception	Mères sans couverture sociale		Mères affiliées à la sécurité sociale		p
	n	%	n	%	
Oui	306	60,6	238	76,5	p<0,0001
Non	199	39,4	73	23,4	
Dernière méthode contraceptive utilisée	n	%	n	%	p
Pilule	163	53,6	148	62,5	p<0,0001
Implant, patch ou anneau vaginal	69	22,7	48	20,2	
Injection de Depo -provera®	26	8,5	4	1,7	
Préservatif	13	4,3	12	5,1	
Stérilet	3	1	15	6,3	
Retrait ou abstinence périodique	20	7,57	7	3,8	
Autre méthode	7	2,3	1	0,4	
Motif arrêt de la contraception	n	%	n	%	p
Souhait d'avoir un enfant	109	36,2	113	48,1	p=0,05
Etait enceinte	61	20,3	40	17,0	
Ne convenait pas / effet indésirable	60	19,9	36	15,3	
Autre motif	71	23,6	46	19,6	
Antécédent d'IVG	n	%	n	%	p
Oui	61	14,3	59	22,4	p<0,01
Non	365	85,7	204	77,6	
Réaction à l'annonce de la grossesse	n	%	n	%	p
Etait heureuse qu'elle arrive maintenant	320	63,5	197	63,3	NS
Aurait souhaité qu'elle arrive plus tôt	15	3,0	13	4,2	
Aurait souhaité qu'elle arrive plus tard	106	21,0	63	20,3	
Aurait préféré ne pas être enceinte	63	12,5	38	12,2	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
Champ : Entretien face à face

... et ont des antécédents médicaux aussi fréquemment rapportés dans leur dossiers médicaux que les affiliées.

D'après les données collectées dans les dossiers médicaux, la fréquence des principaux antécédents médicaux et obstétricaux antérieurs à la grossesse n'est pas significativement différente dans les deux populations à l'exception près des antécédents de césarienne (14,5% des affiliées et 9,8% des non affiliées) (Tableau 47).

Tableau 47 : Antécédents médicaux antérieurs à la grossesse en fonction de l'affiliation

	Mères sans couverture sociale		Mères affiliées à la sécurité sociale		p
	n	%	n	%	
HTA antérieure à la grossesse	n	%	n	%	p
Oui	15	3,0	16	5,2	p>0,05 NS
Non	483	97,0	292	94,8	
Diabète antérieur à la grossesse	n	%	n	%	p
Oui	11	2,2	14	4,5	p>0,05 NS
Non	488	97,8	294	95,5	
Antécédent d'enfant mort-né	n	%	n	%	p
Oui	12	2,4	11	3,5	p>0,05 NS
Non	489	97,6	300	96,5	
Antécédent d'enfant né prématuré	n	%	n	%	p
Oui	36	8,8	33	12,0	p>0,05 NS
Non	372	91,2	241	87,8	
Antécédent de césarienne	n	%	n	%	p
Oui	49	9,8	45	14,5	p<0,05
Non	450	90,2	266	85,5	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
Champ : Recueil de données dans le dossier médical

Elles ont une moins bonne connaissance des notions médicales et un suivi prénatal plus fréquemment insuffisant...

Une disparité forte existe entre le suivi prénatal des mères affiliées et des non affiliées. En effet, 16%

des non affiliées ont eu moins de 4 consultations prénatales (contre 6,1% des affiliées) 22,5% ont déclaré avoir eu au moins une consultation en urgence (contre 37,5% des affiliées), et seulement un tiers d'entre elles ont eu le minimum recommandé de 7 consultations prénatales. De même, une large majorité des non n'affiliées (63,1%) a eu moins de 3 échographies, et la

séance de préparation à la naissance est marginale dans cette population (4,2%).

Le suivi prénatal des non affiliées est principalement assuré par les services de la PMI alors que les sages-femmes libérales suivent davantage les affiliées.

Tableau 48 : Suivi prénatal en fonction de la couverture sociale

	Mères sans couverture sociale		Mères affiliées à la sécurité sociale		p
	n	%	n	%	
Nombre total de consultations prénatales hors urgence					
0	4	0,9	2	0,7	p<0,0001
1 à 3	66	15,1	15	5,4	
4 à 6	217	49,8	94	34,1	
7 à 9	128	29,4	120	43,5	
10 et plus	21	4,8	45	16,3	
Nombre total d'échographies					
0	25	5,2	1	0,3	p<0,0001
1 ou 2	276	57,9	58	19,1	
3	108	22,6	139	45,7	
4 à 6	61	12,8	97	31,9	
7 et plus	7	1,5	9	3,0	
Séance de préparation à la naissance					
Oui	21	4,2	50	16,1	p<0,0001
Non	479	95,8	261	83,9	
Professionnel principal pour le suivi					
PMI	400	82,0	69	22,8	p<0,0001
Sage-femme libérale	21	4,3	192	63,6	
Sage-femme en maternité	60	12,3	15	5,0	
Médecin généraliste	3	0,6	12	4,0	
Gynéco-obstétricien libéral	4	0,8	13	4,3	
Gynéco-obstétricien en maternité publique	0	0,0	1	0,3	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
Champ : Entretien face à face

Du fait du faible nombre de consultations de suivi, les différents tests diagnostiques et examens de dépistage (hors pathologies infectieuses) sont moins réalisés chez les non affiliées que chez les affiliées. Cependant, ces écarts ne peuvent pas être évalués

avec précision car les taux de non-réponses (réponses « ne sait pas » comprises) à ces questions sont particulièrement importants chez les non affiliées (cf annexe V). Ce dernier fait met en valeur une moins bonne connaissance et maîtrise des termes médicaux des mères non affiliées.

Seulement 16,4% d'entre elles ont déclaré avoir eu une mesure de la clarté nucale contre près de la moitié des affiliées et elles sont quatre fois moins nombreuses que les affiliées à avoir déclaré une prise préventive d'acide folique (Tableau 49).

Tableau 49 : Dépistage prénatal et prévention en fonction de la couverture sociale

	Mères sans couverture sociale		Mères affiliées à la sécurité sociale		p
	n	%	n	%	
Dépistage du diabète pendant la grossesse					
Oui	422	83,6	281	90,7	p<0,01
Non	77	15,2	29	9,3	
Ne sait pas	6	1,2	0	0,0	
Frottis cervical pour le dépistage du cancer du col de l'utérus pendant la grossesse					
Oui	106	21,0	67	21,5	p<0,01
Non	368	73,0	240	77,2	
Ne sait pas	30	5,9	4	1,3	
Mesure de la clarté nucale					
Oui	82	16,4	147	47,2	p<0,0001
Non	186	37,2	54	17,3	
Ne sait pas	232	46,4	111	35,6	
Dosage sanguin des marqueurs de la trisomie 21					
Oui	167	33,1	158	50,6	p<0,0001
Non	83	16,5	73	23,4	
Ne sait pas	254	50,4	81	26,0	
Prise d'acide folique					
Oui	25	5,5	55	19,7	p<0,0001
Non	428	94,5	224	80,3	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
Champ : Entretien individuel

D'après les informations recueillis dans les dossiers médicaux, le statut des parturientes vis-à-vis des principales pathologies infectieuses (rubéole, VIH, hépatite B et toxoplasmose) est plus souvent inconnu chez les non affiliées, cependant à part pour le VIH, il ne s'agit pas de différence significative (Tableau 50).

Aucune différence significative n'a été notée quant aux résultats de ces différents tests.

Tableau 50 : Connaissance du statut des mères vis-à-vis des pathologies infectieuses

	Mères sans couverture sociale		Mères affiliées à la sécurité sociale		p
	n	%	n	%	
Statut sérologique vis-à-vis de la rubéole					
Connu	489	97,2	308	99,0	p>0,05
Inconnu ou non renseigné	14	2,8	3	1,0	NS
Statut vis-à-vis du VIH					
Connu	489	97,2	309	99,4	p<0,05
Inconnu ou non renseigné	14	2,8	2	0,6	
Statut vis-à-vis de l'hépatite B					
Connu	486	96,6	305	98,1	p>0,05
Inconnu ou non renseigné	17	3,4	6	1,9	NS
Statut vis-à-vis de la toxoplasmose					
Connu	489	97,4	308	99,0	p>0,05
Inconnu ou non renseigné	13	2,6	3	1,0	NS

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
Champ : Recueil de données dans le dossier médical

... associés à une fréquence de détection plus faible des complications de la grossesse...

Les prévalences de 3 complications majeures de la grossesse (menace d'accouchement prématuré, placenta prævia et diabète gestationnel) sont sensiblement plus faibles chez les non affiliées.

L'existence d'un diabète gestationnel a été rapportée dans les dossiers médicaux de 6,4% des mères non affiliées et de 14,1% des affiliées. L'écart est encore plus frappant, si l'on ne considère que les mères de nationalité étrangère : la prévalence est de 6,3% (30 sur 476) chez les non affiliées contre 16,8% (19 sur 113) chez les affiliées. Les hospitalisations pour menace d'accouchement prématuré sont deux fois plus fréquentes chez les affiliées. Les écarts de prévalence observés pourraient être expliqués en partie par un âge moyen plus élevé des affiliées. D'autres hypothèses peuvent être émises pour expliquer les écarts observés : sous-diagnostic des pathologies chez les non affiliées, comportements alimentaires différents, etc.

Les mères non affiliées font également près de deux fois moins souvent l'objet d'un transfert in utero.

