

# Mayotte: l'Île aux enfants!

## ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DU SECTEUR DE PASSAMAINTY

Cet article va tenter d'analyser les changements démographiques intervenus dans le secteur urbain de Passamainty, à Mayotte.



Source : <http://www.cartedumonde.net>

### INTRODUCTION

**M**ayotte, petit département français situé dans le Canal du Mozambique, au sein de l'Archipel géographique des Comores, est confronté à une augmentation anormale des naissances depuis 2015 (30 % en plus par rapport à l'année 2013). Cette situation inédite nous amène à nous interroger sur les facteurs qui ont pu favoriser un tel phénomène. Ce témoignage de terrain va nous permettre d'avoir une idée au plus près de la réalité.

### SOURCE ET MÉTHODES

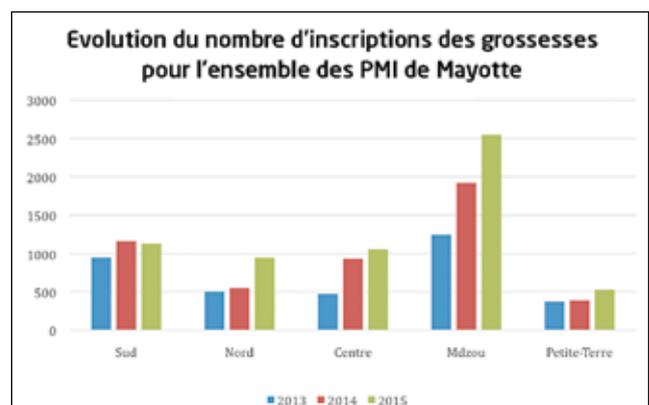
La source principale des données de la P.M.I. de Passamainty est fournie par le dossier obstétrical de la patiente, les indicateurs (environ 40 items) ont été saisis de manière anonyme (N° PMI) sur un fichier Excel mis en place depuis 2008. Au 31 décembre 2015, 3 331 patientes ont été répertoriées.



Pour cette étude, les items suivants ont été retenus :

- Évolution du nombre annuel d'inscriptions de grossesses,
  - adresse des patientes,
  - âge des patientes,
  - antécédent de la parité,
  - espace intergénésiq (EIG),
  - influence de la parité sur l'EIG ;
- Étude des primo-arrivantes (PA).

Mayotte est un des rares départements français où **la sage-femme, quel que soit son type d'activité (hospitalier, territorial et libéral) est la professionnelle de premier recours dans le parcours de soin gynéco-obstétrical de la patiente** (80,2 % des patientes selon l'étude DRESS Mayotte 2010 <sup>(1)</sup>). Nos structures PMI suivent chaque année les 2/3 des grossesses de l'Île, soit 6 204 patientes en 2015 <sup>(2)</sup> dont 41 % sont originaires du grand Mamoudzou, plaçant ainsi cette structure comme un acteur primordial dans ce parcours de santé. Il est important de souligner que, malgré cette surcharge de travail, les deux tiers de nos centres de PMI ne sont pas conformes aux normes d'hygiène et de sécurité <sup>(3)</sup>. Les manques récurrents de matériels obligent l'ensemble du personnel à effectuer leurs missions par intermittence. Cette



situation scandaleuse ne semble pas gêner les diverses institutions et laisse l'ensemble du personnel de la PMI et les patientes dans un profond désarroi.

La PMI de Mayotte est divisée en cinq secteurs (Sud, Centre, Grand Mamoudzou, Nord et Petite Terre). Le nombre annuel de grossesses dans le secteur Sud est quasi stationnaire depuis 2013. Cette augmentation est surtout significative dans le Nord, le Centre et, dans une moindre mesure, Petite Terre tout en restant modérée. En revanche, c'est le grand Mamoudzou qui détient le record avec 41 % en 2015.

La PMI de Passamainty (20 % des grossesses du secteur de Mamoudzou) est dotée d'un poste de sage-femme à temps plein. Il se situe dans le secteur urbain de Mamoudzou et reçoit les patientes des communes de Passamainty, Tsoundzou 1 et 2, Kwale et Doujani 3.

