

# Mayotte Rapport sur la PMI Femme de Passamainty

## Comparaison entre 2004, 2008 et 2009

**Catherine FRAISSAIS**  
Sage-femme territoriale  
Conseil général de Mayotte

*Sage-femme à Mayotte depuis de nombreuses années, j'ai été le témoin de beaucoup de changements dans la prise en charge des femmes enceintes. Afin d'avoir une idée sur les indicateurs périnataux, j'ai donc procédé dans le secteur géographique de Passamainty à une saisie anonyme des données issues du dossier obstétrical des patientes, le but étant de connaître l'évolution de leur état de santé entre 2004 et 2008.*



### Zone géographique concernée et caractéristiques de la population

La commune de Passamainty, proche de Mamoudzou, comprend les villages de Tsoundzou 1, Tsoundzou 2, Kwale, Doujani 2 et 3. Elle fait partie du Grand Mamoudzou, c'est un secteur urbain. En 2007, ce village représentait 27 % de la population de Mamoudzou selon les données de l'I.N.S.E.E. (1).

Cette population a évolué entre 1987 et 2007 :

- Pour le village de Passamainty seul, le nombre d'habitants est passé de 5 137 à 7 086,
- Pour Tsoundzou 1 de 2 093 à 3 398,
- Pour Tsoundzou 2 de 574 à 1 671.

Concernant les inscriptions des nouvelles grossesses (en moyenne 450 à 500 patientes par an), 34 % sont originaires de Passamainty, 12 % de Tsoundzou 1, 44 % de Tsoundzou 2 et 10 % pour les autres villages (Doujani 1, 2 et 3). Quel que soit le lieu d'habitation, le centre de consultation est

facilement accessible en taxi (l'aller-retour coûte 2,40 euros).

Selon notre registre de femmes enceintes en 2008 (503 inscriptions de grossesses), 81 % des patientes sont d'origine étrangère, 34 % des couples sont mixtes (Mahorais/Comoriens), moins de 10 % de nos patientes ont une activité salariée.

### ► La protection sociale

Seulement 16 % des patientes ont la Sécurité sociale, parmi les femmes mahoraises. 24 % d'entre elles ne sont pas affiliées pour des raisons diverses : état civil pas encore validé par la C.R.E.C. (Commission de Révision de l'État civil), incapacité à faire face à l'administration, patientes ne pouvant pas s'inscrire à la Sécurité sociale de Mayotte parce qu'elles ne peuvent pas fournir de R.I.B., jeunes filles mineures non inscrites sur la Sécurité sociale de leurs parents.

Jusqu'à ce jour, l'aide médicale d'État n'est pas appliquée à Mayotte.

### Mots clefs

- Première visite tardive.
- Petit poids de naissance.
- Précarité.
- Accès aux soins.

PHOTOS ET GRAPHIQUES :  
©Catherine FRAISSAIS.

## L'évolution de la PMI depuis 1990

Afin de bien comprendre le contexte de cette île, il est nécessaire de faire un bref rappel historique.

- La médicalisation de la grossesse est extrêmement récente à Mayotte car il y a trente ans, 75 % des femmes accouchaient à domicile <sup>(2)</sup>. Ce taux a considérablement diminué puisque maintenant, il est de l'ordre de 10 % sur l'ensemble de l'île d'après les chiffres de 2009 du C.H.M. <sup>(3)</sup>.
- Création à la fin des années 80 à Mayotte d'une École spécifique d'infirmières accoucheuses de la collectivité qui deviendra dans les années 2000 une véritable école d'infirmières avec, parallèlement, une école d'aides soignantes et d'auxiliaires de puériculture. Il n'y a pas d'école de sages-femmes à Mayotte.

En 1990, le suivi obstétrical était réduit au strict minimum : examen clinique, datation d'après la hauteur utérine ou à l'aide de la date des dernières règles (utilisation du calendrier Musulman), pas d'échographies, ni d'examens sanguins de routine. Suite à l'enquête Hygrama <sup>(4)</sup> en 1991, les appareils d'échographie ont fait leur apparition à la P.M.I., l'objectif étant alors de dater l'ensemble des grossesses de l'île. Cette mission est encore d'actualité

à la PMI et concerne environ 80 % des grossesses que nous suivons.

À partir de 1994, le bilan sanguin est devenu systématique pour toutes les patientes enceintes, mais était alors limité à la numération formule sanguine, au groupe sanguin, ou aux sérologies (syphilis, hépatite B et le V.I.H.). Il a fallu attendre 1999 pour qu'enfin le bilan de grossesse soit conforme à celui de la métropole. En revanche, nous ne savons pas si l'A.R.S prend en charge le financement du dépistage de la trisomie 21.

Le premier gynécologue-obstétricien a été recruté en 1990, puis le nombre de sages-femmes a considérablement augmenté passant de 3 en 1991 à actuellement 150. Cela étant, malgré la pression démographique, les effectifs s'avèrent toujours insuffisants ; on déplore un turn-over important du personnel.

Vers 1995-1996, les petites maternités rurales se sont dotées des matériels indispensables (monitoring, tables de réanimation). Enfin, comme en métropole, une réorganisation des maternités a été entreprise avec la fermeture progressive des petites structures. Le nombre actuel de maternités est de cinq. L'avenir nous dira si cette transformation est adaptée pour Mayotte.

Suite à la modification statutaire, la P.M.I.-D.A.S.S a été transférée au Conseil général en 2005, avec création de la D.S.D.S. et d'une Caisse primaire d'Assurance-maladie. Les soins devenant payants pour les non-assurés sociaux dans les structures hospitalières et l'accès restant gratuit dans les centres médico-sociaux du Conseil général.

Suite à la délibération du 19 octobre 2009 <sup>(5)</sup>, le Conseil général n'a plus pris en charge les frais d'examens de laboratoire, les vaccins et les médicaments à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010 pour les non-assurés sociaux. C'est donc l'A.R.S. qui a pris le relais. La liste des médicaments a été considérablement diminuée, elle est maintenant limitée au fer, aux contraceptifs et aux vaccins. Pour les autres médicaments, les patientes doivent aller en pharmacie privée pour les acheter. Compte tenu du contexte, il serait souhaitable de rediscuter cette liste de médicaments et de réintroduire un ou deux antibiotiques, des ovules vaginaux ainsi qu'un antiseptique urinaire.

## Description des locaux et du matériel

La PMI de Passamainty se situe dans l'enceinte du dispensaire CHM. La majorité des bâtiments sont constitués d'Algécos, un pour la pesée des nourrissons, un pour les consultations, un pour la PMI femme et un autre, commun, pour la PMI femme et enfants.

La surface du bureau de consultation est de 6 m<sup>2</sup> !

PMI de Passamainty.

Le kiosque où les patientes attendent pour la consultation.





Vue de la PMI de Passamainty.

La salle de consultation est dotée d'un échographe (mis en service en 1999!) et d'un ordinateur permettant de noter, sur un fichier, les numéros d'inscription de grossesse des patientes depuis 2008, ainsi que le terme de la première échographie.

Le local est petit, il a donc fallu trouver un agencement permettant de tout installer sans être gêné. Les anciens dossiers sont conservés depuis 2008. Cela étant, il faudra que le Conseil général réfléchisse très rapidement à un lieu de stockage central.

Un quatrième Algéco a été installé depuis début 2009. Il aura fallu presque deux ans, après des demandes réitérées auprès des services concernés, pour obtenir la connexion avec le réseau d'eau de Mayotte!

La salle d'attente est commune aux patients venant consulter au C.H.M. et à la P.M.I.

Nous espérons, dans les années à venir, la construction d'un véritable Centre médico-social afin de recevoir correctement les patientes et de permettre aux personnels de consulter dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité.