Tableau 51 : Complications de la grossesse en fonction de la couverture sociale

	Mères sans couverture sociale		Mères affiliées à la sécurité sociale		p	
	n	%	n	%		
Menace d'accouchement prématuré ayant nécessité une hospitalisation	Oui	19	3,9	26	8,4	p<0,01
	Non	475	96,1	283	91,6	
Placenta prævia	Oui	2	0,4	7	2,3	p<0,05
	Non	466	99,6	300	97,7	
Diabète gestationnel	Oui	31	6,4	43	14,1	p<0,0005
	Non	450	93,6	262	85,9	
Hospitalisation pendant la grossesse	Oui	59	11,7	66	21,1	p<0,0005
	Non	444	88,2	246	78,9	
Transfert in utero	Oui	65	13,0	63	20,3	p<0,05
	Non	436	87,0	247	79,7	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
Champ : Collecte de données dans le dossier médical

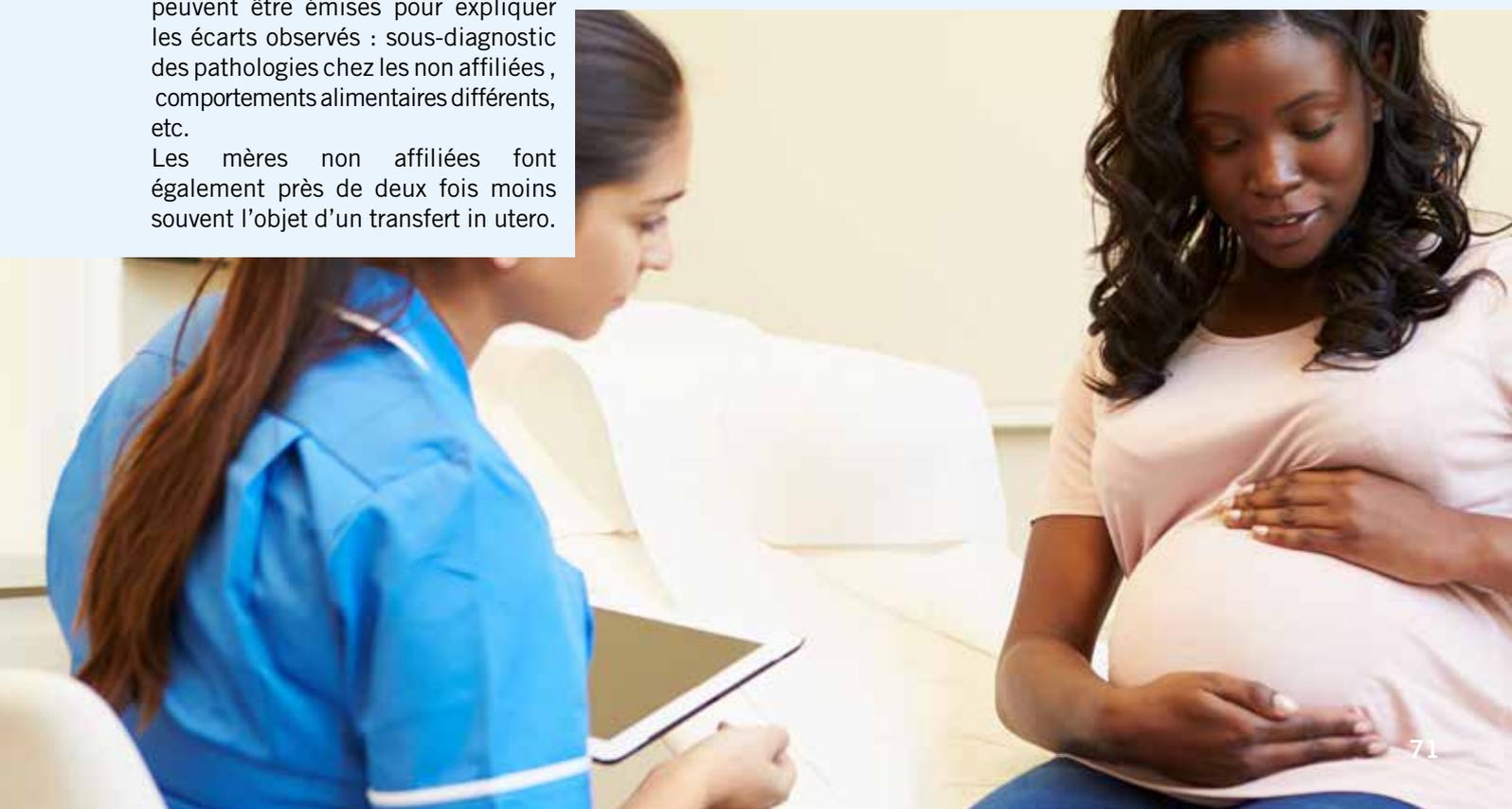


Tableau 52 : Prise en charge et déroulement de l'accouchement en fonction de la couverture sociale

... et elles ne bénéficient pas de la même prise en charge lors de l'accouchement

Les mères non affiliées sont deux fois plus nombreuses à accoucher en dehors des maternités (11,5% contre 6,4%).

Aucune différence n'a été notée quant aux modes d'accouchement et de début de travail, mais il semblerait que l'administration d'ocytociques pendant le travail soit plus répandue chez les parturientes affiliées que chez les non affiliées ($p < 0,05$).

Lors de l'entretien individuel, près de 9 non affiliées sur 10 ont déclaré ne pas avoir eu le droit de manger et de boire en salle d'accouchement contre 8 affiliées sur 10 (Tableau 52).

	Mères sans couverture sociale		Mères affiliées à la sécurité sociale		p
	n	%	n	%	
Accouchement hors maternité					
Oui	58	11,5	20	6,4	$p < 0,05$
Non	448	88,5	292	93,6	
Déclenchement de l'accouchement					
Travail spontané	425	85,2	255	83,6	NS
Déclenchement	54	10,8	34	11,1	
Césarienne avant travail	20	4,0	16	5,3	
Mode d'accouchement					
Voie basse	438	86,6	265	84,9	NS
Césarienne avant travail	20	3,9	16	5,1	
Césarienne pendant travail	48	9,5	31	9,9	
Administration d'ocytociques pendant le travail					
Oui	77	16,5	66	22,7	$p < 0,05$
Non	390	83,5	225	77,3	
Autorisation à boire et à manger en salle d'accouchement					
Non	395	88,6	224	79,7	$p < 0,005$
Boire seulement	51	11,4	52	18,5	
Boire et manger	0	0,0	5	1,8	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016

Champ : Dossier médical : Déclenchement et mode de l'accouchement, administration d'ocytocique
Entretien individuel : Accouchement hors maternité, autorisation à boire et à manger

Tableau 53 : Gestion de la douleur en fonction de la couverture sociale

	Mères sans couverture sociale		Mères affiliées à la sécurité sociale		p
	n	%	n	%	
Souhait d'une analgésie péridurale avant l'accouchement					
Oui, absolument	44	9,2	56	18,9	$p < 0,0001$
Oui, peut être	21	4,4	20	6,7	
Non	415	86,5	221	74,4	
Analgésie pendant le travail si accouchement en maternité et tentative de voie basse					
Aucune	382	90,7	228	83,2	$p < 0,05$
Péri et/ou rachi analgésie	34	8,1	42	15,3	
Autre	5	1,2	4	1,5	
Idem si souhait (absolu ou peut être) d'une analgésie péridurale					
Aucune	34	64,1	39	54,9	NS
Péri et/ou rachi analgésie	19	35,8	32	45,1	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016

Champ : Dossier médical : Analgésie pendant le travail

Entretien individuel : souhait d'une analgésie avant l'accouchement

Les péri et rachi anesthésies pendant le travail sont deux fois moins fréquentes chez les non affiliées que chez les affiliées. Cependant, il faut noter que moins de 15% des mères non affiliées ont déclaré avoir souhaité, avant l'accouchement, bénéficier d'une analgésie péridurale contre 25% des mères affiliées. Parmi les parturientes souhaitant une analgésie, 35,8% des non affiliées ont bénéficié d'une péri ou rachi analgésie contre 45,1% des affiliées (cette différence n'est pas significative compte tenu des faibles effectifs) (Tableau 53).



“ EN RÉSUMÉ...

LES PARTURIENTES NON AFFILIÉES

Un taux élevé de non affiliation (61,9%) associée à une grande précarité et à un plus faible recours à la contraception

78,2% des mères non assurées ont déclaré un revenu de ménage inférieur à 500€ et plus de la moitié n'a pas été scolarisée au-delà du primaire.

40% des mères non affiliées ont déclaré ne jamais avoir eu recours à un moyen contraceptif, mais celles qui y ont eu recours semblent avoir une maîtrise de leur utilisation comparable ou légèrement inférieure aux affiliées.

34,2% des non affiliées n'ont pas eu les 7 consultations prénatales recommandées contre près de 60% pour les affiliées.

Plus de 60% des non affiliées ont eu moins de 2 échographies. Les différents tests diagnostiques et examens de dépistage sont moins réalisés chez les non affiliées que chez les affiliées.

Les sages-femmes de la PMI ont été désignées par une grande majorité des

parturientes non affiliées (82%) comme étant le professionnel principal de leur suivi anténatal pendant les 2 premiers trimestres.

Moins de complications de la grossesse détectées chez les non affiliées

Diabète gestationnel et menace d'accouchement prématuré sont plus de deux fois plus fréquents chez les mères affiliées que chez les non affiliées. Les non affiliées sont également deux fois moins fréquemment hospitalisées pendant leur grossesse.

Plus d'une mère non affiliée sur dix accouche hors maternité

Les trois quarts des parturientes accouchant hors maternité sont non affiliées.

CONCLUSION

L'extension de l'enquête nationale périnatale 2016 a été mise en place à Mayotte dans le cadre du plan périnatalité 2015-2018 élaboré avec les professionnels du secteur, l'ancienneté des dernières données en matière de périnatalité (ENP 2010) a motivé la tenue de cette étude. Ce deuxième état des lieux a ainsi permis d'actualiser les connaissances sur le profil des parturientes, le déroulement des grossesses et leur suivi, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés ainsi que les facteurs de risque identifiés sur le territoire.

Les tendances et les écarts avec la métropole constatés en 2010 perdurent sur certains points, notamment les conditions socioéconomiques des mères qui, déjà bien en deçà des standards métropolitains en 2010, se sont dégradés en 2016. La part de mères vivant dans une grande précarité augmente ainsi que la part de celles non affiliées à la sécurité sociale. Les parturientes de nationalité étrangère sont majoritaires mais seule une minorité arrive à Mayotte pendant leur grossesse. La fécondité commence plus tôt et les grossesses sont plus nombreuses. Le recours à la contraception ne semble pas avoir progressé et reste en dessous de celui observé en métropole.

Le suivi prénatal des parturientes n'a pas connu de variation importante depuis 2010. Pour la moitié des femmes, il demeure néanmoins en deçà des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) en termes de nombre de consultations prénatales et d'échographies réalisées. Malgré cela, les dépistages obligatoires ou fortement recommandés (rubéole, toxoplasmose, hépatite B, VIH) atteignent de très bon taux de réalisation. Un suivi prénatal adéquat est d'autant plus nécessaire que la prévalence des maladies chroniques (diabète, HTA, ...) et des antécédents obstétricaux (césariennes, décès néonataux, accouchements prématurés, petits poids de naissance) chez les parturientes sont plus élevés

à Mayotte qu'en métropole. Il est probablement aussi à relier pour une part aux taux de prématurité et de petits poids de naissance, stables depuis 2010, mais supérieurs à ceux constatés en métropole par cette étude.