## LES INDICATEURS DE LA PMI DE PASSAMAINTY

C'est une étude descriptive sur l'ensemble des patientes inscrites depuis 2008 (patientes résidentes depuis longtemps NPA et primo-arrivantes PA) dans le secteur de Passamainty. Les résultats suivants ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de l'Île mais sont probablement représentatifs du secteur urbain du Grand Mamoudzou car la composition de la patientèle est identique (forte proportion de non affiliées).

### → Caractéristiques de la population

#### • Évolution des naissances depuis 1978

Jusqu'en 1999, les données sur les naissances ont été difficiles à trouver, cette courbe a donc été obtenue grâce à plusieurs sources <sup>(4)</sup>.

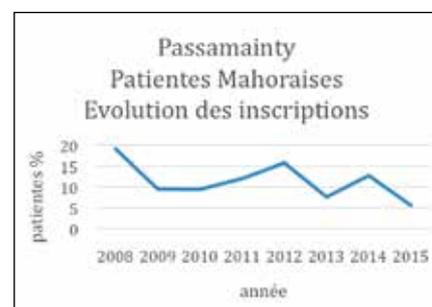
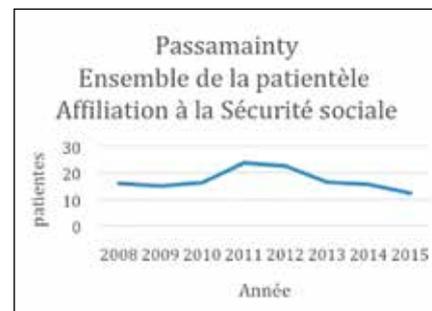
Afin de comprendre la situation, il est important de voir l'évolution les naissances depuis 1978 : ce chiffre augmente régulièrement pour atteindre près de 8000 en 2007, puis on observe une décroissance progressive jusqu'en 2013, puis à partir de 2014 le nombre de naissances est de nouveau en augmentation, pour atteindre 8845 naissances déclarées selon le C.H.M en 2015, le chiffre réel étant probablement supérieur à 9000. Le nombre de naissances a quadruplé depuis 1978 ! Avec 30 % de naissances en plus en deux ans, la situation démographique est particulièrement alarmante dans ce petit département.



Les résultats suivants concernent le centre de PMI de Passamainty.

### → Affiliation à la Sécurité sociale et nationalité des patientes

Ces deux graphiques nous montrent que notre patientèle est majoritairement d'origine Comorienne (60,8 % pour l'ensemble de l'Île selon l'étude DRESS Mayotte de 2010). Enfin, peu de patientes sont affiliées à la Sécurité sociale, le pourcentage des patientes Mahoraises diminue régulièrement depuis 2008 car elles optent le plus souvent pour un suivi en secteur privé (création de nombreux cabinets sages-femmes privés depuis 2008).

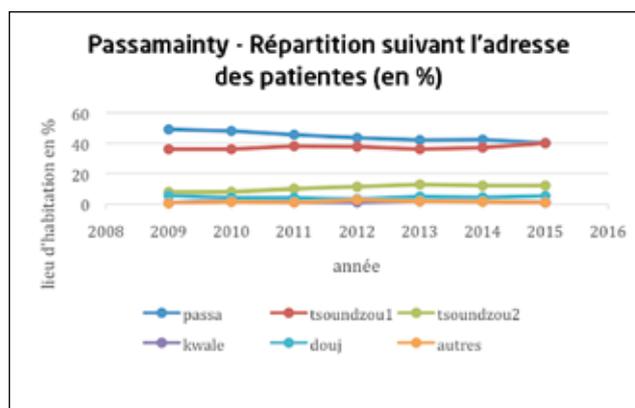


En 2010, l'étude DRESS de Mayotte montrait pour l'ensemble de l'Île un taux d'affiliation à la Sécurité sociale de l'ordre de 43 % <sup>(5)</sup>.