### Le travail de la sage-femme

La PMI, sur l'ensemble de l'île, suit environ 80 % des grossesses, soit environ 6000 inscriptions de femmes enceintes. La PMI de Mayotte est la plus importante de France avec des moyens dérisoires. Chaque petite unité de PMI prend en charge environ 450 grossesses par an. L'idéal serait que, pour chaque sage-femme, le nombre d'inscriptions ne dépasse pas 300 à 350, au-delà de ce quota, la charge de travail n'est pas acceptable. Les consultations se font sur rendez-vous (sauf pour les visites postnatales) les lundis, mardis, mercredis, jeudis ; les vendredis sont consacrés aux réunions d'information dans les collèges et les lycées.

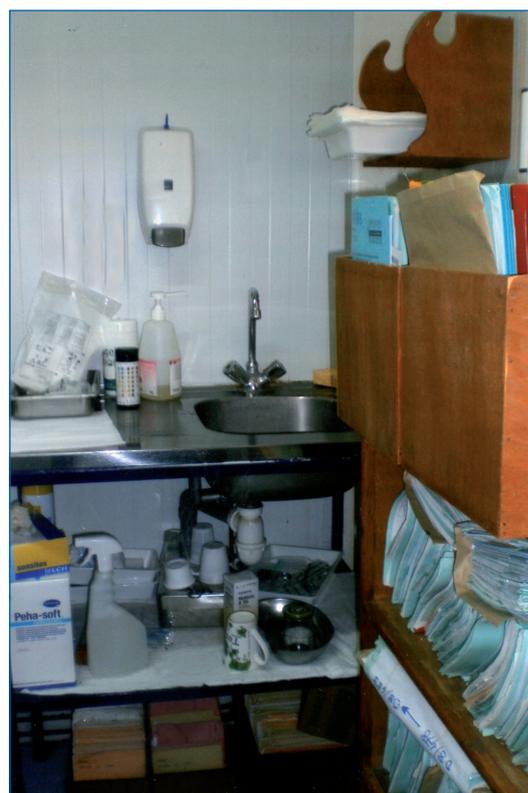
En 2009 à Passamainty, l'activité PMI Femme enceinte a réalisé 580 échographies de datation, 453 inscriptions de grossesses, 1 175 consultations prénatales, 265 visites postnatales, 136 doses de vaccins antitétaniques, 225 doses d'Ingérix, 58 demandes

d'I.V.G. Le nombre moyen de femmes vues par jour se situe environ à 20-25. En 2009, le nombre de consultations de contraception n'est pas connu avec précision puisque cette activité n'a été reprise qu'à partir du mois d'octobre 2009 par la sage-femme. L'année 2010 permettra d'avoir le reflet exact de l'activité contraceptive.

### ► Le suivi des grossesses

C'est une des missions de la P.M.I. (préambule du décret N° 92-785 du 6 août 1992, section I).<sup>(6)</sup>

Nous essayons d'expliquer à nos patientes la nécessité de consulter avant le 3<sup>e</sup> mois et d'effectuer sept visites. Toutes nos consultations se font en présence d'une interprète. Son rôle est déterminant car sans elle, nous ne serions pas en mesure de donner des conseils en matière de prévention et d'expliquer



Mon container de consultation, mes dossiers.

Les carnets de santé de Mayotte.



ce que nous faisons en consultation. La majorité de nos patientes ne parle pas français mais s'exprime en shimaorais, kibouchi ou kidzouani (langues d'origine Bantoue et Malgache). La patiente dans ce secteur verra la même sage-femme pendant toute la grossesse et en post-partum, ce qui permet d'établir un climat de confiance.

#### ► Déroulement de la première visite

C'est la plus longue puisqu'il nous faut environ 30 à 60 minutes, en fonction des patientes, pour remplir le dossier obstétrical ainsi que le carnet de santé. Elle comportera un recueil des données concernant les antécédents obstétricaux, gynécologiques, médicaux, chirurgicaux et familiaux. On fera le point sur les vaccinations ainsi que sur les conditions socio-économiques. La patiente aura le même numéro d'inscription pendant la grossesse en cours. Dans la mesure du possible, nous essayons de retrouver les dossiers obstétricaux antérieurs, cela évite de redemander inutilement certains examens de laboratoire.

Nous accomplissons donc l'examen obstétrical classique, le toucher vaginal n'est fait que sur signes d'appel. Depuis peu, nous proposons aux patientes au premier trimestre, un frottis cervico-vaginal.

La datation échographique est faite le jour même et permet d'emblée, la fixation du terme théorique de l'accouchement et le dépistage des grossesses multiples.

#### ► Prescription des examens de laboratoire (article R 2122-2)

Les prises de sang sont faites par le laboratoire privé. Les femmes se déplacent à Mamoudzou : aller-retour en taxi (2,40 euros).

Prescription des échographies morphologiques : les patientes n'ayant pas la Sécurité sociale essayent d'avoir un rendez-vous à l'hôpital ou en cabinet privé si elles en ont les moyens, ce qui est extrêmement rare.

Cette première visite permet déjà de repérer les patientes à risques ou susceptibles de l'être afin de les orienter vers le C.H.M., la pathologie n'étant pas du ressort de la PMI.

Il faut souligner qu'il est extrêmement difficile d'avoir une prise en charge sur le long terme pour nos grossesses pathologiques car le nombre de gynécologues à la maternité n'est pas toujours suffisant. À l'issue de cette première visite, nous transcrivons nos données sur le dossier vert obstétrical ainsi que sur le petit carnet de santé. Celui-ci est commun aux deux structures, servant aussi pour les consultations de médecine. Les résultats de laboratoire et les vaccinations sont notés ainsi que l'accouchement. Ce carnet est utilisé par tous les praticiens que la patiente consultera au cours de sa vie.

Les femmes conservent assez bien leur carnet, c'est un élément capital car il nous permet d'avoir un suivi cohérent sur plusieurs années. Très peu de femmes parlent le français ; elles n'ont souvent aucune notion des pathologies, du poids de naissance de leurs enfants ainsi que leur âge.

#### ► Les visites suivantes

Elles sont mensuelles. Nous refaisons le point par rapport à la dernière visite sur le plan clinique biologique. Nos patientes sont assez fidèles à leurs rendez-vous, sauf lorsqu'elles sont expulsées par la P.A.F. (police de l'air et des frontières). Elles sont informées de leurs résultats mais il est assez difficile d'expliquer certains examens car il n'y a pas toujours de traduction possible (groupe sanguin, sérologies, électrophorèse...). Notre objectif est de vérifier que tout va bien et d'orienter vers la maternité en cas de pathologie.

Nous mettons à jour les vaccinations contre le tétanos et l'hépatite B si besoin.

Lors de la visite du 8<sup>e</sup> mois, nous informons sur la nécessité de revenir nous voir pour la visite postnatale.

#### ► La consultation du 9<sup>e</sup> mois

À partir de 36 S.A., les patientes sont adressées à la maternité pour le suivi de fin de grossesse. La consultation est réalisée par les sages-femmes de la maternité de Mamoudzou – pour Passamainty les femmes sont vues à la maternité chaque lundi. Les dossiers sont transférés à la maternité par le chauffeur. Cela permet à l'équipe d'avoir les dossiers pour l'accouchement et de repérer les patientes qui nécessiteront une prise en charge spécifique.

#### ► Visite postnatale

Dans ce secteur, actuellement 1 femme sur 2 effectue la visite postnatale dans les deux mois qui suivent l'accouchement.

L'information a été faite lors de la consultation du 8<sup>e</sup> mois ainsi qu'à la sortie de la maternité.

On refait le point par rapport à l'allaitement maternel (éviter de donner des biberons de complément ; trop de femmes introduisent des biberons sans aucune justification).

## « Il est urgent de doter correctement le service social et de répondre aux attentes des familles quelle que soit leur origine. »

On conseille à la maman de prendre rendez-vous pour les vaccins du bébé.

On discute des diverses méthodes de contraception en essayant, si possible, de choisir la plus adaptée vis-à-vis de la patiente mais aussi en fonction de nos stocks disponibles.