L'offre de soins en périnatalité à Mayotte est soumise à un contexte particulièrement difficile. Depuis 2014, les professionnels ont fait face à un accroissement majeur du nombre de naissances qui s'élève à près de 10.000 en 2016. Ceci se conjugue à des difficultés de recrutement et de pérennisation des professionnels de santé (particulièrement de spécialistes en obstétrique, pédiatrie et anesthésie) et quatre maternités sur cinq fonctionnent uniquement avec des sages-femmes. Ainsi, en raison de la pénurie de spécialistes intervenant principalement à la maternité de Mamoudzou, les sages-femmes sont l'acteur principal du suivi prénatal et de la prise en charge des accouchements à Mayotte. Cette situation influe sur les taux de réalisation de certains actes tels que les taux de péridurales ou d'épisiotomies qui sont inférieurs à ceux observés en métropole ou dans d'autres DOM.

Le projet de santé de La Réunion et de Mayotte 2018-2028 qui vient d'être adopté porte les orientations stratégiques en matière de périnatalité à Mayotte. Les constats issus de cette étude périnatale permettent ainsi d'éclairer la situation à Mayotte et de définir plus précisément les priorités d'actions en ce domaine en coopération avec les professionnels et les usagers du système de santé. En dépit du contexte difficile et spécifique, l'amélioration des conditions de suivi de la grossesse et de la naissance demeure une exigence majeure pour les mères et les enfants à naître à Mayotte.

RÉFÉRENCES

- [1] INSEE, Recensement de la population 2012, 2012.
- [2] INSEE, «La population augmente plus rapidement qu'avant (communiqué de presse),» 2017.
- [3] INSEE, «Mayotte, département le plus jeune de France » 2014. [En ligne]. Available: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1488. [Accès le 07 Novembre 2016].
- [4] ARS OI, «Les professions médicales à Mayotte » 2016. [En ligne]. [Accès le 07 novembre 2016].
- [5] INSEE, «Enquête budget de famille, Mayotte » n°13, Décembre 2014.
- [6] Centre d'observation et d'analyses des besoins en santé - ARS OI, «L'enquête périnatale à Mayotte en 2010,» 2010.
- [7] B. BLONDEL (Inserm), L. GONZALES (DREES) et P. RAYNAUD (DREES), «Enquête Nationale Périnatale rapport 2016,» 2017.
- [8] Institut National de Veille Sanitaire (INVS), «Étude Maydia 2008 – Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte » 2008. [En ligne]. Available: http://opac.santepubliquefrance.fr/doc_num.php?explnum_id=572. [Accès le 04 Novembre 2016].
- [9] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens et Société Francophone du Diabète, «Le diabète gestationnel- texte des recommandations » Vols.1 sur 239 S338-S342, 2010.
- [10] Scansanté, «Indicateurs de la santé périnatale » [En ligne]. Available: http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale/submit?snatnav=&annee=2016&mater=n1&type_ind=accn&ind=synt&type_zone=nat&zone=nat&mbout=dummy&excel=non.
- [11] Haute Autorité de Santé (HAS), «Suivi et orientation des femmes enceintes » [En ligne]. Available: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf.



ANNEXE I : RÉSUMÉ DU PARCOURS DE LA FEMME ENCEINTE À MAYOTTE

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

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

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

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

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

ANNEXE II. QUESTIONNAIRES UTILISÉS LORS DE L'ENQUÊTE

PARTICIPATION A L'ENQUETE

A remplir pour tous les enfants **nés vivants, les mort-nés et les IMG**, si la naissance ou l'issue de la grossesse a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 g à la naissance.

Cochez directement « non » à P1 et P1a et renseigner P2 si :

- femme mineure,
- IMG / MFIU,
- accouchement sous le secret (« sous X »),
- impossibilité d'informer la femme (transfert en réanimation, sortie rapidement après l'accouchement).

P1 - Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

- ☐ non ☐ oui

Si non, { P1a - Acceptez-vous cependant que je recueille des informations sur votre grossesse et votre accouchement dans votre dossier médical ?
Ces informations permettent de décrire la santé et les soins reçus au moment d'une naissance en France.
☐ non
☐ oui

P2 - Si non participation à l'enquête (« non » à P1 et P1a), motif :

- 1 ☐ refus ; préciser la raison ci-dessous
- 2 ☐ état de santé de l'enfant
- 3 ☐ état de santé de la mère
- 4 ☐ mineure
- 5 ☐ IMG, MFIU
- 6 ☐ accouchement sous X
- 7 ☐ problème de langue
- 8 ☐ sortie très précoce (avant information par l'enquêteur)
- 9 ☐ autre ; préciser : _____

Si non à P1 et P1a,
remplir uniquement le « questionnaire anonyme »
en toute fin de ce livret (p19).



ANNEXES

FEMMES PARTICIPANT A L'ENQUETE

A remplir pour toutes les femmes

A1 - Maternité : (numéro FINESS géographique de l'établissement).....

A2 - Numéro de la mère dans l'enquête :

A3 - Ordre de la naissance si naissance multiple : coder 0 si naissance unique

A4 - Date de naissance de l'enfant : (jj/mm)

A5 - Heure de naissance de l'enfant : (hh).....

ENQUETE AUPRES DE LA FEMME

A5 - Date (jj/mm) le

Poser les questions telles quelles ; proposer les réponses uniquement si elles sont «en gras».

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'enquête.
Je vais vous poser des questions sur vous, votre grossesse, votre accouchement et votre bébé.
Si une question vous gêne, vous n'êtes pas obligée d'y répondre.

LA SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

B1 - Quelle est votre date de naissance ?

B2 - Quel est votre niveau d'études ?

- non scolarisée
- primaire
- niveau collège (1^{er} cycle : 6^{ème} à 3^{ème})
- enseignement professionnel court (y compris SES, SEGPA, CAP, BEP)
- niveau lycée, enseignement général (y compris bac général)
- niveau lycée, enseignement technologique (yc bac techno)
- niveau lycée, enseignement professionnel (yc bac pro)
- niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans (yc DUT, BTS)
- niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans (yc licence, maîtrise)
- niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (yc dipl ingénieur)

B3 - Dans quel département habitez-vous ?

B4 - Et dans quelle commune habitez-vous ? *inscrire le nom en clair*

Préciser l'arrondissement si Paris, Lyon, Marseille

Nous ne souhaitons pas connaître l'adresse exacte pour recontacter les femmes. La commune est utile, dans une perspective de recherche, par exemple pour savoir si la femme habite en milieu rural ou urbain.

B5 - Quelle est votre nationalité ?

- 1 française
2 étrangère

Si nationalité étrangère, B5a - l'inscrire en clair :

B6 - Dans quel pays êtes-vous née ?

- 1 France (métropole et DOM)
2 autre pays

Si hors de France, {
B6a - inscrire le pays en clair :
B6b - En quelle année êtes-vous arrivée en France ?

B7 - Actuellement vivez-vous en couple ?

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

B8 - Etes-vous mariée ou pacsée ? ° non 1 mariée 2 pacsée

B9 - Quelle est votre profession actuelle ou la dernière exercée ?

Indiquer la profession de manière détaillée :

B10 - Actuellement ou au cours de votre dernier emploi, étiez-vous ?

- 1 salariée ou stagiaire rémunérée
2 travailleuse indépendante ou à votre compte
3 vous aidiez une personne dans son travail sans être rémunérée

B11 - A la fin de votre grossesse, aviez-vous un emploi ? *(coder oui si en congé parental pour un enfant précédent)*

..... ° non 1 oui

Si non, {
B11a - Étiez-vous ?
1 au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi
2 étudiante ou élève (y compris stage de formation)
3 femme au foyer
4 dans une autre situation ; préciser en clair : _____

B12 - Avez-vous travaillé pendant votre grossesse ? ° non 1 oui

Si oui, {
B12a - Quand avez-vous interrompu votre travail, c'est-à-dire sans le reprendre jusqu'à l'accouchement ? JJ / MM / AA
B12b - Au moment d'interrompre votre travail, étiez-vous ?
1 à temps plein 2 à temps partiel

→ *Si la femme ne vit pas en couple, passez à la question B16.*

B13 - Quelle est la profession actuelle (ou la dernière profession) de la personne avec qui vous vivez en couple ?

Indiquer la profession de manière détaillée :

B14 - Actuellement ou au cours de son dernier emploi, cette personne était-elle ?

- 1 Salariée ou stagiaire rémunérée
2 Indépendante ou à son compte
3 Elle aidait une personne dans son travail sans être rémunérée

B15 - Actuellement cette personne a-t-elle un emploi ? ° non ° oui

Si non, { B15a - Est-elle ?
1 au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi
2 étudiante ou élève (y compris stage de formation)
3 dans une autre situation ; préciser en clair : _____

B16 - Pendant votre grossesse, quelles étaient les sources de revenus de votre ménage (les personnes avec lesquelles vous avez un logement en commun) ?

B16a - Salaire ou autre revenu provenant d'une activité professionnelle : ° non ° oui

B16b - Allocation chômage : ° non ° oui

B16c - RSA : ° non ° oui

B16d - Autres ressources (alloc. handicapé, ASS...) : ° non ° oui
(ne pas noter les allocations familiales et logement)

→ préciser : _____

B17 - Quel est le revenu mensuel moyen de votre ménage, en prenant en compte tous les revenus : salaires, allocations chômage, RSA, prestations familiales, revenus du patrimoine etc. (Si les revenus sont variables, faire une moyenne). Ce revenu est de :

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> moins de 500 € par mois | 5 <input type="checkbox"/> moins de 3.000 € |
| 2 <input type="checkbox"/> moins de 1.000 € | 6 <input type="checkbox"/> moins de 4.000 € |
| 3 <input type="checkbox"/> moins de 1.500 € | 7 <input type="checkbox"/> 4.000 € ou plus |
| 4 <input type="checkbox"/> moins de 2.000 € | |

B18 - Au début de votre grossesse, quelle était votre couverture sociale pour vos dépenses de santé :

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> l'AME (Aide Médicale de l'Etat) | 2 <input type="checkbox"/> la sécurité sociale (assurance maladie obligatoire) |
| 3 <input type="checkbox"/> la CMU (Couverture Maladie Universelle) | 4 <input type="checkbox"/> aucune couverture sociale |

B19 - Au début de votre grossesse, aviez-vous une couverture maladie complémentaire :

- | |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> la CMU complémentaire |
| 2 <input type="checkbox"/> une mutuelle, une assurance privée ou une institution de prévoyance |
| 3 <input type="checkbox"/> aucune couverture maladie complémentaire |

B20 - Au cours du troisième trimestre de votre grossesse, viviez-vous principalement :

- | | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> dans un logement personnel | 4 <input type="checkbox"/> dans un autre lieu ; préciser : _____ |
| 2 <input type="checkbox"/> dans votre famille ou chez des amis | _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> dans un foyer d'accueil, à l'hôtel | _____ |

si B20 = 1 ou 2 { B20a - Combien de pièces compte ce logement ?
(ne pas compter la cuisine, la salle de bain, et les annexes ; F3 = 3 pièces)

B21 - Combien d'adultes et d'enfants vivaient principalement dans ce logement ?
(ne pas compter l'enfant qui vient de naître)

B22 - Dont combien d'enfants de moins de 14 ans ?
(ne pas compter l'enfant qui vient de naître)

LA SANTÉ AVANT LA GROSSESSE

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

C1 - Aviez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse ? * non ° oui

Si oui, { C1a - Combien avez-vous eu d'enfants avant cette grossesse ?
C1b - Au cours de grossesses antérieures, avez-vous eu une ou plusieurs IVG
(interruptions volontaires de grossesse) * non ° oui
Si oui, C1b1 - combien avez-vous eu d'IVG en tout ? coder 9 si 10 IVG ou plus

C2 - Est-ce que vous avez déjà utilisé une méthode pour éviter d'être enceinte, comme la pilule, le préservatif ou le retrait par exemple ? * non oui

- Si oui,*
- C2a - Quelle était la dernière méthode ?**
citer toutes les méthodes ; coder deux méthodes si combinées
- 1 la pilule
 - 2 le stérilet
 - 3 un implant, un patch ou un anneau vaginal
 - 4 le préservatif (masculin ou féminin)
 - 5 le retrait
 - 6 l'abstinence périodique (température, date ou Ogino, Billings ...)
 - 7 une autre méthode, laquelle ? _____
- C2b - Avez-vous arrêté cette méthode de contraception parce que :**
- 1 vous souhaitiez avoir un enfant
 - 2 vous étiez enceinte
 - 3 pour un autre motif ; préciser : _____
- *Si réponse 2, passez à la question C4.*

C3 - Combien de temps, en mois ou années, s'est écoulé entre l'arrêt de cette méthode et le début de cette grossesse ?

- 1 dès le premier mois
- 2 après un mois ou plus
- 3 ne sait pas

Années Mois

A	A	M	M
---	---	---	---

Si 2, { C3a - Préciser la durée écoulée (années/mois) (ex : 1 an et 6 mois = 01/06 ; ne sait pas = 99/99)

C4 - Avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de cette grossesse ? * non oui

C5 - Pour cette grossesse, avez-vous suivi un traitement contre l'infertilité ? * non oui

- Si oui,*
- C5a - Quel était ce traitement ?**
- 1 une fécondation in vitro (avec ou sans ICSI)
 - 2 une insémination artificielle
 - 3 des inducteurs de l'ovulation seuls (médicaments pour stimuler l'ovulation)
 - 4 un autre traitement ; préciser : _____

LA GROSSESSE

Passons maintenant à votre grossesse

D1 - Quand vous avez su que vous étiez enceinte :

- 1 vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant
- 2 vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt
- 3 vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard
- 4 vous auriez préféré ne pas être enceinte

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

- 1 bien
- 2 assez bien
- 3 assez mal
- 4 mal

D3 - Avez-vous déclaré votre grossesse ? * non oui

→ *Si non, passez à la question D4*

Si a déclaré sa grossesse, { D3a - Quand ?

- 1 au 1er trimestre
- 2 au 2ème trimestre
- 3 au 3ème trimestre

- Si 2ème ou 3ème trimestre en D3a :*
- D3a1 - Pour quelle(s) raison(s) votre déclaration a-t-elle été faite après le 1er trimestre ? Ne pas citer les réponses, 2 réponses possibles**
- 1 découverte tardive de la grossesse
 - 2 délai d'attente long pour avoir un rendez-vous
 - 3 vous étiez en vacances
 - 4 ne savait pas que la déclaration devait être envoyée au 1^{er} trimestre
 - 5 oubli d'envoi de la déclaration
 - 6 autre ; préciser : _____

Si a déclaré sa grossesse,

D3b - Qui a fait votre déclaration de grossesse ?

- 1 un gynécologue ou obstétricien en ville ou dans une maternité privée
- 2 un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique
- 3 un généraliste
- 4 une sage-femme en maternité
- 5 une sage-femme libérale en ville
- 6 un médecin ou une sage-femme à la PMI
- 7 autre ; préciser : _____

D4 - Pour le suivi de votre grossesse, après la déclaration, qui avez-vous consulté ?

D4a - Un gynécologue ou obstétricien en ville ou dans une maternité privée ? * non ¹ oui

D4b - Un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique ? * non ¹ oui

D4c - Un généraliste ? * non ¹ oui

D4d - Une sage-femme en maternité ? * non ¹ oui

D4e - Une sage-femme libérale en ville ? * non ¹ oui

D4f - Un médecin ou une sage-femme à la PMI ? * non ¹ oui

D5 - Durant les 6 premiers mois de votre grossesse environ, quelle était la personne principale qui a suivi votre grossesse ?

- 1 un gynécologue ou obstétricien en ville ou dans une maternité privée (ou plusieurs)
- 2 un gynécologue ou obstétricien dans une maternité publique (ou plusieurs)
- 3 un généraliste (ou plusieurs)
- 4 une sage-femme en maternité (ou plusieurs)
- 5 une sage-femme libérale en ville (ou plusieurs)
- 6 un médecin ou une sage-femme à la PMI (ou plusieurs)

D6 - Combien de consultations prénatales avez-vous eues au total, en comptant aussi les consultations en urgence ou pour un problème particulier ? _____

D7 - Parmi toutes ces consultations, combien étaient en urgence (sans rendez-vous) dans une maternité. _____

D8 - Durant votre grossesse, avez-vous consulté au moins une fois dans cette maternité ou auprès d'une personne de l'équipe médicale de cette maternité ? ⁰ non ¹ oui

D9 - Avez-vous consulté un médecin, un psychologue ou un psychothérapeute pour des difficultés psychologiques pendant votre grossesse ? ⁰ non ¹ oui

Si oui,

D9a - est-ce que c'était :

- 1 un psychiatre
- 2 un autre médecin
- 3 un psychologue ou psychothérapeute
- 4 un autre professionnel ; préciser : _____

D10 - Avez-vous vu une assistante sociale pendant votre grossesse ? ⁰ non ¹ oui

D11 - Avez-vous vu une diététicienne ou un autre professionnel de santé pour faire le point sur votre alimentation pendant votre grossesse ? (consultation ou réunion d'information) ⁰ non ¹ oui

D12 - Avez-vous été hospitalisée pendant cette grossesse ? (y compris les hospitalisations de jour) : ⁰ non ¹ oui

Si oui, { D12a - Quelle a été la durée totale de vos hospitalisations ? (en jours) _____

D13 - Avez-vous eu des visites à domicile par une sage-femme (y compris HAD) ?

- ⁰ non
- ¹ oui, par une sage-femme de PMI
- ² oui, par une sage-femme libérale
- ³ oui, par une sage-femme de l'hôpital
- ⁴ oui, par une sage-femme de statut inconnu

D14 - Avez-vous eu un entretien individuel prolongé avec une sage-femme ou un médecin, appelé « entretien précoce » ou « entretien du 4^{ème} mois » ? ... ° non ¹ oui ² ne sait pas

- Si oui,* {
- D14a - Qui l'a réalisé ?
- 1 une sage-femme de la maternité
 - 2 une sage-femme libérale en ville
 - 3 une sage-femme de PMI
 - 4 un gynécologue-obstétricien
 - 5 une autre personne ; *préciser* : _____
- D14b - A quel mois de l'année a-t-il été fait ? (janv=01) _____
- D14c - A la fin de cet entretien, vous a-t-on conseillé de prendre un rendez-vous avec une personne particulière, en dehors de votre suivi médical pour la grossesse, par exemple une assistante sociale, un psychologue, une personne spécialisée dans la consommation de tabac, d'alcool, de drogue. ° non ¹ oui

Pour toutes les femmes

D15 - Avez-vous reçu le carnet de maternité ? *Montrer la couverture* ° non ¹ oui ² ne sait pas

- Si oui,* {
- D15a - Comment l'avez-vous eu ?
- 1 par votre médecin ou votre sage-femme libérale, à son cabinet
 - 2 par la maternité où vous avez consulté
 - 3 par la poste (envoi de la PMI, de votre Caisse d'Assurance...)
 - 4 vous ne savez pas

D16 - Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ? ° non ¹ oui

Si oui, { D16a - Combien : _____

Passons maintenant à votre santé, vos examens et la prévention pendant votre grossesse :

E1 - Quel était votre poids : E1a - avant cette grossesse ? (en kg) _____

E1b - à la fin de cette grossesse ? (en kg) _____

E2 - Quelle est votre taille exacte ? (en cm) _____

E3 - Fumiez-vous juste avant votre grossesse (sans compter les cigarettes électroniques) ? ° non ¹ oui

Si oui, { E3a - Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ? _____

Si non, { E3b - Aviez-vous arrêté de fumer en prévision de cette grossesse ? ° non ¹ oui

E4 - Au 3^{ème} trimestre de la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour (sans compter les cigarettes électroniques) ? *à poser aussi aux femmes qui ne fumaient pas avant* _____

E5 - Combien avez-vous eu d'échographies en tout ? (quel que soit le lieu) _____

E6 - Avez-vous eu une mesure de l'épaisseur de la nuque (clarté nucale) à l'échographie du 1^{er} trimestre pour connaître le risque de trisomie 21 ? ° non ¹ oui ² ne sait pas

E7 - Avez-vous eu un dosage sanguin pour connaître le risque de trisomie 21 (marqueurs sériques) ? ° non ¹ oui ² ne sait pas

- Si non,* {
- E7a - Pourquoi n'avez-vous pas eu ce dosage ?
- 1 non proposé
 - 2 refus
 - 3 consultation trop tardive/grossesse non suivie ou à l'étranger
 - 4 amniocentèse d'emblée (ou biopsie de trophoblaste)
 - 5 autre raison ; *préciser* : _____
 - 6 ne sait pas

E8 - Avez-vous eu une prise de sang qui permet de savoir si le bébé est atteint ou non de trisomie, appelée dépistage prénatal non invasif ou DPNI (analyse de l'ADN/des gènes du bébé sur une de vos prises de sang, différent du dépistage par marqueurs sériques) ? ° non ° 1 oui ° 2 ne sait pas

E9 - Avez-vous eu un des examens suivants ?