### → Adresse des patientes

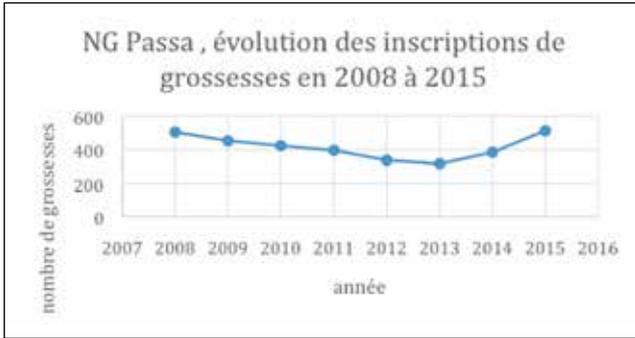
Sur chaque dossier l'adresse de la patiente est notée avec précision.

Les deux villages qui ont le plus de grossesses sont Passamainty et Tsoundzou 1, ils totalisent près de 80 % des inscriptions, le village de Tsoundou 2 est en légère augmentation et dépasse les 10 % depuis 2011.



### → Évolution du nombre d'inscriptions de grossesses depuis 2008

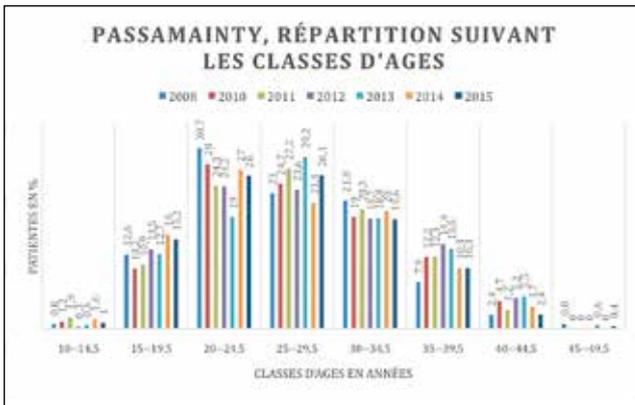
La première période de 2008 à 2013 laissait présager une certaine maîtrise démographique, puisque parallèlement le nombre de naissances sur l'ensemble de l'Île diminuait régulièrement pour atteindre 6630 en 2013 <sup>(2)</sup>. Il n'aura fallu que



deux ans pour dépasser légèrement le nombre d'inscriptions de l'année 2008.

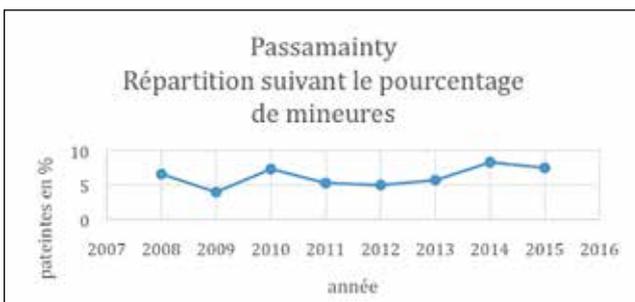
### → Répartition suivant les classes d'âge

Ce qui interpelle en premier lieu c'est l'augmentation quasi-régulière des grossesses chez les moins de 20 ans, passant de 12 % en 2008 pour atteindre 15 % en 2015. Selon l'étude DRESS Mayotte 2010 ce taux était de 11 %. Cela étant, il faut être extrêmement prudent avec l'âge des patientes, particulièrement pour les mineures en provenance des Comores, l'état civil n'étant pas toujours fiable. L'European Health Report de 2010 montre que seulement 2 % des patientes en France ont moins de 20 ans lors de l'accouchement.

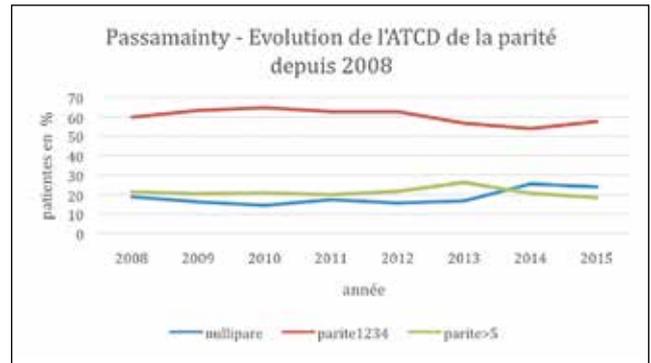


Nous constatons un pourcentage important de grossesses dans les tranches 20 – 24,5 et 25 – 29,5 ans, ces deux tranches totalisant plus de 50 % des patientes.