Depuis juin 2010, il y a possibilité de faire les frottis à la PMI grâce au matériel donné par l'Association REDECA (réseau prenant en charge le financement de cette mission).

### ► Consultations de contraception

Elle vient en continuité de la visite postnatale, surveillance, vérification des antécédents médicaux, gynécologiques. Datation échographique des grossesses lors des demandes d'I.V.G.

La récente modification du code de déontologie des sages-femmes nous a enfin permis de prescrire de manière légale la contraception. La planification familiale est ici une priorité compte tenu du contexte. Les femmes peuvent être prises sans rendez-vous si le nombre total de consultations le permet.

### ► Au niveau psychosocial

Il y aurait beaucoup à faire, compte tenu de la précarité, des situations familiales difficiles (violence conjugale, couples instables, maris sans papiers expulsés laissant des femmes seules avec une nombreuse famille à nourrir). Les patientes elles-mêmes peuvent être expulsées quel que soit le terme de la grossesse ou quelques jours après l'accouchement. Cela concerne environ un quart de nos patientes entraînant alors un suivi de grossesse assez chaotique. Les patientes nous confient qu'elles ont peur de sortir de chez elles et le fait de se rendre à Mamoudzou les angoisse.

Avant leur expulsion, les patientes confient souvent leur petit carnet à leur voisine pour qu'il ne se perde pas. Elles reviennent très souvent en kwassas-kwassas (barques motorisées transportant les clandestins) dès qu'elles ont les moyens financiers (90 à 150 euros la traversée). Dès leur retour sur Mayotte, elles reprennent très rapidement contact avec la PMI.

La consultation est très souvent le seul lieu où elles peuvent se confier, retrouver les copines et discuter. L'impossibilité actuelle de pouvoir faire face aux demandes sociales de nos patientes n'est pas facile à vivre pour l'ensemble du personnel médico-social. Il est urgent de doter correctement le service social et de répondre aux attentes des familles quelle que soit leur origine.

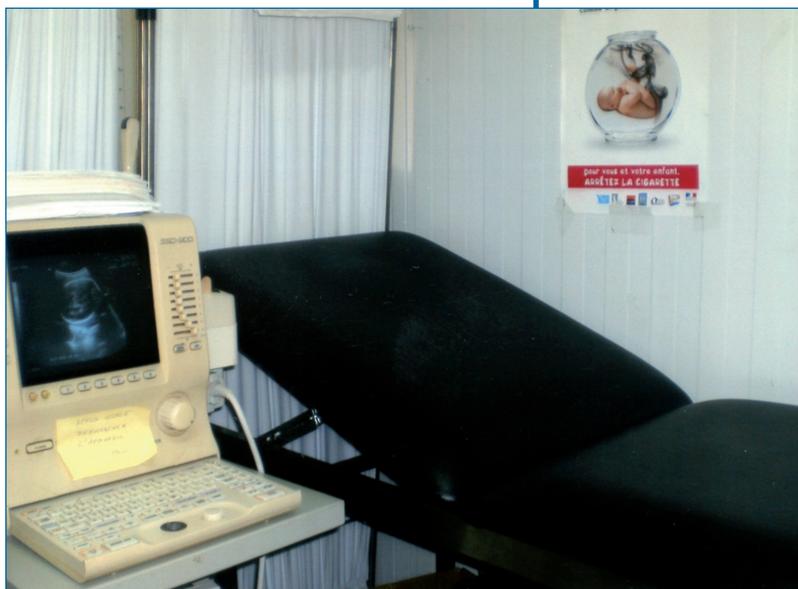
Les femmes à Mayotte sont courageuses car elles doivent très souvent subvenir toutes seules aux besoins de leurs familles (les maris les aident rarement !). L'impossibilité pour certaines de travailler est un réel problème ; elles sont totalement tributaires des hommes.

### ► Les jeunes filles mineures

Nous signalons au Procureur toutes les grossesses chez les mineures de moins de 15 ans. Elles représentent, dans mon secteur, 0,8 % des inscriptions. Les parents ont tendance à marier les jeunes filles très jeunes surtout s'ils ont du mal à nourrir leur nombreuse progéniture. Ce sont des mariages Cadiales (droit coranique) pratiqués à domicile par des Foundis. Il n'y a aucune trace écrite, c'est illégal, la différence d'âge est souvent de plus de dix ou vingt ans ! L'avis de la jeune fille est rarement demandé. Il arrive aussi que certains parents mettent tout simplement à la porte leur fille mineure si celle-ci se retrouve enceinte. Le manque de personnel au niveau social ne permet pas une prise en charge spécifique de ces jeunes patientes fragiles. Pourquoi n'y a-t-il pas de centre maternel comme dans de nombreux départements français ? Pourquoi n'y a-t-il pas de psychologues ?

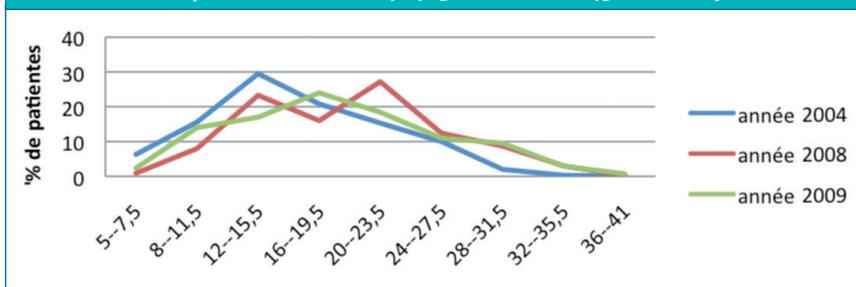
Les femmes sont souvent dans des situations difficiles et complexes, et doivent souvent gérer seules leur famille ; le mari est le grand absent lors de la grossesse et de l'accouchement.

Mon container de consultation.  
Mon appareil d'échographie.



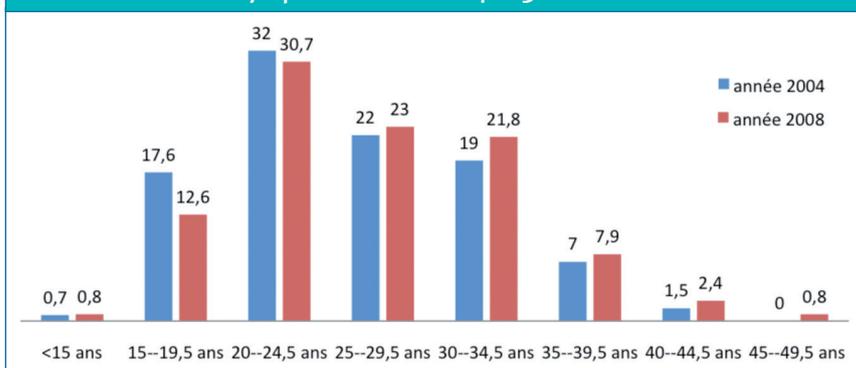
GRAPHIQUE 1

Évolution de la répartition du terme de la première visite en SA :  
288 patientes en 2004, 403 en 2008 et 450 en 2009



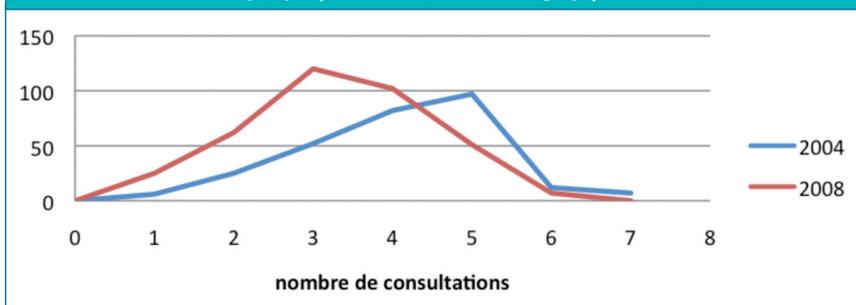
GRAPHIQUE 2

Répartition suivant les classes d'âges (en %)  
272 patientes en 2004 et 381 en 2008