- 1 une amniocentèse
- 2 une biopsie du trophoblaste
- 3 aucun de ces examens
- 4 vous ne savez pas

E10 - Avez-vous eu un dépistage du diabète pendant la grossesse ? ° non ° 1 oui ° 2 ne sait pas

E11 - A-t-on déjà dit à vos parents, frères, sœurs ou enfants qu'ils avaient un diabète ? (type 1, type 2, gestationnel) ° non ° 1 oui ° 2 ne sait pas

E12 - Avez-vous eu un frottis cervical pour le dépistage du cancer du col pendant la grossesse ? ° non ° 1 oui ° 2 ne sait pas

Si non, { **E12a - En avez-vous eu un dans les trois années précédant cette grossesse ?** ° non ° 1 oui ° 2 ne sait pas

E13 - Avez-vous été vaccinée contre la grippe saisonnière pendant votre grossesse ? ° non ° 1 oui ° 2 ne sait pas

Si oui, { **E13a - Qui vous a prescrit le vaccin ?**

- 1 un gynécologue /obstétricien
- 2 une sage-femme
- 3 un généraliste
- 4 une autre personne

Si non, { **E13b - Pourquoi ? (2 réponses possibles)**

- 1 On ne vous l'a pas proposé
- 2 On vous l'a proposé, mais vous avez refusé
- 3 autre ; préciser : _____

E14 - Avez-vous reçu un rappel vaccinal incluant la coqueluche dans les 10 dernières années ?

- 0 non
- 1 oui, votre vaccination était à jour avant la grossesse
- 2 oui, vous venez d'être vaccinée après votre accouchement
- 3 vous ne savez pas

E15 - Pendant le suivi de votre grossesse ou à la maternité, vous a-t-on recommandé de vous vacciner contre la coqueluche aussitôt après l'accouchement ? ° non ° 1 oui ° 2 ne sait plus

E16 - Avez-vous pris de l'acide folique (vitamine B9) pour cette grossesse pour prévenir des anomalies du système nerveux du bébé ? ° non ° 1 oui ° 2 ne sait pas

Si oui, { **E16a - Quand avez-vous commencé ?**

- 1 avant votre grossesse
- 2 dans le premier mois de grossesse
- 3 après le premier mois de grossesse
- 4 ne sait pas

E17 - Pendant votre grossesse, un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation de tabac ? ° non ° 1 oui

E18 - Si vous fumiez, vous-a-t-il donné des conseils pour arrêter? ° non ° 1 oui ° 2 vous ne fumiez pas

E19 - Pendant votre grossesse un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation d'alcool ? ° non ° 1 oui

E20 - Vous a-t-il recommandé de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse ? ° non ° 1 oui

L'ACCOUCHEMENT ET L'ENFANT

Je vais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre accouchement

F1 - Combien de temps de transport avez-vous mis pour venir à la maternité pour accoucher ? (*en minutes*)...
(coder 999 si accouchement hors maternité)

F2 - Etes-vous venue à la maternité avec des demandes particulières concernant le déroulement de votre accouchement (par exemple pouvoir bouger pendant l'accouchement, garder des vêtements personnels, ne pas avoir d'épisiotomie, etc) ?

- 1 vous avez écrit un projet de naissance
- 2 vous avez parlé de vos demandes en arrivant pour accoucher
- 3 vous aviez des demandes, mais vous n'avez pas pu en parler
- 4 vous n'aviez pas de demandes particulières

Si réponse 1 ou 2

F2a - Pensez-vous que l'équipe a fait de son mieux pour satisfaire vos demandes, compte tenu du déroulement de l'accouchement :

- 1 tout à fait
- 2 plutôt oui
- 3 plutôt non
- 4 pas du tout

F3 - Comment avez-vous accouché ?

- 1 par voie basse
- 2 par césarienne avant le début du travail
- 3 par césarienne durant le travail

→ Si césarienne avant travail (réponse 2), passez à la question F11

F4 - Avant votre accouchement, souhaitiez-vous avoir une analgésie péridurale pour soulager la douleur ?

- 0 non
- 1 oui absolument
- 2 oui peut être, vous hésitez

F5 - Pendant votre accouchement, avez-vous eu quelque chose pour soulager la douleur ? Poser toutes les questions

F5a - Une analgésie péridurale (y compris rachi ou péri-rachianesthésie) : ° non 1 oui

Si oui { F5a.1 - Avez-vous eu une petite pompe sur laquelle appuyer pour gérer vous-même les réinjections de votre péridurale (PCEA) : ° non 1 oui

F5b - Des médicaments (injections, perfusions, comprimés, gaz à respirer etc) : ... ° non 1 oui

F5c - Une méthode non médicamenteuse (massages, positions, bain, acupuncture, ballon, sophrologie, hypnose, réflexologie, etc) :

0 non 1 oui : préciser : _____

F6 - Etes-vous satisfaite de ce que vous avez eu pour soulager la douleur ou vous aider pendant les contractions ?

- 1 très satisfaite
- 2 plutôt satisfaite
- 3 peu satisfaite
- 4 pas du tout satisfaite

F7 - En salle d'accouchement, vous-a-t-on autorisé à boire ou à manger ?

0 non 1 boire seulement 2 boire et manger

→ Si césarienne durant travail passez à la question F11

F8 - Dans quelle position étiez-vous au moment où vous avez commencé à pousser votre bébé (début des efforts expulsifs) ?

- 1 sur le dos (étriers, position gynécologique, cale-pieds etc)
- 2 sur le côté
- 3 à 4 pattes ou à genoux
- 4 autre ; préciser : _____

F9 - Quelle était votre position lorsque votre bébé est né (quand le médecin ou la sage-femme a sorti votre bébé) ?

- 1 sur le dos (étriers, position gynécologique, cale-pieds etc)
- 2 sur le côté
- 3 à 4 pattes ou à genoux
- 4 autre ; préciser : _____

F10 - Qui a réalisé la mise au monde de votre bébé ?

- 1 un gynécologue ou un obstétricien
- 2 une sage-femme (ou étudiant sage-femme)
- 3 une autre personne ; préciser : _____

Pour toutes les femmes

F11 - Nous allons maintenant parler de votre bébé : avez-vous essayé une mise au sein dans les deux premières heures suivant la naissance ? non + oui

F12 - Aujourd'hui comment votre enfant est-il nourri ?

- 1 au lait maternel uniquement
- 2 au lait premier âge (ou lait préma) uniquement
- 3 allaitement mixte (lait maternel et lait premier âge ou lait préma)

F13 - Depuis que vous avez accouché, le personnel de la maternité vous a-t-il conseillé de toujours coucher votre bébé sur le dos quand il dort ? non + oui

**Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.
Je voudrais maintenant terminer en vous demandant de remplir ce questionnaire
Donner le questionnaire à la femme avec l'enveloppe ;
il s'agit de questions personnelles et vous êtes libre de répondre.**

Si la femme a des difficultés pour répondre seule au questionnaire, vous pouvez l'aider et lire les questions
Ne lisez pas la dernière question (violences physiques) si une personne proche de la femme est présente.

En sortant de la chambre, pensez à remplir la partie «bilan» (p.17)

DONNÉES DU DOSSIER MEDICAL

G1 - Date de naissance de la mère

M	M	/	A	A
---	---	---	---	---

SITUATION AVANT LA GROSSESSE

G2 - Hypertension antérieure à la grossesse

- 0 non
- 1 HTA chronique
- 2 HTA pendant une grossesse antérieure uniquement

G3 - Diabète antérieur à la grossesse

- 0 non
- 1 DID (insulino-dépendant), type 1
- 2 DNID (non insulino-dépendant), type 2
- 3 Diabète gestationnel (*pour une grossesse antérieure*)

G4 - Autre(s) pathologie(s) chronique(s) sévère(s) et handicap(s) avant la grossesse

- 0 non
- 1 oui ; préciser :

G5 - Nombre total de grossesses (*grossesse actuelle non comprise*)

--	--

G6 - Nombre d'accouchements (*accouchement actuel non compris*)

--	--

G7 - Nombre de mort-nés (*grossesse actuelle non comprise*)

--	--

G8 - Nombre de décès néonataux (*entre 0 et 27 jours*) (*grossesse actuelle non comprise*)

--	--

G9 - Nombre d'enfants nés prématurés (<37 semaines) (*grossesse actuelle non comprise*)

--	--

G10 - Nombre d'enfants nés hypotrophes (*petit poids pour l'âge gestationnel*) (*grossesse actuelle non comprise*)

--	--

G11 - Nombre d'enfants nés macrosomes (*grossesse actuelle non comprise*)

--	--

G12 - Nombre de césariennes (*grossesse actuelle non comprise*)

--	--

G13 - Date de début de grossesse

J	J	/	M	M	/	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

PATHOLOGIES INFECTIEUSES PENDANT LA GROSSESSE : DÉPISTAGES, TRAITEMENTS

H1 - Statut sérologique vis-à-vis de la rubéole

- 1 absence d'IgG (femme séronégative)
- 2 présence d'IgG spécifiques (femme immunisée)
- 3 examen non fait
- 4 statut inconnu

H1a - Pour les femmes séronégatives pour la rubéole :

vaccination réalisée en suites de couches 0 non 1 oui 2 inconnu

H2 - Dépistage du VIH au cours de la grossesse

- 1 test négatif (Ac anti-VIH négatifs)
- 2 test positif (Ac anti-VIH positifs)
- 3 test non fait car femme déjà connue comme séropositive pour le VIH avant la grossesse
- 4 test non fait car sérologie VIH négative récente
- 5 test non fait pour une autre raison (refus, grossesse non suivie ...)
- 6 pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test

H3 - Recherche de l'antigène HBs au cours de la grossesse (attention, il ne s'agit pas des Ac anti-HBs)

- 1 Ag HBs négatif
- 2 Ag HBs positif
- 3 test non fait car portage de l'Ag HBs connu avant la grossesse
- 4 test non fait pour une autre raison (femme vaccinée, grossesse non suivie...)
- 5 pas d'information concernant la réalisation ou le résultat du test

- Si Ag HBs positif** {
- H3a -, date de découverte :
 - 1 à l'occasion de cette grossesse
 - 2 avant cette grossesse
 - 3 information non disponible

H4 - Statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose (résultat du dernier test réalisé pendant la grossesse) :

- 1 absence d'anticorps (femme séronégative)
- 2 présence d'IgG spécifiques (femme immunisée)
- 3 séroconversion : positivation de la sérologie pendant la grossesse
- 4 statut non connu

H5 - Vaccination de la mère contre la coqueluche réalisée en suites de couches ... * non † oui ‡ inconnu

AUTRES PATHOLOGIES ET COMPLICATIONS

I1 - Menace d'accouchement prématuré ayant nécessité une hospitalisation ° non † oui

- Si oui** {
- I1a - date de l'hospitalisation (la 1^{ère} si plusieurs) / / | | |
 - I1b- durée totale d'hospitalisation (en jours) |

I2 - Placenta praevia (bas inséré ou recouvrant) :

- ° non
- 1 oui sans hémorragie
- 2 oui avec hémorragie

I3 - Hypertension artérielle pendant la grossesse (systolique ≥ 140 ou diastolique ≥ 90)

- ° non
- 1 oui avec protéinurie ($\geq 0,3$ g/l ou par 24h)
- 2 oui sans protéinurie

- Si oui** {
- I3a - date au diagnostic / / | | |
 - I3b - hospitalisation : * non † oui

I4 - Diabète gestationnel

- ° non
- 1 oui traité par insuline
- 2 oui traité par régime (sans insuline)
- 3 oui mais traitement inconnu

I5 - Mention en clair dans le dossier d'une suspicion d'anomalie de poids fœtal pendant la grossesse

- ° non
- 1 oui, RCIU, hypotrophie, PAG, petit poids etc
- 2 oui, macrosomie, gros bébé etc.