Le pourcentage de mères mineures est fluctuant. Il avait baissé de 2010 jusqu'en 2013 mais amorce une remontée significative depuis 2014 avec plus de 7 %, probablement majoré en partie par l'arrivée de jeunes filles mineures Comoriennes primo-arrivantes dont certaines ont déjà leur mère présente à Mayotte depuis de nombreuses années.



### → Répartition suivant l'antécédent de parité



Les antécédents de parités ont été classés comme suit : à savoir nullipares, parités intermédiaires (1, 2, 3, 4) et grande multiparité (5 et plus).

C'est la classe intermédiaire qui est la plus représentée, quelle que soit l'année, elle oscille entre 55 et 65 % des patientes.

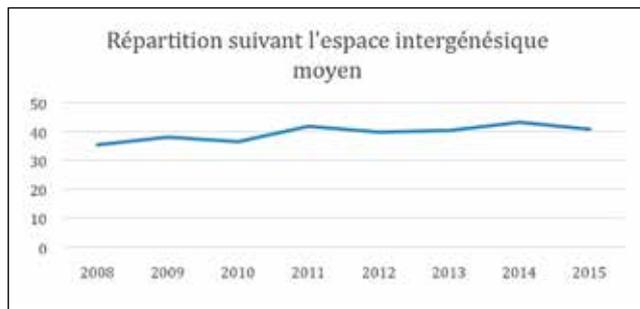
Le comportement procréatif des patientes est stable jusqu'en 2013. La proportion de nullipares est moindre que celles des grandes multipares en restant inférieure à 20 % jusqu'en 2013. La tendance s'inverse à partir de 2014 en avoisinant les 25 % et en dépassant les grandes multipares. Si on compare avec les chiffres de la métropole <sup>(5)</sup> les nullipares sont majoritaires et représentent plus de 43,7 % en France et 42,3 % à l'Île de la Réunion. Quant aux multipares 3 et plus, le taux est de 7,7 % à la Réunion et 2,9 % en France.

Lors de l'anamnèse, nous sommes très vigilants vis-à-vis des patientes car elles ont tendance à oublier de comptabiliser les accouchements qu'elles ont eus dans leur pays d'origine. En effet, il est fréquent que les femmes Comoriennes placent leurs enfants chez des membres de leurs familles avant de venir ici. On constate aussi le même processus chez les femmes Mahoraises qui partent à l'Île de la Réunion ou en France, leurs enfants étant placés chez des membres de la famille.

En 2015, le pourcentage de futures primipares est fortement majoré par l'arrivée des primo-arrivantes comme on le verra ultérieurement. La parité moyenne à l'accouchement reste plus élevée qu'en France, l'activité procréative de la majorité de nos patientes s'étale de la puberté jusqu'à la ménopause. Il est fréquent d'avoir dans nos centres de PMI des mères et leurs filles enceintes à tour de rôle. Certaines grands-mères ont moins de 30 ans.

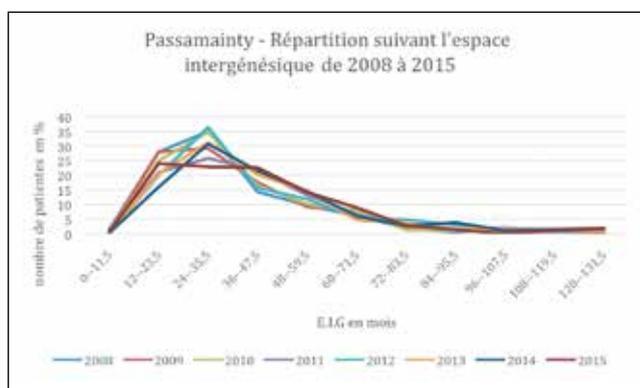
### → Évolution de la parité moyenne et de l'espace intergénéral