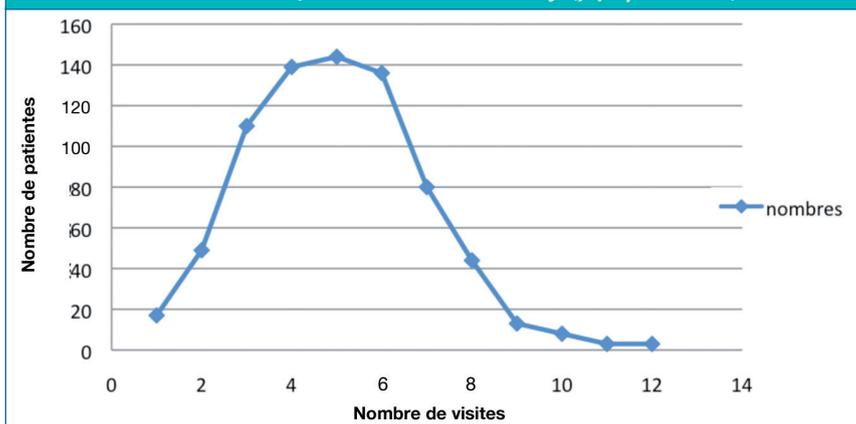
GRAPHIQUE 3

Répartition suivant le nombre de visites faites en PMI (le 9<sup>e</sup> mois est exclu)  
de 2004 (278 patientes) et 2008 (367 patientes)



GRAPHIQUE 4

Répartition suivant le nombre total de visites pendant la grossesse  
(Visites PMI et 9<sup>e</sup> mois) en 2008 et 2009 (746 patientes)



## Analyse des données statistiques

En 2004, puis en 2008 et 2009, les dossiers obstétricaux ont fait l'objet dans ce secteur d'une saisie anonyme sur un tableau Excel : une trentaine de paramètres ont été retenus.

L'étude descriptive rétrospective de ces paramètres nous permet d'avoir une idée de l'état de santé des patientes.

### ► Les résultats

Les résultats suivants ne sont représentatifs que de la population venant consulter à la P.M.I. de cette zone, en sachant que, pour chaque année, il y a un nombre important d'issues inconnues, qui est évalué à 30 % en 2004, 28 % en 2008 et 25 % en 2009. Les résultats seront donc donnés en fonction d'issues connues de la grossesse.

Les issues inconnues sont dues au non-retour des dossiers obstétricaux dans la P.M.I. d'origine, de l'expulsion de la patiente par la P.A.F vers les Comores, d'un changement de lieu de consultation ou d'accouchement.

L'enregistrement continu des données permettra ultérieurement de fournir des études plus spécifiques pour certains indicateurs.

L'étude des indicateurs est faite conformément aux normes épidémiologiques établies par la H.A.S. <sup>(7)</sup>

### ■ Répartition suivant le terme lors de la première visite (GRAPHIQUE 1)

En 2004, le terme moyen était de l'ordre de 16,45 SA avec 43 % des patientes qui consultaient avant le terme légal de déclaration de grossesse. Le nombre d'inscriptions des grossesses était de l'ordre de 300 patientes. En 2008, le terme moyen était de 19,96 SA avec 23 % des patientes consultant avant 14 SA. En 2009, le terme moyen était de 19,2 SA avec 26,7 % avant 14 SA.

Entre 2004 et 2009, la différence est significative et s'explique par de nombreux changements intervenus depuis 2004 : création de la Sécurité sociale en 2005, l'accès restant toujours gratuit à la PMI. Mais les patientes ont eu peur d'une remise en cause de gratuité car la PMI de Passamainty se situe dans une enceinte du C.H.M. Il a fallu les rassurer.

Depuis 2005, les contrôles de la P.A.F. se sont fortement renforcés et ont souvent lieu le matin, à domicile ou à proximité des structures de soins tant de la P.M.I. que des locaux du C.H.M. Cela a une incidence évidente sur l'accessibilité des patients sans papiers vis-à-vis des soins. Il semble peu probable que l'on observe une nette amélioration de la situation.

Il faut souligner qu'une patiente, quel que soit son terme, peut être expulsée à tout moment vers les Comores (il n'y a pas de législation spécifique qui puisse protéger les femmes enceintes sans papiers).

## « Il est fréquent que certaines jeunes filles comoriennes fournissent des faux papiers pour pouvoir s'inscrire à l'école. »

Enfin, culturellement, la première visite intervient tardivement par souci de se préserver du mauvais œil. Plus la patiente est âgée, plus elle a eu d'enfants, plus tardive sera la première visite. Si elle se sent bien, elle ne voit pas l'utilité de consulter de bonne heure. Les visites tardives ne sont pas uniquement le fait de patientes en précarité, mais se rencontrent dans toutes les classes sociales dans ce secteur.

Le laps de temps pour obtenir un rendez-vous est actuellement de quelques jours à une semaine.

### ■ Répartition suivant les classes d'âges (GRAPHIQUE 2)

Entre 2004 et 2008, l'âge moyen des patientes à l'accouchement était de 25,4 ans en 2004 et 26,47 ans en 2009. Le pourcentage de patientes dont l'âge est inférieur à 15 ans est de l'ordre de 0,7 à 0,8 %. Il est relativement stable mais cependant plus élevé qu'en métropole. La proportion des moins de 18 ans représentait 5 % en 2008, la majorité des grossesses se situant dans la tranche 20-24,5 ans. Cette distribution est différente de la métropole où la majorité des patientes ont entre 25-29,5 ans. Les plus de 40 ans étaient en légère augmentation en 2008.

Depuis 2005, nous demandons aux patientes d'amener un papier d'identité afin d'avoir une idée plus précise de leur âge.

En 2008, la répartition était peut-être plus proche de la réalité, cela étant, il est possible que certains extraits de naissance provenant des Comores soient faux. Beaucoup de patientes ne connaissent pas leur âge. Il est fréquent que certaines jeunes filles comoriennes fournissent des faux papiers pour pouvoir s'inscrire à l'école.

### ■ Répartition suivant le nombre total de visites (GRAPHIQUES 3 ET 4)

Pour les années 2008 et 2009, une seule courbe a été faite (total de la population). Le nombre total de visites inclut les visites faites à la PMI et les visites faites au 9<sup>e</sup> mois à l'hôpital. Le nombre moyen total de visites est de 4,97 +/- 1,93. Seulement 20,2 % des patientes ont 7 visites et plus. Nous sommes loin des chiffres de la métropole<sup>(8)</sup> où seulement 9,1 % des patientes ont fait moins de 7 visites. Cela étant, il y a une nette amélioration par rapport à l'enquête Hygrama<sup>(4)</sup> de 1991 : le nombre moyen des visites était alors de 3,5 ; le nombre de patientes ayant eu 7 visites et plus n'était pas connu.

Concernant les visites du 9<sup>e</sup> mois en 2008, 25 % des patientes n'ont pas fait de consultation de fin de grossesse à la maternité malgré un rendez-vous donné systématiquement lors de la dernière visite à la P.M.I.