→ **Si grossesse multiple, passez à la question I10.**

16 - Poids fœtal (en g) estimé à l'échographie du 3^{ème} trimestre (la plus proche de 32 SA)

17 - Age gestationnel à cette estimation du poids (en SA + jour) SA + J

18 - Percentile du poids fœtal estimé lors de cette échographie :

1 < 5^{ème} p 2 5-9^{ème} p 3 10-90^{ème} p 4 91-95^{ème} p
 5 > 95^{ème} p 6 non précisé 7 compte-rendu non disponible

19 - Percentile du périmètre abdominal lors de cette échographie :

1 < 5^{ème} p 2 5-9^{ème} p 3 10-90^{ème} p 4 91-95^{ème} p
 5 > 95^{ème} p 6 non précisé 7 compte-rendu non disponible

110 - Autre(s) pathologie(s) sévère(s) et complication(s) en cours de grossesse

0 non
 1 oui ; préciser : _____

111 - Administration anténatale de corticoïdes pour maturation fœtale ° non 1 oui

Si oui, { 111a - Date de la première cure (jj/mm) /

112 - Transfert in utero d'une autre maternité pour hospitalisation ou accouchement ° non 1 oui

La suite du questionnaire est à remplir pour chaque enfant, en cas de grossesse multiple

ACCOUCHEMENT

J1 - Grossesse : 1 unique 2 gémellaire 3 triple ou plus

J2 - Age gestationnel à l'accouchement (semaines/jours d'aménorrhée) SA + J

J3 - Présentation 1 céphalique
 2 siège
 3 autre

J4 - Début du travail 1 travail spontané
 2 déclenchement (y compris maturation du col seul)
 3 césarienne avant début du travail

Si déclenchement, { J4a - méthode utilisée initialement
 1 ocytocine seule
 2 maturation cervicale

Si maturation cervicale, { J4a1 - technique(s) utilisée(s) (2 réponses possibles)
 1 progest®, gel de prostaglandine
 2 misoprostol (cytotec®, Misodel® etc)
 3 autre (ballonnet, lamineaires etc) ; préciser : _____

Si déclenchement ou césarienne avant travail { J4b - motif(s) (2 motifs possibles)
 1 post-terme ou prévention du post-terme
 2 rupture prématurée des membranes
 3 anomalie de la présentation
 4 suspicion de macrosomie
 5 RCIU, petit poids pour l'âge gestationnel, hypotrophie
 6 autre anomalie de la vitalité fœtale
 7 utérus cicatriciel
 8 diabète gestationnel ou préexistant
 9 placenta prævia
 10 autre pathologie maternelle
 11 sans motif médical
 12 autre ; préciser : _____

J5 - Rupture de la poche des eaux :

- 1 spontanée avant travail
- 2 spontanée durant le travail
- 3 artificielle durant le travail ou en cours de césarienne

J6 - Date de rupture de la poche des eaux (jour/mois/heures/minutes)

J J / M M / H H / M N

→ Si césarienne avant travail, passez à la question J18.

J7 - Date et heure d'entrée en salle d'accouchement (pour l'accouchement) (jour/mois/heures/minutes)

J J / M M / H H / M N

J8 - Dilatation cervicale à l'entrée en salle d'accouchement (pour l'accouchement) (en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète)

J9 - Date en heures et minutes lors de la dilatation cervicale à 10 cm (dilatation complète) (noter 99 99 si césarienne durant travail avant 10 cm)

H H / M N

J10 - Ocytociques pendant le travail : ° non ¹ oui

Si oui, { J10a - date en heures et minutes au début du traitement

H H / M N

J11 - Si travail spontané ou déclenché, analgésie pendant le travail

- 0 aucune
- 1 péridurale
- 2 rachianalgésie
- 3 péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
- 4 analgésie parentérale
- 5 autre ; préciser : _____
(Si PCEA sans autre indication dans le dossier, coder 1)

Si 1, 2, 3 { J11a - date en heures et minutes lors de la pose

H H / M N

J12 - Accouchement 1 voie basse non instrumentale

- 2 forceps
- 3 spatules
- 4 ventouse
- 5 césarienne

J13 - Si voie basse (spontanée ou instrumentale), durée totale des efforts expulsifs (minutes) ?

J14 - Episiotomie : ° non ¹ oui

J15 - Déchirure

- 0 non
- 1 déchirure du 1^{er} degré ou déchirure périnéale simple (2^{ème} degré)
- 2 périnée complet, ou complet-complicqué (3^{ème} ou 4^{ème} degré)

J16 - Si césarienne durant travail, dilatation cervicale lors du passage au bloc opératoire (en cm, noter 00 si col fermé, 10 si dilatation complète)

J17 - Motif de césarienne pendant travail ou de voie basse instrumentale (deux motifs possibles)

- 1 stagnation de la dilatation et/ou non-engagement de la présentation (dystocie) ou non progression de la présentation
- 2 anomalie du RCF ou du pH / lactates au scalp
- 3 autre indication fœtale
- 4 indication maternelle
- 5 autre ; préciser : _____

J18 - Si césarienne ou extraction instrumentale, mode d'anesthésie

- 1 péridurale
- 2 rachianesthésie
- 3 péri-rachi combinée (ou rachi-péri séquentielle)
- 4 anesthésie générale
- 5 autre ; préciser : _____

Pour toutes les femmes

J19 - Injection préventive d'ocytociques (y compris pour les femmes ayant eu une césarienne) (2 choix possibles)

- ° non
- 1 bolus ou IV lente au moment du dégageement des épaules ou rapidement après la naissance
- 2 perfusion d'entretien dans les heures suivant la naissance

J20 - Hémorragie sévère du post-partum (au moins un des critères suivants :

pertes sanguines ≥ 1000 mL, embolisation, chirurgie (ligature vasculaire, suture utérine compressive, hystérectomie), transfusion de concentrés globulaires). ° non 1 oui

J21 - Hospitalisation particulière ou transfert de la mère

- ° non
- 1 en réanimation ou en soins intensifs
- 2 en unité de surveillance continue (USC)
- 3 dans un autre service pour raison médicale maternelle
préciser la spécialité médicale du service : _____
- 4 pour accompagner l'enfant
- 5 en Centre Périnatal de Proximité (CPP)

Si 1, 2 ou 3 { J21a - motif _____

Si 1, 2 { J21b - durée : 1 moins de 24 heures, 2 24 heures ou plus

ENFANT

K1 - Résultat du pH au cordon

K2 - Un ou plusieurs prélèvements bactériologiques périphériques réalisés

en salle de naissance (type prélèvement gastrique, oreille, anus) : ° non 1 oui 2 ne sait pas

K3 - Gestes techniques en raison de l'état à la naissance

K3a - Ventilation au masque : ° non 1 au ballon 2 Néopuff 3 moyen non précisé

K3b - PPC nasale (CPAP) : ° non 1 oui

K3c - Intubation : ° non 1 oui

K4 - Apgar à 1 minute

K5 - Apgar à 5 minutes

K6 - Sexe : 1 : masculin ; 2 : féminin

K7 - Poids (grammes)

K8 - Taille (cm)

K9 - Périmètre crânien (cm)

K10 - Anomalie congénitale

- ° non
- 1 oui ; préciser de manière détaillée : _____

K11 - Décès en maternité (si naissance vivante) : ° non 1 oui

K12 - Transfert de l'enfant, mutation, ou hospitalisation particulière dans la maternité

- 0 non
- 1 en réanimation ou en soins intensifs
- 2 en néonatalogie
- 3 en unité de néonatalogie dans la maternité (y compris unité kangourou)
- 4 autre ; préciser : _____

Si en dehors de la maternité (réponses 1, 2, 4)

K12a - transfert ou mutation :

- 1 dans le même établissement (même site)
- 2 dans un autre établissement

Si réponses 1 à 4

K12b - Motif du transfert, ou de l'hospitalisation particulière dans la maternité (deux motifs possibles)

- 1 prématurité ou hypotrophie (petit poids pour l'âge gestationnel)
- 2 détresse respiratoire
- 3 suspicion d'infection
- 4 anomalie congénitale
- 5 autre ; préciser : _____

K13 - Si nouveau-né de mère antigène HBs positive, sérovaccination à la naissance

- 0 non
- 1 oui
- 2 non connu

K14 - Vaccination du nouveau-né contre la tuberculose par le vaccin BCG avant la sortie de la maternité

- 0 non
- 1 oui
- 2 non connu

K15 - Date de sortie de la mère de la maternité (jj/mm) _____

J	J	/	M	M
---	---	---	---	---

K16 - Si le suivi de la grossesse a été réalisé en partie en dehors de la maternité, description du dossier médical : les informations sur le suivi de la grossesse et sur l'accouchement sont inscrites sur un dossier commun partagé depuis la déclaration de grossesse :

- 0 non
- 1 dossier papier commun
- 2 dossier informatique commun

LE BILAN (A remplir pour tous les questionnaires lorsque la femme a accepté de participer)

L1 - Présence d'une tierce personne lors de l'entretien en face-à-face et du remplissage de l'auto-questionnaire

- 0 non
- 1 oui ; préciser qui : _____
- 2 pas d'entretien ni d'auto-questionnaire

L2 - Déroulement de l'entretien en face à face

- 1 réponses de la femme sans aide
- 2 réponses aidées d'un proche
- 3 réponses aidées de l'enquêteur
- 4 pas d'entretien

L3 - Remplissage de l'auto-questionnaire

- 1 rempli par la femme sans aide
- 2 rempli par la femme avec l'aide de l'enquêteur ou d'une autre personne
- 3 lu et rempli par l'enquêteur
- 4 pas d'auto-questionnaire

L4 - Si entretien impossible ou difficile, pourquoi ?