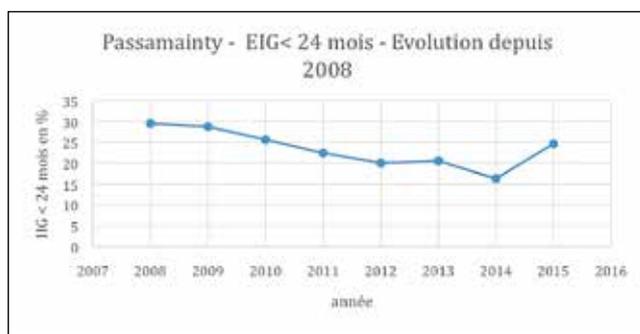


La parité moyenne augmente régulièrement sur la période 2008 à 2013 pour décroître ensuite jusqu'en 2015, passant de 4 à 3,5 (impact de l'augmentation des futures primipares).

On constate depuis 2008 que l'espace intergénésiqye moyen augmente régulièrement, passant de 35 à 40 mois entre chaque naissance.

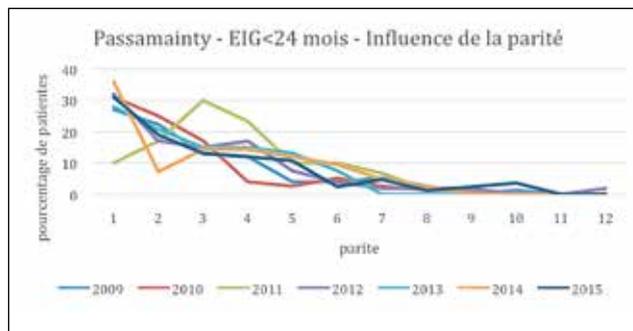


Cette courbe nous montre que les tendances des courbes sont toutes superposables avec un pic de patientes dans la tranche 24 – 36 mois. Dans l'Archipel des Comores, l'étude de la D.G.S.P de Moroni <sup>(7)</sup> montrait un EIG moyen de 31 mois, ainsi qu'une proportion de 30 % des patientes qui accouchent moins de 24 mois après le dernier enfant. Il semblerait donc que les patientes Comoriennes à Mayotte espaceraient mieux les naissances.



Cette courbe permet de voir l'évolution du taux de l'E.I.G < à 24 mois. Cette proportion diminue de 2008 jusqu'en 2014, passant de 30 % à 15 % témoignant d'une amélioration de l'espacement des naissances. Cependant, depuis 2015 on observe une nette remontée de la proportion de grossesses insuffisamment espacées (taux de 25 %).

→ Influence de la parité sur l'espace intergénésiqye inférieur à 24 mois



Ce graphique montre que pratiquement toutes les courbes sont superposables sauf pour l'année 2011 où se sont les troisièmes parités qui ont moins bien espacé leurs grossesses sans qu'il soit possible de trouver une raison, concernant les autres années ce sont les primipares qui espacent le moins les naissances.

IMPACT DES PRIMO-ARRIVANTES (PA)

→ Impact sur le nombre d'inscriptions de grossesses

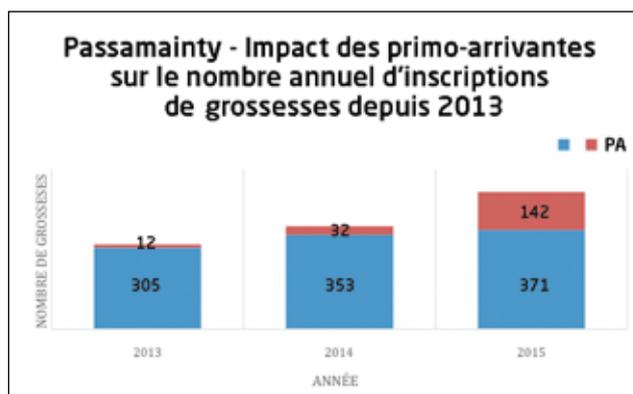
La proportion de primo-arrivantes ayant fortement augmenté, il était intéressant de faire une étude spécifique.

Une PA est une personne qui est arrivée à Mayotte depuis moins de 12 mois au moment du premier contact en PMI.