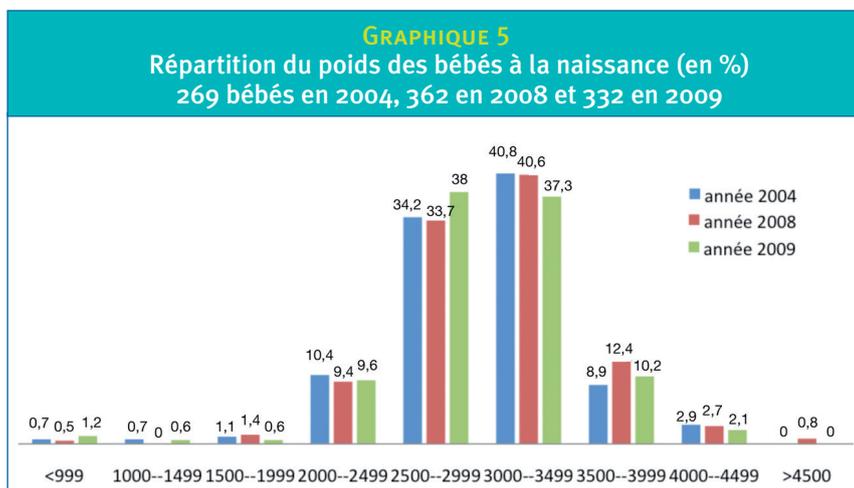
### ■ Répartition suivant le poids de naissance quels que soient le terme et la parité (GRAPHIQUE 5)

Quelle que soit l'année, la répartition du poids des bébés pour l'ensemble des naissances est similaire, le pourcentage d'insuffisance pondérale à la naissance (poids inférieur à 2 500 g) est quasi toujours identique de 2004 à 2009 : il est de l'ordre de 11 à 13 % et ne diffère pas significativement de 2004 à 2009. Il est plus élevé qu'en Métropole, selon l'étude de la D.R.E.S.S. de 2003<sup>(8)</sup>, il était estimé à 8 % des naissances.

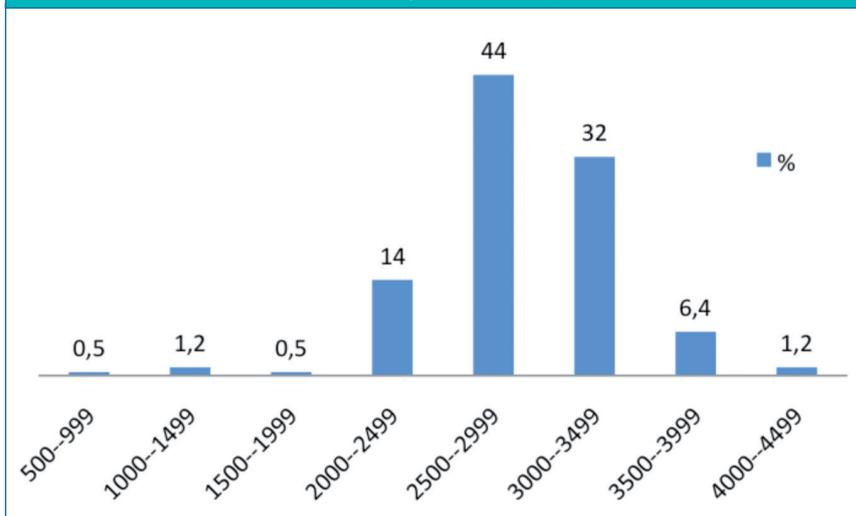
On note une proportion importante de bébés dont le poids est compris entre 2 500 et 2 999 g, de 33 à 38 %. Le maximum se situe dans la tranche 3 000 à 3 500 g. On notera une faible proportion de bébés dont le poids dépasse 4 000 g.

Le poids moyen des bébés pour l'ensemble des naissances est de 2 934 g à 3 003 g en fonction des années. Il ne diffère pas significativement entre 2004 et 2009, et est proche du poids moyen de l'enquête Hygrama faite en 1991 par le Dr R. LEFAY ROBIN.

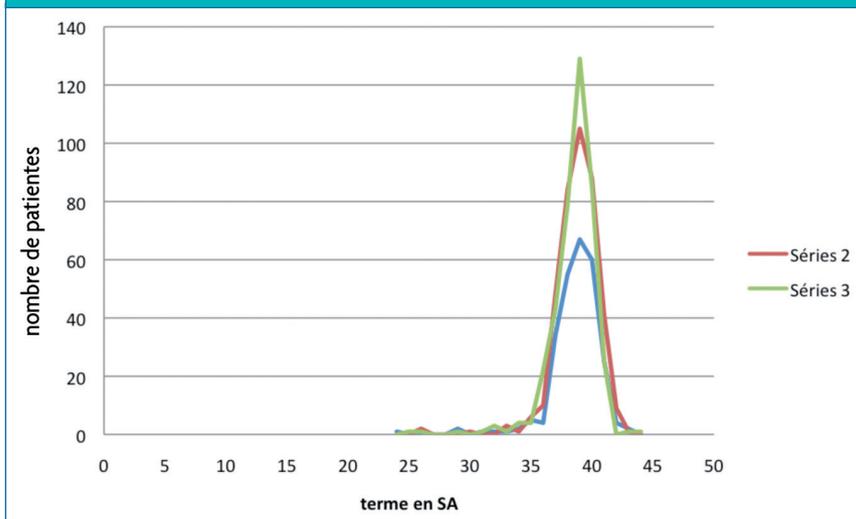
Il serait intéressant d'avoir la répartition du poids des bébés à terme, cela n'est pas faisable sur ce secteur compte tenu du fait que beaucoup de patientes effectuent leur échographie de datation au-delà du délai légal de déclaration de grossesse, les termes d'accouchement étant plus ou moins fiables. Il serait cependant utile d'établir une telle courbe car elle permettrait de connaître les seuils de l'hypotrophie et de la macrosomie spécifiques à Mayotte. Selon les chiffres de l'Unicef<sup>(9)</sup> le taux d'insuffisance pondérale serait estimé à 25 % aux Comores et 17 % à Madagascar.



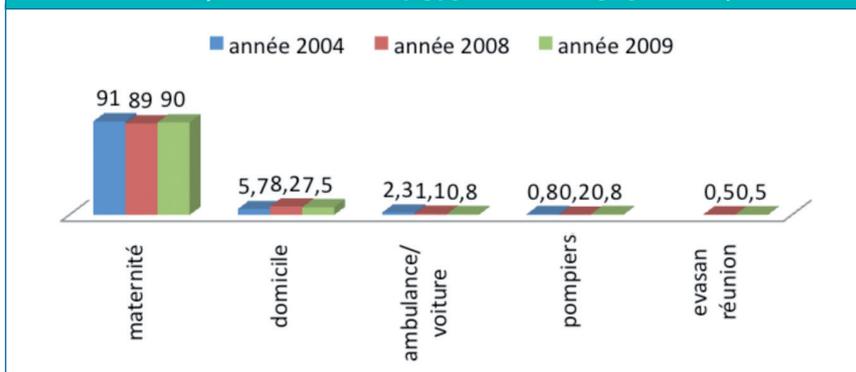
**GRAPHIQUE 6**  
Répartition du poids de naissance (en % des nullipares)  
de 2004 à 2009 - Total de 171 bébés



**GRAPHIQUE 7**  
Répartition suivant le terme lors de l'accouchement  
En 2004 (bleu), 2008 (rouge) et 2009 (vert)



**GRAPHIQUE 8**  
Répartition suivant le lieu de l'accouchement (en %)  
262 patientes en 2004, 375 en 2008 et 385 en 2009



■ Répartition suivant le poids de naissance pour les nullipares (GRAPHIQUE 6)

La répartition du poids des bébés des nullipares est différente si on la compare à la population générale. La proportion de bébés dont le poids est inférieur à 2500 g quel que soit le terme est de l'ordre de 16,2 %. La proportion maximum de bébés dans la tranche 2500-2999 g est de 44 % (34 à 38 % dans la population générale). Le poids moyen des bébés est plus bas 2834,5 g mais il ne diffère pas significativement par rapport à la population générale. (Test de l'écart réduit à 0,36 pour un risque à 5 %).

■ Répartition suivant le terme lors de l'accouchement (GRAPHIQUE 7)

L'allure des courbes est sensiblement identique pour les trois années, avec un pic d'accouchements à 39 SA. Le pourcentage d'accouchements entre 24 et 37 SA est relativement stable entre 2004 et 2008, 6,4 et 6 %. En revanche, il est estimé à 9,4 % en 2009. Il est difficile d'affirmer si c'est un réel changement car le nombre de grossesses peut être différent d'une année à l'autre.

