

Santé de la mère et de l'enfant : à Mayotte, un contexte sanitaire difficile

Dr Soumeth Abasse, président du réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma), pédiatre, chef de service, centre hospitalier de Mayotte (CHM),

Dr Salimata Diarra Diall,

coordinatrice du réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma),

Chiara Quagliariello, anthropologue.

Mayotte est devenu officiellement département français en 2011. Le territoire connaît une natalité dynamique avec 9 304 naissances en 2018. Le taux de fécondité (4,7 enfants par femme en 2018) est le plus élevé des départements et régions françaises d'outre-mer [1].

Les textes réglementaires en matière de santé ont évolué progressivement avec le processus de départementalisation. L'île possède désormais sa propre agence régionale de santé (ARS) depuis janvier 2020. Cette création a été rendue nécessaire pour répondre en partie à l'urgence de la situation sanitaire sur l'île. La création de cette agence pourra contribuer de façon majeure à faire avancer positivement la santé des habitants en tenant compte des déterminants de la santé (précarité, environnement) dans cette île soumise à une forte immigration.

Amélioration des infrastructures de périnatalité

Tout comme les textes réglementaires ont évolué en matière de santé, le système de santé a également progressé. En effet, dans les années 1990, Mayotte comptait 13 maternités, appelées maternités rurales, ainsi qu'un hôpital à Mamoudzou, chef-lieu de Mayotte. Ces maternités rurales étaient gérées par des infirmières

accoucheuses et 18 femmes accoucheuses, dont quatre étaient sages-femmes diplômées d'État. En moyenne, 2 500 accouchements étaient réalisés par an, alors que les moyens logistiques et les infrastructures adéquates faisaient défaut.

Dans les années 2000, le système de santé commence à se structurer à Mayotte, avec la création du centre hospitalier de Mayotte (CHM) à Mamoudzou et, successivement, la création de quatre dispensaires, comprenant quatre maternités : à Mramadoudou, Kahani, Dzoumogné et Petite-Terre. En 2004, le service de la protection maternelle et infantile (PMI) est créé au sein du conseil général ; à ce jour, 17 structures de PMI sont fonctionnelles.

En 2009, l'agence régionale de santé de l'océan Indien (ARS OI) est créée et dispose d'une délégation à Mayotte. Son siège social se situe dans l'île de La Réunion. La même année, une structure de coordination en santé périnatale voit le jour : le réseau de périnatalité de Mayotte (Répéma). Ce réseau coordonne les actions et les acteurs qui œuvrent en périnatalité.

Aujourd'hui, une maternité de référence, bien équipée, existe au sein du centre hospitalier de Mayotte (CHM), et quatre autres maternités périphériques sont rattachées aux dispensaires avec des professionnels qualifiés.

Des structures sanitaires sous-dimensionnées face à une démographie galopante

Malgré ces progrès en matière de santé, il reste certains défis :

- la maternité de référence est sous-calibrée par rapport aux nombres de naissances ;
- le service de néonatalogie est largement sous-dimensionné par rapport au nombre d'enfants hospitalisés ;
- il est très difficile de fidéliser les professionnels ;
- Mayotte demeure un désert médical, puisqu'elle compte 61 généralistes pour 100 000 habitants en 2016, encore très loin de la métropole (143 généralistes pour 100 000 habitants) et de La Réunion (141, pour 100 000 habitants).

Ainsi, si le *turn-over* des professionnels a un impact sur le fonctionnement des structures qui s'occupent du couple mère-enfant, le désert médical accroît les charges de travail, ce qui rend le contexte sanitaire plus complexe dans ce cadre de démographie galopante. Le fonctionnement de la PMI à Mayotte subit de plein fouet cette désaffection, car elle est en charge de 80 % de la consultation prénatale¹. Actuellement, 15 centres de protection maternelle et infantile sont fonctionnels sur les 21 prévus à Mayotte. La situation s'améliore peu à peu depuis 2019.

Un accès à la santé difficile

Avec plus de 256 000 habitants, Mayotte est un jeune département en plein développement démographique, politique, sociétal et industriel. Or, 84 % des habitants de Mayotte vivent en dessous du seuil de pauvreté. L'accès à la santé est difficile pour une forte population migrante, qui ne bénéficie ni de la couverture maladie universelle (CMU) ni d'aide médicale d'État.

Encore aujourd'hui, il existe peu de structures qui s'occupent des femmes et des enfants vulnérables. En effet, le *turn-over*, le manque de structures spécialisées et de spécialistes dans certains domaines compliquent davantage la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des enfants vulnérables.