- 1 refus de la femme ; préciser la raison ci-dessous
- 2 état de santé de l'enfant
- 3 état de santé de la mère
- 4 problème de langue
- 5 autre ; *préciser* : _____

L5 - Si auto-questionnaire impossible ou difficile, pourquoi ?

- 1 refus de la femme ; préciser la raison ci-dessous
- 2 état de santé de l'enfant
- 3 état de santé de la mère
- 4 problème de langue
- 5 autre ; *préciser* : _____

QUESTIONNAIRE ANONYME

POUR LES FEMMES NE PARTICIPANT PAS A L'ENQUÊTE

LIEU D'ACCOUCHEMENT

- Q1 - Statut : ¹ Public ou ESPIC ² Privé
Q2 - Niveau de spécialisation de la maternité : ¹ Type 1 ² Type 2 ³ Type 3

MÈRE

- Q3 - Age de la mère ¹ < 20 ² 20-24 ³ 25-29 ⁴ 30-34 ⁵ 35-39 ⁶ 40-44 ⁷ 45 et +
Q4 - Nombre d'accouchement(s) (*accouchement actuel non compris*)
Q5 - Antécédent de césarienne (*grossesse actuelle non comprise*) * non ¹ oui
Q6 - Grossesse : ¹ unique ² gémellaire
Q7 - Age gestationnel à l'accouchement (*semaines/jours d'aménorrhée*) SA + J
Q8 - Début du travail ¹ travail spontané ² déclenchement du travail (y compris maturation du col seule)
³ césarienne avant début de travail

ENFANT 1

- Q9 - Etat à la naissance ¹ Vivant ² mort-né ³ IMG
Q10 - Présentation ¹ céphalique ² siège ³ autre
Q11 - Accouchement ¹ voie basse non instrumentale ² forceps, spatules, ventouse
³ césarienne
Q12 - Poids (*grammes*)
Q13 - Apgar à 5 minutes
Q14 - Transfert de l'enfant en réanimation, SI, néonatalogie, unité kangourou * non ¹ oui
Q15 - Allaitement maternel (*exclusif ou mixte*) avant la sortie * non ¹ oui

ENFANT 2

- Q16 - Etat à la naissance ¹ Vivant ² mort-né ³ IMG
Q17 - Présentation ¹ céphalique ² siège ³ autre
Q18 - Accouchement ¹ voie basse non instrumentale ² forceps, spatules, ventouse
³ césarienne
Q19 - Poids (*grammes*)
Q20 - Apgar à 5 minutes
Q21 - Transfert de l'enfant en réanimation, SI, néonatalogie, unité kangourou * non ¹ oui
Q22 - Allaitement maternel (*exclusif ou mixte*) avant la sortie * non ¹ oui

ANNEXE III : CONTRÔLE DE LA COHÉRENCE ET DE LA SAISIE DES DONNÉES

Les questionnaires papiers ont été consultés pour vérifier l'information saisie, afin de réaliser les contrôles de cohérence et apurer la base de données. Les incohérences suivantes ont été relevées dans la base de données brute puis corrigées :

- La variable permettant de connaître l'ordre de naissance pour les naissances gémellaires, a été remplacée pour deux mères dont le codage n'était pas cohérent avec le type de grossesse ;
- Le numéro de maternité était différent dans le questionnaire naissance et dans l'auto-questionnaire de deux mères. Le lieu d'accouchement a pu être identifié à partir du questionnaire papier. De même, des numéros de mères différents dans le questionnaire naissance et l'auto-questionnaire de deux mères ont été retrouvés puis corrigés à partir des questionnaires papiers ;
- Dans la base, sept questionnaires doublons ont été identifiés et supprimés. Et, huit questionnaires avec des numéros de maternité, de mère et d'ordre de naissance identiques mais des informations différentes pour les autres variables ont été également retrouvés. Les numéros des mères ont été modifiés pour les différencier ;
- Pour les variables relatives à la nationalité ou au lieu de naissance, différentes orthographes ont été retrouvées pour une même réponse. Les réponses ont été homogénéisées.
- Pour des variables à réponse unique il arrivait que plusieurs réponses aient été données par les femmes. Il a donc fallu faire des choix cohérents par rapport aux informations déjà disponibles sur la mère. Cela a été le cas pour les variables sur la couverture sociale en début de grossesse (une mère), la raison du dosage sanguin non fait pour connaître le risque de trisomie 21 (une mère), le diabète gestationnel (une mère), le percentile du poids fœtal lors de l'échographie du 3^{ème} trimestre (une mère), l'analgésie pendant le travail si travail spontané ou déclenché (trois mères), le mode d'anesthésie si césarienne ou extraction instrumentale (deux mères), l'injection préventive d'ocytociques (trois mères), le transfert de l'enfant ou une mutation ou une hospitalisation particulière dans la maternité (une mère), la consultation d'un professionnel pour des difficultés psychologiques pendant la grossesse (une mère) et la fréquence de consommation de boissons alcoolisées avant la grossesse (une mère) ;
- Des incohérences ont été également observées sur des paires de variables proches notamment la connaissance du revenu et le montant du revenu, les grossesses antérieures et le nombre de grossesses, le nombre de grossesses et le nombre d'accouchements, le temps de transport pour aller jusqu'à la maternité pour accoucher et le type d'accouchement. De plus, certaines questions étaient à passer selon les réponses aux questions précédentes. Ces sauts de questions n'ont pas toujours été effectués et certaines réponses ont dû être supprimées.

Après la correction de ces incohérences la base de données a été constituée sur un fichier statistique de type SAS pour les différentes analyses.



ANNEXE IV. TAUX DE NON RÉPONSE

Questions	Module du questionnaire	Individus concernés par la question	Nombre de répondants	Taux de non réponse parmi l'ensemble des individus concernés par la question	Taux de non réponse parmi l'ensemble des individus inclus dans l'enquête	
Mode d'accouchement (voie basse instrumentale/voie basse simple /césarienne)	Questionnaire minimal	1008 mères	1004	0,4	0,4	
Age de la mère (en classe)		1008 mères	1003	0,5	0,5	
Age gestationnel		1008 mères	992	1,6	1,6	
Poids de naissance		1025 enfants	1019	0,6	0,6	
Apgar à 5 minutes		1025 enfants	968	5,6	5,6	
Antécédent d'hypertension artérielle antérieure à la grossesse	Recueil des données à partir du dossier médical	913 mères	901	1,3	10,6	
Antécédent de diabète antérieur à la grossesse		913 mères	902	1,2	10,5	
Nombre de grossesses antérieures		913 mères	911	0,2	9,6	
Antécédent d'enfant mort-nés		913 mères	907	0,7	10,0	
Antécédent d'enfant nés prématurés		913 mères	747	18,2	25,9	
Antécédent de décès néonataux		913 mères	907	0,7	10,0	
Antécédent d'enfants nés hypotrophes		913 mères	651	28,7	35,4	
Statut sérologique vis-à-vis de la rubéole*		913 mères	891	2,4	11,6	
Dépistage VIH au cours de la grossesse*		913 mères	894	2,1	11,3	
Placenta previa		913 mères	869	4,8	13,8	
Diabète gestationnel		913 mères	875	4,2	13,2	
Estimation poids fœtal au 3^{ème} trimestre		913 mères	536	41,3	46,8	
Administration de corticoïde pour maturation fœtale		913 mères	900	1,4	10,7	
Ocytociques pendant le travail		913 mères	844	7,6	16,3	
Episiotomie		758 mères (voie basse seulement)	751	0,9	10,0	
Prélèvements bactériologiques périphériques sur le nouveau-né*		927 enfants	903	2,6	11,9	
Taille de l'enfant		927 enfants	867	6,5	15,4	
Vaccination contre la tuberculose du nouveau-né		927 enfants	920	0,8	10,2	
Date de sortie de la maternité de la mère		913 mères	260	71,5	74,2	
Niveau d'étude		Entretien face à face	821 mères	817	0,5	18,9
Nationalité			821 mères	821	0,0	18,6
Revenu moyen du ménage			821 mères	625	23,9	38,0
Couverture sociale			821 mères	818	0,4	18,8
Antécédent d'IVG	821 mères		690	16,0	31,5	
Utilisation d'un moyen contraceptif	821 mères		818	0,4	18,8	
Nombre de consultations prénatales	821 mères		714	13,0	29,2	
Hospitalisation pendant grossesse	821 mères		817	0,5	18,9	
Réalisation de l'entretien précoce*	821 mères		800	2,6	20,6	
Poids avant la grossesse	821 mères		640	22,0	36,5	
Taille de la mère	821 mères		572	30,3	43,3	
Nombre d'échographies réalisées	821 mères		783	4,6	22,3	
Réalisation de la clarté nucale*	821 mères		471	42,6	53,3	
Dosage sanguin pour la trisomie 21*	821 mères		482	41,3	52,2	
Antécédents familiaux de diabète*	821 mères		796	3,0	21,0	
Dépistage du cancer du col de l'utérus pendant la grossesse*	821 mères		783	4,6	22,3	
Rappel vaccinal incluant la coqueluche dans les 10 dernières années*	821 mères		465	43,4	53,9	
Prise préventive d'acide folique*	821 mères		734	10,6	27,2	
Souhait analgésie péridurale avant accouchement	821 mères		779	5,1	22,7	
Perte d'intérêt pour la plupart des choses (loisirs, travail, activités) sur une période d'au moins deux semaines pendant la grossesse	Auto-questionnaire		821 mères	815	0,7	19,1
Fréquence consommation alcool			821 mères	812	1,1	19,4
Consommation de cannabis pendant la grossesse			821 mères	811	1,2	19,5

Source: EENP Mayotte 2016, ENP 2016

* Ces questions avaient les propositions de réponse "ne sait pas" ou "non précisé. Ces dernières ont été assimilées à de la non réponse
Lecture : En gras sur fond orangé figurent les questions qui comportent plus de 10% de non réponses parmi les individus concernés.

ANNEXE V. ANALYSE DES NON-RÉPONSES

Dans l'annexe IV, des questions présentant des taux de non-réponse supérieurs à 10% ont été identifiées. Pour 8 de ces questions, cette annexe présente une comparaison des caractéristiques socio-économiques (nationalité, couverture sociale, niveau d'étude, revenu du ménage) des femmes pour lesquelles l'information a été renseignée et pour celles où elle ne l'a pas été.