Le taux de grande prématurité terme inférieur ou égal à 33 SA est stable de 2004 à 2009 (2 à 1,9 %). En revanche, en 2009 il y a un nombre important d'accouchements à 36 SA (5,5 %). Il faut préciser que beaucoup de patientes consultent tardivement, ce qui pourrait expliquer ce taux élevé. Le taux d'accouchements post-terme supérieur ou égal à 42 SA reste relativement bas, de 1,5 à 0,4 %.

■ Répartition suivant le lieu d'accouchement (GRAPHIQUE 8)

Les patientes suivies à la PMI de Passamainty accouchent à la maternité de Mamoudzou. Ce taux est de 90 % en moyenne, il ne diffère pas significativement. Le taux d'accouchements à domicile semble en légère augmentation, passant de 5,7 % en 2004 à 8,5 et 7,5 % en 2008 et 2009. Au moment de la mise en travail, certaines patientes se retrouvent parfois seules pour l'accouchement et il n'est pas toujours facile pour ces femmes de trouver de l'aide pour appeler un taxi ou les pompiers. Il y a aussi toujours la peur de tomber sur la P.A.F. Enfin, 2 à 3 % des accouchements se font dans les ambulances ou dans le véhicule des pompiers.

■ Répartition suivant les modalités d'accouchements (GRAPHIQUE 9)

Le pourcentage d'accouchements par voie basse reste relativement stable entre 2004 et 2009, de l'ordre de 86 à 83 %. Le taux de césariennes est de l'ordre de 9,6 à 13 % en fonction des années, ce taux est bien sûr par rapport aux issues connues. Le taux d'extractions instrumentales est relativement bas, de 1,9 à 3,9 %. On notera que 3,1 à 4,5 % des accou-

chements présentent une difficulté ou une dystocie des épaules et pas forcément avec de gros bébés.

L'étude D.R.E.S.S. de 2003 mettait en évidence un taux de césariennes de 20,2 %. Cela étant, le taux de césariennes a beaucoup augmenté depuis 1991, il était alors de 2,3 % selon l'étude Hygrama.

Enfin, concernant les patientes ayant accouché par voie basse, 5,5 % d'entre elles ont eu une délivrance artificielle ou une révision utérine.

#### ■ Répartition suivant le nombre d'échographies de 2004, 2008 et 2009 (GRAPHIQUE 10)

Les échographies de datation sont faites à 80 % à la PMI, le jour même de l'ouverture du dossier obstétrical, cela permet donc de connaître tout de suite le terme, le nombre de fœtus, l'insertion placentaire ainsi que la quantité de liquide amniotique. Cela étant, nous ne sommes ni formés ni équipés pour faire les échographies morphologiques, d'où la prescription d'échographies complémentaires, soit à la maternité pour les non-assurés sociaux et vers le secteur privé pour les affiliés. Il est à noter qu'avant 2005, les échographies de croissance étaient faites à la P.M.I.

En 2004, le nombre moyen d'échographies par patiente était de 2,28 avec seulement 9 % qui n'avaient qu'une seule échographie. En 2008 et 2009, le nombre moyen d'échographies a diminué de manière significative à 1,84 et le pourcentage de patientes n'ayant qu'une échographie est plus élevé, de l'ordre de 32 à 31 %.

Depuis 2009, quelques échographies de croissance sont faites à la PMI (futures primipares mineures, antécédent d'utérus cicatriciel d'hypotrophie). En cas d'anomalie, cela permet d'adresser la patiente en urgence. Presque un tiers des patientes n'ont qu'une seule échographie, soit parce qu'elles n'arrivent pas à obtenir de rendez-vous à la maternité (cas le plus fréquent), soit parce qu'elles ont fait leur première visite tardivement, au-delà de 24 SA.

Si on compare avec l'étude D.R.E.S.S. de 2003, le nombre moyen d'échographies par grossesse est de 4,5. Le suivi échographique est un réel problème à Mayotte, on se demande ce qui se passerait si la PMI n'assurait plus les échographies de datation ?

Concernant les échographies complémentaires, il faut impérativement augmenter le nombre de médecins et de sages-femmes à la maternité de Mamoudzou, afin que toutes les patientes puissent bénéficier d'une véritable échographie morphologique.

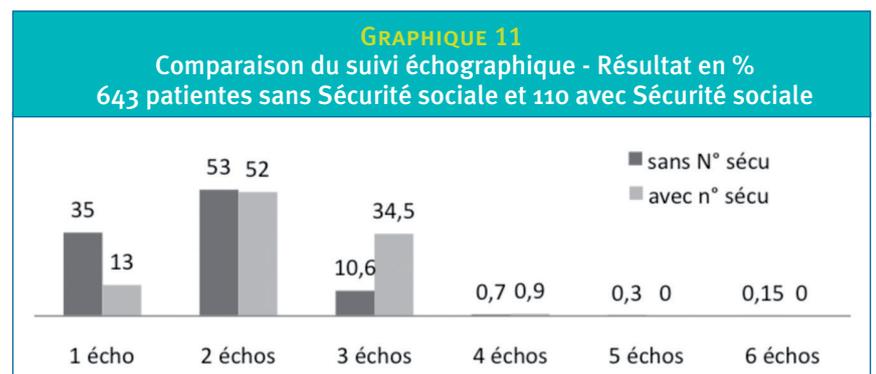
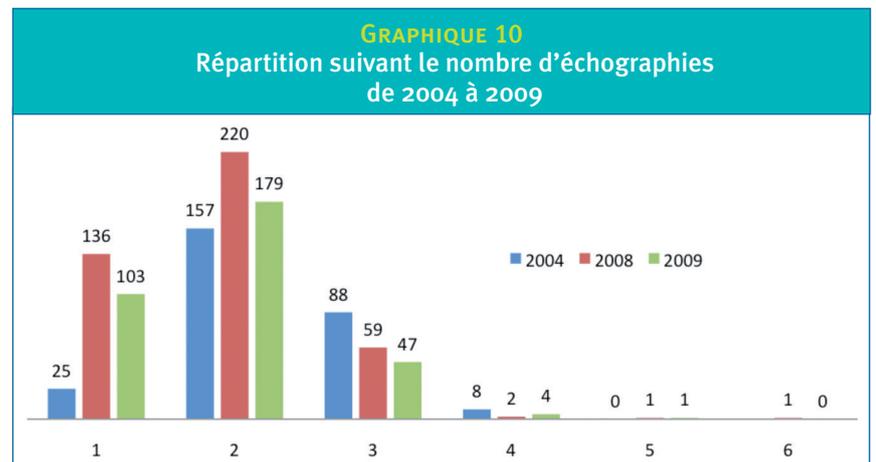
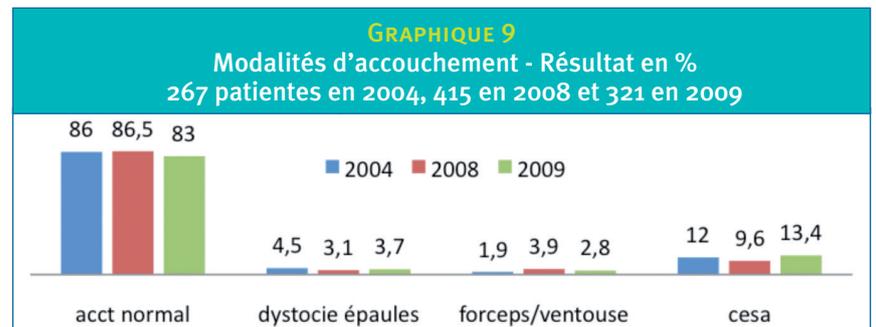
#### ■ Comparaison du suivi échographique des patientes avec ou sans Sécurité sociale (GRAPHIQUE 11)

15 % des patientes dans ce secteur sont affiliées à la Sécurité sociale, il était donc intéressant de comparer avec les non-affiliées. Pour le premier groupe,

le nombre moyen d'échographies par patiente est de 2,24 ; pour le deuxième groupe, il est de 1,79. La différence entre les deux groupes est significative (test de l'écart réduit 5,92), il en est de même pour le pourcentage de patientes n'ayant qu'une seule échographie. Cela étant, même pour les affiliées, le suivi n'est pas optimum comme en métropole, elles ont aussi tendance à consulter tardivement.