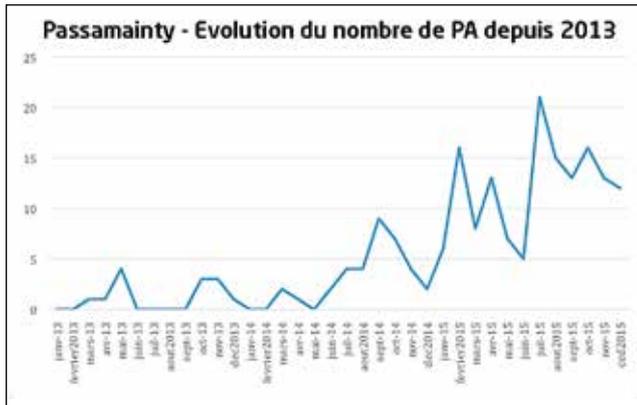
De 2013 à 2015, le nombre de PA a augmenté de manière très significative, atteignant 28 % en 2015. On observe conjointement que le nombre de grossesses dans la population initiale (non primo-arrivante : NPA) a fortement augmenté en 2014 (353) et de manière plus modérée en 2015 (371).

La sage-femme en poste depuis 2008 connaît particulièrement bien les patientes, il est donc aisé de savoir qui est primo-arrivante et qui ne l'est pas. L'année 2015 marque aussi le retour de patientes qui ont déjà accouché à Mayotte, puis aux Comores, cette proportion est de 4,2 % pour cette même année.

Les années 2013 et 2014 sont peu impactées par l'arrivée des P.A., on peut affirmer dans ce secteur que la hausse des inscriptions en 2014 provient de la population initiale, en revanche en 2015 la hausse très significative du nombre de grossesses est fortement corrélée aux flux migratoires.



### → Évolution du nombre de PA en fonction des mois depuis 2013



Mayotte a toujours été une terre d'immigration mais jusqu'en 2014 le nombre de patientes PA était peu élevé. Cependant, on note un pic depuis septembre 2014. Le nombre de PA augmente et s'accroît durablement en 2015 (144 PA au total). Les causes de cette forte augmentation sont multifactorielles (déliquescence du système de santé aux Comores, conditions de vie très difficiles et, enfin, application de l'ordonnance 2012-785 pour les patientes non-affiliées). Il est à noter que conjointement à l'arrivée de ces patientes enceintes, leurs enfants viennent aussi à Mayotte. La PMI-enfant ayant, depuis la fin de l'année 2014, une augmentation importante du nombre d'enfants suivis. Jamais un tel phénomène n'avait été observé auparavant.

### → Impact des primo-arrivantes sur le terme de la première visite à la PMI

Les patientes n'ont pas toutes le même profil. Nous constatons, dans ce secteur, deux catégories :

- Celles qui arrivent avec une grossesse en cours, avec ou sans carnet (75 % des cas) : le suivi est alors souvent tardif.
- L'autre catégorie concerne les patientes qui sont déjà présentes dans le département depuis moins d'un an et dont l'objectif est d'être enceintes le plus rapidement possible.

Enfin, certaines patientes débarquent du kwassa et arrivent directement à la maternité pour accoucher. Cela constitue pour les sages-femmes en salle d'accouchement un surcroît de travail car il faut effectuer de nombreux gestes dans l'urgence. Il n'est pas

possible de connaître le nombre de ces patientes, seul le centre hospitalier de Mayotte est en mesure de donner des chiffres.

### • Terme de la première visite à Mayotte pour les primo-arrivantes (cf. graphique 1)

68 % des patientes PA prennent contact avec la PMI au-delà de 16 SA.

Le terme de prise en charge à la PMI est bien sûr différent qu'elles aient eu ou non un suivi aux Comores. Le contact est plus tardif. Le terme moyen de la première visite est de 17,22 SA (quel que soit le lieu de la première échographie) et de 21,05 SA lors du premier contact à la PMI. Les suivis tardifs sont plus chronophages car l'échographie prend plus de temps. L'anamnèse s'avère souvent fastidieuse et peu productive. La majorité des patientes sont souvent incapables de donner les dates de naissance et le poids de leurs enfants, elles ne sont que 25 % à fournir leur carnet de santé des Comores.