Pour ce qui concerne le *post-partum*, l'enquête nationale périnatale (ENP) conduite en 2016 [2] montre un taux d'allaitement maternel assez satisfaisant (allaitement maternel exclusif : 85,8 % et 10,3 % d'allaitement mixte à la sortie de la maternité). Malgré ce taux encourageant, les professionnels constatent que l'accompagnement de l'allaitement maternel est fait de façon hétérogène par plusieurs professionnels sur l'île. De plus, aucune donnée n'existe sur le taux d'allaitement maternel à six mois de vie de l'enfant.

Difficultés de la prise en charge du couple mère-enfant

Les enquêtes périnatales de 2016, ainsi que les indicateurs de santé périnatale pour 2017 mettent en lumière les difficultés de la prise en charge du couple mère-enfant.

Chez l'enfant

L'enquête nationale périnatale de 2016 montre un taux de prématurité élevé dans les départements d'outre-mer : 11,9 % à Mayotte contre 7,7 % en métropole². En 2018, l'indicateur « petit poids de naissance³ » s'élève à 13,7 % à Mayotte contre 8 % en métropole. Par ailleurs, La surveillance des grands prématurés après leur sortie d'hospitalisation mériterait d'être cordonnée et structurée. En outre, il existe un seul centre d'action médico-sociale précoce (Camps) à Mayotte et il ne dispose pas suffisamment de places pour le suivi des enfants présentant un déficit neuro-sensoriel.

Chez la femme

Les données issues de l'enquête *NutriMay* [3] de 2006 sur l'alimentation, l'état nutritionnel et l'état de santé de femmes qui résident sur l'île indiquent que :

- dans la tranche d'âge des femmes de 15 à 49 ans, l'indice de masse



© Laurent Grzybowski

corporelle (IMC) moyen s'élevait à 26,5 kg/m² (25,7-27,3). Il augmente significativement avec la classe d'âge, passant de 24,2 kg/m² entre 15 et 29 ans à 29,5 kg/m² entre 30 et 49 ans ;

- 26,7 % des femmes étaient en surpoids ;
- 27,3 % des femmes de 15 à 49 ans présentaient une obésité et la prévalence d'obésité augmentait en fonction de l'âge.

Le couple mère-enfant souffre de la situation précaire de la mère

À Mayotte, plus de 13 % des parturientes ont moins de 20 ans, contre 1,9 % en métropole. La plupart de ces jeunes ont difficilement accès aux recommandations de santé pour bien conduire leur grossesse.

La précarité des femmes détériore la qualité de vie du couple mère-enfant [2]. Actuellement, le revenu du foyer de 57,1 % des mères est inférieur à 500 euros (contre 45 % en 2010). Si 53 % des parturientes ne disposaient d'aucune couverture de santé en 2010, aujourd'hui, 61,9 % sont concernées. 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 sept consultations prénatales et 46,1 %, moins de trois échographies.

Par ailleurs, toujours selon l'ENP 2016, les dossiers médicaux de 5,9 % des mères faisaient mention d'une hypertension artérielle (HTA)

pendant la grossesse, et pour 9,8 % des parturientes, d'un diabète gestationnel. Les habitudes alimentaires et la sédentarité des habitants de l'île expliquent au moins en partie la prévalence du diabète chez les personnes de 30 à 69 ans, qui concerne chaque année 10,5 % de la population [4], ce qui est le double de la métropole où le diabète traité est évalué à 5 % [5]. Malgré cette situation, un seul diabétologue travaillant dans le secteur public est présent sur le territoire. De même à Mayotte, les femmes âgées de 60 à 74 ans présentent un risque de décès trois fois plus élevé que celles vivant en métropole [6]. Les maladies endocriniennes et métaboliques ont été identifiées comme la troisième cause de mortalité des femmes à Mayotte où une femme sur quatre est en surpoids et une femme sur trois est obèse [3].

Un autre indicateur alarmant concerne le taux d'IVG chez les mineures qui s'élève à 20,3 % en 2018 [7]. Ce taux s'élève à 5,9 % en métropole et à 12,4 % à l'île de La Réunion.

Enfin, sur le plan épidémiologique, un retour des cas de rougeole depuis 2018 incite à une forte mobilisation des institutions autour de la vaccination avec l'implication de Santé publique France (SPF). Plusieurs cas de dengue et quelques cas de paludisme importés ont été enregistrés en 2019. Par ailleurs, la lèpre est toujours présente à Mayotte avec une prévalence estimée à 4,75 habitants pour 10 000 [8].