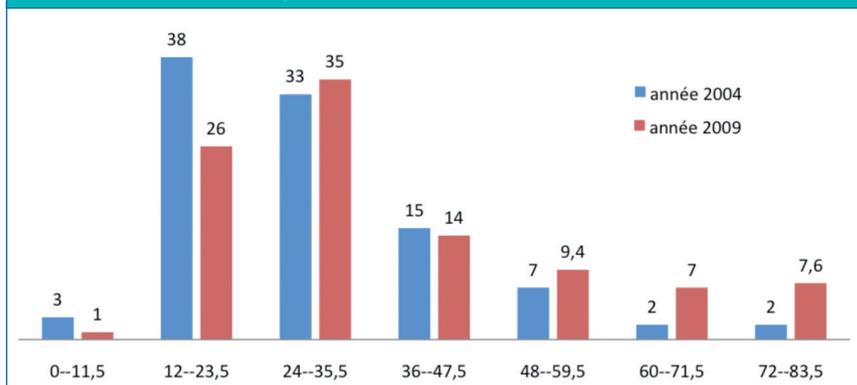
#### ■ Accouchements à domicile

L'étude a été faite pour les années 2008 et 2009 : 61 patientes ont accouché à domicile. On déplore, pour les deux années, un mort né (contexte d'hydramnios sans étiologie précise). L'accouchement rapide par le siège a été fait en présence du S.M.U.R. Il y a eu 4 hémorragies de la délivrance qui ▶

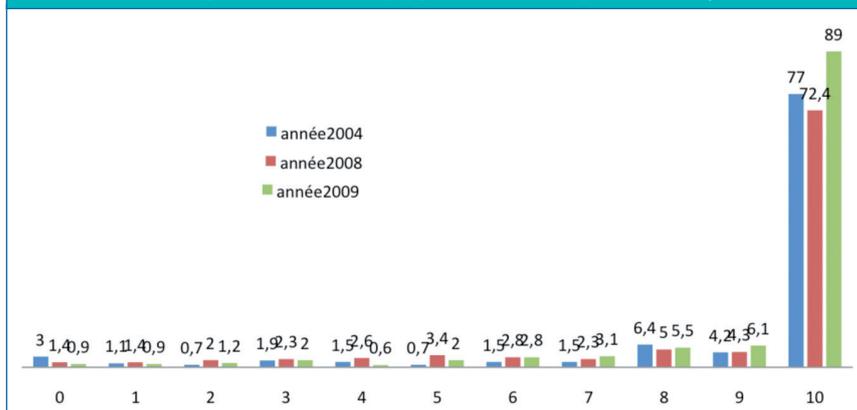


ont toutes été gérées à la maternité, la suite a été normale pour ces patientes. Concernant les deux années 2008 et 2009, il n'y a pas eu de mort maternelle.

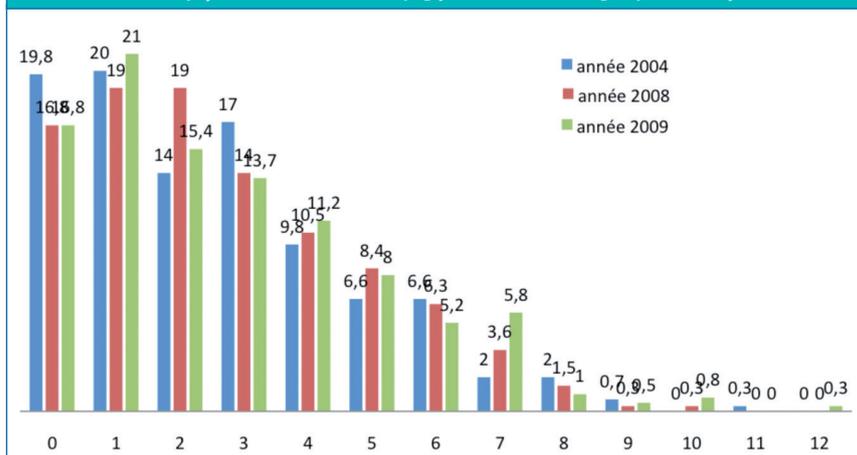
**GRAPHIQUE 12**  
Répartition suivant l'espace intergénésiq en mois (en %)  
168 patientes en 2004 et 277 en 2008



**GRAPHIQUE 13**  
Évolution suivant la cotation de l'Apgar à la naissance (en %)  
265 bébés en 2004, 352 en 2008 et 326 en 2009



**GRAPHIQUE 14**  
Évolution en % de la répartition suivant l'A.T.C.D. de la parité  
287 patientes en 2004, 392 en 2008 et 364 en 2009



Dans 80 % des cas, l'accouchement est toujours fait en présence des pompiers ou d'une sage-femme. Ces accouchements ne résultent pas forcément d'une volonté délibérée d'accoucher à domicile, mais souvent consécutifs à un travail très rapide, à l'isolement de certaines patientes qui se retrouvent seules au moment de l'accouchement et n'ont alors comme seule ressource que d'appeler les pompiers. Les suites de couches se passent obligatoirement à la maternité. Le suivi de ces femmes est assez semblable à la population générale.

### ■ Les résultats biologiques

Les pourcentages seront donnés par rapport aux issues connues :

- **La toxoplasmose** : entre 2004 et 2009, 77 à 71 % des patientes ont une immunité ancienne, 21,5 à 27,3 % des patientes ne sont pas immunisées et 0,35 à 1,9 % ont eu une séroconversion pendant la grossesse.
- **La rubéole** : entre 2004 et 2009, 95 à 92,5 % des patientes ont une immunité ancienne et 57,5 % ne sont pas immunisées.
- **La syphilis** : le taux aurait diminué entre 2004 et 2009 passant de 8,5 à 2 %, cette diminution reste à confirmer dans les années à venir. Il faut aussi souligner que beaucoup de patientes ont des cicatrices sérologiques. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, la PMI ne possède plus d'extencilline; nous envoyons maintenant les patientes non-affiliées directement à la maternité pour qu'elles puissent bénéficier gratuitement de leur traitement !
- **Test H.I.V.** : sur ce secteur, nous n'avons pas eu de sérologie positive en 2004, 2008 et 2009.
- **L'hépatite B** : le taux de patientes ag hbs positif est variable d'une année à l'autre, de 2,8 % en 2004 à 4,6 en 2008 et 1,6 % en 2009. Lorsque nous dépistons une patiente porteuse d'antigène hbs, nous l'adressons au Centre Action Santé pour le bilan complémentaire !
- **La numération formule sanguine** : elle est faite dès le premier bilan. De 2004 à 2009, le pourcentage de patientes ayant moins de 10 g d'hémoglobine était de 10,2 en 2004 ; 16,2 en 2008 et 12,5 % en 2009. Si on prend la définition O.M.S. de l'anémie (taux d'hémoglobine inférieur à 11 g), au moins un tiers des patientes sont déjà anémiées dès la première visite (en moyenne à 19 SA). Cela témoigne de carences nutritionnelles évidentes dans ce territoire où beaucoup de patientes vivent en dessous du seuil de pauvreté.
- **Depuis 2008, le O'Sullivan** a été pratiqué de manière systématique pour environ 70 % des patientes, 16 à 17 % ont un résultat pathologique. Concernant les H.G.P.O., en 2008, 17 % étaient

## « Il n'est pas rare aussi de voir quelques patientes qui ont du mal à comptabiliser tous les enfants qu'elles ont eus. »»

pathologiques et 26 % en 2009. Faut-il continuer à le faire de manière systématique ou faut-il le faire en fonction des facteurs de risques ou de signes d'appels? Certains diabètes gestationnels ont été dépistés chez des patientes sans facteurs de risques.