Le profil des patientes de 2015 n'a plus rien à voir avec la population initiale à laquelle nous avons à faire jusqu'à présent, celles-ci ayant un profil qui se rapprochait des patientes Mahoraises avec un contact à la PMI plus précoce. Les PA proviennent majoritairement de la région déshéritée du Nioumakélé (Anjouan) et elles sont majoritairement en très grande précarité.

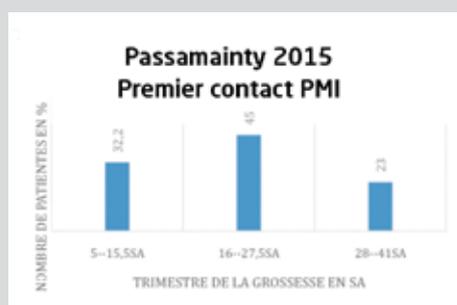
### → Parité des patientes PA

Dans les deux populations, les futures primipares ont les effectifs les plus importants avec un pourcentage plus significatif chez les primo-arrivantes : 35 % contre 20 % dans la population initiale. Il y a peu de grandes multipares chez les femmes PA, ce sont donc surtout des patientes jeunes qui tentent la traversée pour avoir de meilleures conditions d'accouchement. Le flux migratoire dans ce secteur a entraîné un rajeunissement au niveau des classes d'âge. Certaines patientes Comoriennes habitant depuis longtemps à Mayotte font venir leurs filles aînées enceintes qu'elles avaient placées initialement chez des membres de leur famille plusieurs années auparavant.

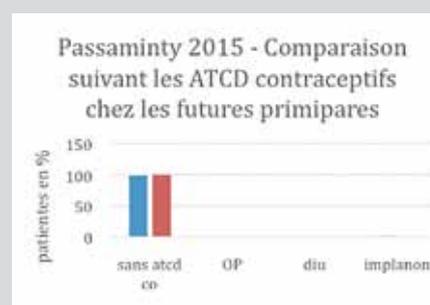
### → Comparaison des ATCD de contraception

Sur l'ensemble de Mayotte <sup>(5)</sup> 68 % des patientes ont utilisé un moyen de contraception avant la naissance de leur enfant. L'étude de Passamainty va nous permettre de voir le profil de nos patientes (cf. graphiques 2 et 3).

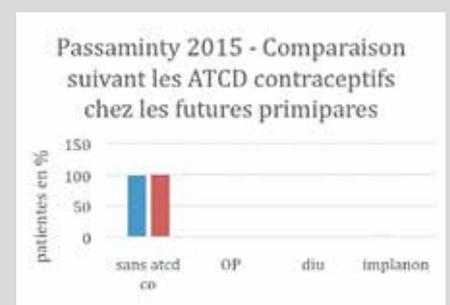
Graphique 1 ▼

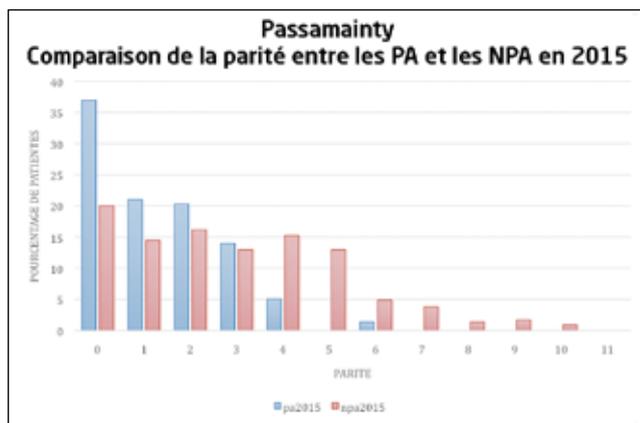


Graphique 2 ▼



Graphique 3 ▼





Pour terminer cette étude, il était intéressant dans cette PMI de connaître le comportement des patientes vis-à-vis de l'utilisation des moyens contraceptifs. Chez ces deux populations, le comportement des futures primipares est identique. En effet, dans cet archipel, il n'est pas d'usage de prendre un moyen de contraception tant que la patiente n'a pas eu d'enfants. En revanche, pour l'ensemble des parités, il y a des différences notables.