Il en ressort que pour 6/8 des questions étudiées des différences significatives ont été observées entre au moins deux des quatre caractéristiques socio-économiques comparées. Les 2 questions pour lesquelles aucune différence significative n'a été notée entre les sous-populations répondantes et non répondantes sont : le nombre de consultations prénatales réalisées et le fait d'avoir reçu un rappel vaccinal incluant la coqueluche ces 10 dernières années. Pour 4/8 des questions étudiées (antécédent d'enfant prématuré et d'enfant hypotrophe, réalisation de la mesure de la clarté nucale et poids de la mère avant la grossesse) des différences significatives ont été notées pour les 4 variables sociodémographiques testées.

Quand ces différences existent, elles vont toujours dans le même sens (à l'exception près de la question portant sur l'existence d'un antécédent d'IVG) : les femmes non affiliées, celles de nationalité étrangère, celles ayant un niveau d'étude faible et celles présentant un revenu de ménage mensuel inférieur à 500€ présentent davantage de données manquantes.

A titre d'exemple, 90,6% des mères affiliées ont indiqué si elles avaient déjà eu un enfant prématuré contre seulement 63,3% des mères non affiliées, la question portant sur la réalisation de la mesure de clarté nucale a été complétée par les trois quarts (73,3%) des mères françaises et par seulement la moitié (52,2%) des mères étrangères.

Tableau 54 : Tableau bilan: associations entre les non-réponses et 4 variables sociodémographiques

	Variables sociodémographiques testées			
	Nationalité	Couverture sociale	Niveau d'étude	Revenu (au seuil de 500€)
Non-réponse aux variables :				
Antécédent d'enfant prématuré	p<0,0001	p<0,01	p<0,01	p<0,05
Antécédent d'enfant né hypotrophe	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001
Poids fœtal à l'échographie du 3 ^{ème} trimestre	p<0,001	p<0,0001	NS	NS
Antécédent d'IVG	p<0,05	NS	p<0,0001	NS
Réalisation de la mesure de la clarté nucale	p<0,0001	p<0,01	p<0,0001	p<0,0001
Rappel vaccinal incluant la coqueluche les 10 dernières années	NS	NS	NS	NS
Nombre de consultations prénatales	NS	NS	NS	NS
Poids de la mère avant la grossesse	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001	p<0,0001

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016

Lecture : Une association forte (p<0,0001) a été observée entre la nationalité et le fait de répondre ou non à la question portant sur l'existence d'antécédent d'enfant prématuré.

1 - Existence d'un antécédent d'enfant né prématuré (18,2% de non-réponses)

Nationalité	Donnée manquante		Donnée renseignée		p
	n	%	n	%	
Française	19	14,0	183	47,5	p<0,0001
Etrangère	117	86,0	202	52,5	
Couverture sociale	n	%	n	%	p
Sécurité sociale ou CMU	38	27,9	274	40,2	p<0,01
Aucune	98	72,1	408	59,8	
Niveau d'étude	n	%	n	%	p
Non scolarisé ou primaire	79	58,1	289	42,4	p<0,01
Niveau collège ou enseignement professionnel court	35	25,7	188	27,6	
Niveau lycée	10	7,3	126	18,5	
Niveau supérieur au baccalauréat	12	8,8	78	11,4	
Revenu moyen du ménage	n	%	n	%	p
< 500€	66	68,0	291	55,1	p<0,05
> 500€	31	32,0	237	44,9	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
 Champ : Recueil de données dans le dossier médical

2 - Existence d'un antécédent d'enfant né hypotrope (28,7% de non-réponses)

Nationalité	Donnée manquante		Donnée renseignée		p
	n	%	n	%	
Française	29	13,0	173	28,9	p<0,0001
Etrangère	194	87,0	425	71,0	
Couverture sociale	n	%	n	%	p
Sécurité sociale ou CMU	52	23,5	259	43,5	p<0,0001
Aucune	169	76,5	337	56,5	
Niveau d'étude	n	%	n	%	p
Non scolarisé ou primaire	143	64,1	225	37,9	p<0,0001
Niveau collège ou enseignement professionnel court	52	23,3	171	28,8	
Niveau lycée	14	6,3	122	20,5	
Niveau supérieur au baccalauréat	14	6,3	76	12,8	
Revenu moyen du ménage	n	%	n	%	p
< 500€	114	74,0	243	51,6	p<0,0001
> 500€	40	26,0	228	48,4	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
 Champ : Recueil de données dans le dossier médical

3 - Poids fœtal à l'échographie du troisième trimestre (41,3% de non-réponses)

	Donnée manquante		Donnée renseignée		p
	n	%	n	%	
Nationalité					
Française	61	18,4	141	28,8	p<0,001
Etrangère	270	81,6	349	71,2	
Couverture sociale					
Sécurité sociale ou CMU	89	27,1	222	45,4	p<0,0001
Aucune	239	72,9	267	54,6	
Niveau d'étude					
Non scolarisé ou primaire	164	49,7	204	41,9	NS
Niveau collège ou enseignement professionnel court	84	25,5	139	28,5	
Niveau lycée	51	15,5	85	17,5	
Niveau supérieur au baccalauréat	31	9,4	59	12,1	
Revenu moyen du ménage					
< 500€	137	61,7	220	54,6	NS
> 500€	85	38,3	183	45,4	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
Champ : Recueil de données dans le dossier médical

4 - Existence d'un antécédent d'IVG (16,0% de non-réponses)

	Donnée manquante		Donnée renseignée		p
	n	%	n	%	
Nationalité					
Française	43	32,8	159	23,0	p<0,05
Etrangère	88	67,2	531	77,0	
Couverture sociale					
Sécurité sociale ou CMU	49	38,0	262	38,1	NS
Aucune	80	62,0	426	61,9	
Niveau d'étude					
Non scolarisé ou primaire	32	24,8	336	48,8	p<0,0001
Niveau collège ou enseignement professionnel court	39	30,2	184	26,7	
Niveau lycée	38	29,5	98	14,2	
Niveau supérieur au baccalauréat	20	15,5	70	10,2	
Revenu moyen du ménage					
< 500€	56	56,0	301	57,3	NS
> 500€	44	44,0	224	42,7	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
Champ : Entretien face à face

5 - Réalisation de la clarté nucale (42,6% de non-réponses)

	Donnée manquante		Donnée renseignée		p
	n	%	n	%	
Nationalité					
Française	54	15,4	148	31,4	p<0,0001
Etrangère	296	84,6	323	68,6	
Couverture sociale					
Sécurité sociale ou CMU	111	31,8	201	42,9	p<0,01
Aucune	238	68,2	268	57,1	
Niveau d'étude					
Non scolarisé ou primaire	178	51,1	190	40,5	p<0,0001
Niveau collège ou enseignement professionnel court	94	27,0	129	27,5	
Niveau lycée	59	17,0	77	16,4	
Niveau supérieur au baccalauréat	17	4,9	73	15,6	
Revenu moyen du ménage					
< 500€	183	65,4	174	50,4	p<0,001
> 500€	97	34,6	171	49,6	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
 Champ : Entretien face à face

6 - Rappel vaccinal incluant la coqueluche ces 10 dernières années (43,4% de non-réponses)

	Donnée manquante		Donnée renseignée		p
	n	%	n	%	
Nationalité					
Française	90	25,3	112	24,1	NS
Etrangère	266	74,7	353	75,9	
Couverture sociale					
Sécurité sociale ou CMU	147	41,4	165	35,5	NS
Aucune	207	58,6	299	64,5	
Niveau d'étude					
Non scolarisé ou primaire	158	44,8	210	45,3	NS
Niveau collège ou enseignement professionnel court	94	26,6	129	27,8	
Niveau lycée	65	18,4	71	15,3	
Niveau supérieur au baccalauréat	36	10,2	54	11,6	
Revenu moyen du ménage					
< 500€	158	56,4	199	57,7	NS
> 500€	122	43,6	146	42,3	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016
 Champ : Entretien face à face: Nationalité, couverture sociale, niveau d'étude, revenu et rappel vaccinal

7 - Nombres de consultations prénatales réalisées (13,0% de non-réponses)

Nationalité	Donnée manquante		Donnée renseignée		p
	n	%	n	%	
Française	22	20,6	180	25,2	NS
Etrangère	85	79,4	534	74,8	
Couverture sociale	n	%	n	%	p
Sécurité sociale ou CMU	36	34,0	276	38,8	NS
Aucune	70	66,0	436	61,2	
Niveau d'étude	n	%	n	%	p
Non scolarisé ou primaire	43	40,2	325	45,8	NS
Niveau collège ou enseignement professionnel court	32	29,9	191	26,9	
Niveau lycée	18	16,8	118	16,6	
Niveau supérieur au baccalauréat	14	13,1	76	10,7	
Revenu moyen du ménage	n	%	n	%	p
< 500€	49	66,2	308	55,9	NS
> 500€	25	33,8	243	44,1	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016

Champ : Entretien face à face: Nationalité, couverture sociale, niveau d'étude, revenu et nombre de consultations prénatales réalisées

8 - Poids de la mère avant la grossesse (22,0% de non réponses)

Nationalité	Donnée manquante		Donnée renseignée		p
	n	%	n	%	
Française	16	8,8	186	29,1	p<0,0001
Etrangère	165	91,2	454	70,9	
Couverture sociale	n	%	n	%	p
Sécurité sociale ou CMU	31	17,4	281	43,9	p<0,0001
Aucune	147	82,6	359	56,1	
Niveau d'étude	n	%	n	%	p
Non scolarisé ou primaire	118	65,6	250	39,2	p<0,0001
Niveau collège ou enseignement professionnel court	41	22,8	182	28,6	
Niveau lycée	17	9,4	119	18,7	
Niveau supérieur au baccalauréat	4	2,2	86	13,5	
Revenu moyen du ménage	n	%	n	%	p
< 500€	85	75,9	272	53,0	p<0,0001
> 500€	27	24,1	241	47,0	

Source : EENP Mayotte 2016, ENP 2016

Champ : Entretien face à face



Retrouvez toutes les publications des membres de la plateforme sur leur site internet :

Sur le site internet de l'ARS OI, dans la rubrique **PUBLICATIONS** :
<https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/liste-etudes-rapports>

ORS Océan Indien :
<http://www.ors-ocean-indien.org/>

Cire OI :
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Regions-et-territoires/Sante-publique-France-dans-votre-region/Ocean-Indien>

Directeur de la publication :

Martine LA DOUCETTE

Responsable de la rédaction :

Eric MARIOTTI

Auteurs :

Fanny PARENTON
Hassani YOUSOUF

Contributeurs :

Eric MARIOTTI
Anne BARBAIL
Margaux CHARTIER

Comité de relecture :

ARS OI - CHM - CHU La Réunion - DREES - INSERM - FFRSP

Conception et réalisation :

Design System