■ **L'électrophorèse de l'hémoglobine** : elle est demandée en fonction des antécédents médicaux et obstétricaux. 11 % des patientes ont un résultat anormal. Sur la totalité des électrophorèses, 6,7 % des patientes sont drépanocytaires hétérozygotes et 4 sont  $\beta$ -thalassémiques. En 2010, les statistiques seront plus précises.

### ■ Répartition suivant l'espace inter-génésiq (GRAPHIQUE 12)

On constate, entre 2004 et 2008, une évolution. Il semblerait que le pourcentage de patientes accouchant moins de 24 mois après le dernier enfant a diminué, passant de 41 à 29 % des grossesses. Parmi nos patientes, en 2008, une femme sur deux a déjà pris un moyen contraceptif (quelle que soit sa durée). Il faut espérer que cette tendance se confirmera dans les années à venir.

### ■ Répartition suivant la cotation de l'apgar (GRAPHIQUE 13)

Les courbes de 2004 à 2008 sont sensiblement identiques avec cependant, pour 2009, une meilleure proportion de bébés avec un très bon apgar.

Concernant le taux de mortalité périnatale, il n'y a pas, à Mayotte, de statistiques officielles. Dans mon secteur, l'étude sera limitée à la mortinatalité (selon la législation en vigueur). Pour les années 2008 et 2009, soit 617 bébés dont la cotation d'apgar est connue, il y a eu 8 morts fœtales in utero, soit un taux de mortinatalité de 13 pour 1 000. Parmi eux, trois sont nés à terme et cinq prématurément. Pour cinq bébés, l'étiologie n'est pas connue. Pour les autres cas, il y a eu un hématome rétro-placentaire, un contexte d'anamnios avec probable malformation cérébrale, un accouchement dystocique par le siège à domicile avec un contexte d'hydramnios. Six patientes sont de grandes multipares (parité 4 et plus).

En 2009, selon les sources de la maternité du C.H.M., 71 mort-nés ont été recensés sur 4 230 bébés. Le taux de mortinatalité est donc estimé à 17 pour 1 000. La maternité de Mamoudzou étant le seul hôpital à posséder un plateau technique, il reçoit donc toutes les pathologies de l'île. Le taux de Passamainty paraît cohérent.

Le taux de mortalité néonatale précoce n'est pas

connu. Les femmes restent peu de temps à la maternité, 24 heures pour un accouchement normal et quelques jours pour une césarienne. Le certificat du 8<sup>e</sup> jour n'existe pas à Mayotte.

### ■ Répartition suivant l'antécédent de la parité (GRAPHIQUE 14)

En 2004, les nullipares représentaient 20 % des patientes ; en 2008 et 2009 il est de l'ordre de 17 %. On constate une augmentation de la grande multiparité (5 et plus) passant de 18,3 à 20,4 et 21,6 % en 2008 et 2009.

Nous sommes en présence d'une population ayant une forte natalité. L'augmentation de la grande multiparité est inquiétante : s'agit-il d'un phénomène isolé ou d'une nouvelle tendance? Lors de l'ouverture du dossier obstétrical, nous demandons aux dames de nous dire combien elles ont eu d'enfants aux Comores, à Mayotte ou ailleurs, certaines patientes ayant eu des enfants dans plusieurs endroits différents. Il n'est pas rare aussi de voir quelques patientes qui ont du mal à comptabiliser tous les enfants qu'elles ont eus.

Enfin, concernant les antécédents d'IVG, en 2004, 7 % des patientes et 2008, 14 % des patientes y ont eu recours.

Jeune maman avec ses jumeaux.



## MAYOTTE



### Conclusion

Nous attendons avec impatience les résultats d'une étude faite en partenariat entre le service Statistiques du Conseil général et de la C.I.R.E Réunion portant sur un total de 6000 dossiers répertoriés en 2008, cela permettra enfin d'avoir une idée sur l'ensemble de l'île.

En 20 ans, les indicateurs se sont améliorés mais sont plus mauvais qu'en métropole on s'en doute, ces avancées restent fragiles. Il est donc primordial que les effectifs des médecins et des sages-femmes restent stables, que les locaux soient conformes aux normes d'hygiène et de sécurité et que nous puissions bénéficier du matériel adapté (appareils d'échographie doppler indispensables). Il est important de mettre aussi en place un suivi logistique du matériel biomédical. Cela suppose que la P.M.I. doive bénéficier d'un budget adéquat.

Le travail d'une sage-femme territoriale à Mayotte n'a rien à voir avec la métropole, nous sommes des sages-femmes de famille! Et pour celles qui sont là depuis longtemps, nous avons vu naître beaucoup d'enfants. La charge de travail est importante mais nous avons la satisfaction de suivre les patientes lors de leur grossesse et la contraception. Les conditions de consultations commencent à s'améliorer tout doucement mais beaucoup de choses restent à faire. Il est nécessaire de prendre en compte le travail réalisé par le personnel de la PMI, Mayotte est maintenant un département français, une mise aux normes est indispensable. Actuellement, nos conditions de travail sont plus proches de certains pays du tiers-monde. Et nous devons plus que jamais rester vigilants.

### RA HACHIRI!

### Bibliographie

1. Tableau économique I.N.S.E.E.
2. Revue de pédiatrie, février 1991, *La santé de la mère et de l'enfant à Mayotte*, de J.F. LEFAIT et R. LEFAY-ROBIN.
3. Chiffres des accouchements au C.H.M. de Mayotte de 2009.
4. Deuxièmes journées Mahoraises de la mère et de l'enfant, en 1992.
  - *Périnatalité et HTA gravidique à Mayotte* R. LEFAY-ROBIN, J. LLADO, Paris, M.A. COLLET et G. BRÉART.
  - *La morbidité et la mortalité périnatale à Mayotte en 1991*, étiologies de R. LEFAY-ROBIN; O. HÉBERT, M.H. GHERBI et G. BRÉART.
5. Circulaire du 19 octobre 2009 du Conseil général.
6. Décret 92-785 du 6 août 1992, concernant la protection maternelle et infantile.
7. Surveillance dans le domaine de la reproduction (document I.N.V.S.)
8. Rapport périnatal D.R.E.S.S. de 2003.
9. Rapport de l'UNICEF.

### Pour en savoir plus

- *Droit du sol*, de C. MASSON, Éditions Casterman écriture.
- *Maison des femmes, cités des hommes*, de S. BLANCHY, Éditions Société d'ethnologie.
- *La vie quotidienne à Mayotte*, de S. BLANCHY, Éditions l'Harmattan.
- *Mayotte, plaque tournante de l'Océan Indien*, de C. ALIBERT, Éditions Anthropos.
- *Les dossiers de l'obstétrique* N° 346 de février 2006.
- *Schéma territorial de l'enfance à Mayotte (2009-2014)*, Cabinet Ernst & Young.
- *Journal Mayotte Hebdo* N° 452, du 20 novembre 2009, [www.mayottehebdo.com](http://www.mayottehebdo.com)



# Opération "DISCOUNT"



## MEDICAL SHOPPING SERVICE

Boutique en ligne [www.dolphitonic.com](http://www.dolphitonic.com)



### EQUIPEZ-VOUS AUX MEILLEURS PRIX, EQUIPEZ-VOUS A PRIX DOLPHI

DOLPHITONIC - Médical Shopping Service - La Romazière - 38, Chemin du Pas - 85300 CHALLANS - Tél : 0228108282 - Fax : 0228108384 - Mail : [dolphitonic@orange.fr](mailto:dolphitonic@orange.fr)