Les patientes (NPA) semblent plus réceptives aux moyens de contraception. Elles sont 43 % à avoir utilisé un ou plusieurs moyens de contraception avant leur grossesse, en revanche ce taux est de 7 % pour les primo-arrivantes. Il est difficile de dire si cela résulte d'un refus d'utilisation ou d'un problème d'accessibilité aux Comores. Il sera intéressant d'observer le comportement de ces patientes après leur accouchement : viendront-elles aux visites postnatales ? Les informations données lors de la consultation du 8<sup>e</sup> mois et en suites de couches seront-elles suffisantes pour les inciter à espacer leurs grossesses ?

## EN RÉSUMÉ

- Augmentation importante des inscriptions et des non-affiliées, majorée par les primo-arrivants.
- Expansion démographique des villages de Passamainty et Tsoundzou1.
- Augmentation régulière des patientes âgées de moins de 20 ans depuis 2008.
- Augmentation des futures primipares et des mineures depuis 2014.
- Espacement des naissances encore insuffisant, notamment entre le premier et le deuxième enfant.
- Faible prévalence des antécédents contraceptifs pour les patientes primo-arrivantes et les futures primipares.

## CONCLUSION

Cette hausse historique et catastrophique des naissances impacte durablement l'activité de l'ensemble des services de santé de ce petit département. Au 31 décembre 2016, le Centre hospitalier de Mayotte a publié ses derniers chiffres : **9 514 naissances faisant de Mamoudzou la plus grosse maternité de France.**

Compte tenu de ce surcroît d'activité, il a fallu faire appel aux sages-femmes de la réserve sanitaire (EPRUS) tant le rythme de travail est devenu insupportable. On ne pourra pas indéfiniment augmenter la taille des maternités de Mayotte. Ce surcroît d'activité a aussi impacté durablement le fonctionnement de la PMI. Comment sera-t-il possible de scolariser les enfants quand on sait qu'actuellement les infrastructures scolaires ne sont déjà pas adaptées ? L'ordonnance 2012-785 du 31 mai 2012 (permettant l'application de l'article L6416-5 du code de la Santé publique) a probablement contribué à créer en partie un appel d'air pour les patientes en provenance des Comores. Quel sera l'avenir de tous ces enfants dont les deux tiers des parents sont nés hors de Mayotte ?

Le véritable enjeu pour les années à venir sera de **mettre en place une stratégie pour limiter les naissances**. Il est nécessaire de moderniser les centres de PMI, d'augmenter les effectifs des professionnels de santé (sages-femmes, médecins) et d'améliorer l'approvisionnement des différents moyens contraceptifs afin d'éviter à l'avenir les ruptures. Cela étant, **on ne pourra pas améliorer l'espacement des naissances tant qu'il n'y aura pas d'évolution du statut de la femme à Mayotte**. Il faudrait aussi que la mentalité des hommes change. La précarité de nos patientes, l'âge précoce du premier mariage ainsi que l'instabilité conjugale impacteront toujours durablement sur le parcours procréatif de nos patientes. •

## Bibliographie

1. Rapport Barreau-Hartman.
2. Rapport statistiques annuels des PMI en 2013, 2014 et 2015.
3. Rapport de l'Association des Sages-femmes Territoriales de Mayotte sur l'état des centres de PMI.
4. Les sources ayant permis d'établir cette courbe sont les suivantes :
  - pour la période 1978-1991, *Mayotte vers un début de transition démographique*, C. Cateau (secondes journées Mahoraises de la mère et de l'enfant, mars 1992);
  - pour la période 1990-1998, *B.E.H N = 43/1992, la mortalité et la mortalité périnatale à Mayotte en 1991*, de Régine Leffay-Robin, O. Hebert, M.H. Gherbi, G. Bréart.
5. Étude DRESS, Mayotte 2010.
6. Étude ORS, 2014 et 2015.
7. Union des Comores, Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples 2012 (EDSC-MICS II) 2012.
8. Rapport de la Chambre régionale de la Cour des comptes (Rapport d'observation sur les maternités du Centre Hospitalier de Mayotte, exercice 2008 et plus).