L'ESSENTIEL

▣ **Terre d'accueil des femmes venant de territoires voisins comme Les Comores, Mayotte doit concilier des infrastructures sanitaires sous-dimensionnées avec la prise en charge de femmes enceintes, en augmentation importante. À Mayotte plus de 13 % des parturientes ont moins de 20 ans, contre 1,9 % en métropole. La plupart de ces jeunes ont difficilement accès aux recommandations de santé pour bien conduire leur grossesse. Plusieurs programmes de sensibilisation, prévention et promotion de la santé maternelle et infantile ont été mis en place ces dernières années, qui visent à améliorer l'accès aux soins et à lutter contre les inégalités entre les populations de patientes. Cependant, il reste beaucoup à faire pour assurer la présence d'une véritable démocratie sanitaire à Mayotte.**

Une périnatalité multiculturelle et socialement diversifiée

Les enjeux de santé périnatale et reproductive du département de Mayotte s'inscrivent dans un contexte sociétal spécifique que l'on ne retrouve dans aucun autre territoire français [2]. Il existe une forte hétérogénéité des patientes assistées dans les services de maternité de l'île. S'il est possible de retrouver une composition multiculturelle, inter-ethnique et socialement stratifiée de patientes dans d'autres départements en France – un exemple étant donné par la Seine-Saint-Denis en Île-de-France –, la particularité de Mayotte réside dans la confrontation rapprochée de plusieurs populations de patientes dans ce territoire-frontière d'Europe situé au sein de l'Océan Indien [9]. Schématiquement, l'on peut distinguer quatre populations de patientes :

- la première population, minoritaire, est celle des femmes de Mayotte (environ 25 % des accouchements par an). Citoyennes françaises, elles sont affiliées au système de sécurité sociale, et nombre d'entre elles suivent les programmes de planification familiale mis en place sur l'île depuis les années 1980 ;

- La deuxième population, majoritaire, correspond aux femmes originaires de l'archipel des Comores (plus de 70 % des accouchements par an). Certaines d'entre elles vivent à Mayotte depuis plusieurs années ; d'autres sont arrivées plus récemment en embarcations par le canal du Mozambique⁴. Pour une partie de ces femmes, le mythe de la maternité comme voie privilégiée d'accès à la nationalité française est une caractéristique forte. Cependant, contrairement aux imaginaires des immigrées, accoucher à Mayotte ne donne pas accès à la citoyenneté française. Dans nombre de cas, les conditions sociales et juridiques de ces femmes sont plutôt celles d'étrangères sans papiers, ceci au-delà de la durée de leur séjour sur l'île. Cette population n'est pas affiliée au système de sécurité sociale, et elle se caractérise par une moindre utilisation des méthodes contraceptives. Par conséquent, leur taux de fécondité et le pourcentage de grossesses précoces sont plus élevés que dans le premier groupe ;
- la troisième population est originaire de Madagascar, et elle constitue une minorité parmi les immigrées (moins du 10 % des accouchements par an). Comme les femmes comoriennes, ces femmes sont souvent sans papiers, et elles n'ont pas toujours accès à la sécurité sociale. Le phénomène des grossesses précoces les concerne aussi ;
- la quatrième population, ultra-minoritaire (environ 2 % des accouchements par an) est composée de femmes issues de plusieurs pays du continent africain : Congo, Rwanda, Burundi, Tanzanie. Contrairement aux immigrées comoriennes et malgaches, ces femmes, issues d'un flux migratoire en progression ces dernières années, sont affiliées à la sécurité sociale en tant que demandeuses d'asile.

Inégalités de vie, inégalités de santé maternelle et infantile

Ces populations vivent dans des conditions sociales, économiques et d'accès aux droits très inégales. Le travail précaire, la mauvaise alimentation ainsi que la mauvaise qualité des logements ne sont pas sans conséquences sur l'état de santé des femmes et de leurs enfants. Les problèmes de santé

soulignés dans la première partie de cet article – pathologies lors de la grossesse (hypertension, diabète, obésité) ; accouchements prématurés ; risque de mortalité maternelle ou encore malnutrition infantile – sont des phénomènes inégalement répartis. Le rapport négatif entre déterminants sociaux et indicateurs de santé concerne principalement les populations qui vivent dans des situations d'illégalité ou de semi-illégalité, c'est-à-dire la majorité de patientes assistées à Mayotte.

La concurrence sanitaire : un enjeu de santé publique à Mayotte

Au-delà des risques de santé pour la mère et pour l'enfant, la hiérarchisation sociale due à l'identité de classe et aux différents statuts juridiques des femmes a créé une concurrence entre différentes catégories de patientes. Un premier conflit émerge avec l'idée – partagée par la plupart des femmes de Mayotte – selon laquelle le système de santé de l'île subirait une invasion sanitaire des étrangères, principalement les Comoriennes. Ces dernières représentent environ 75 % des femmes assistées dans les maternités de l'île et environ 90 % des patientes accueillies dans les services de PMI. Cette situation a plusieurs conséquences :

- l'offre sanitaire publique – services de maternité du centre hospitalier de Mayotte et ceux de la PMI – subit une dévalorisation sociale et symbolique ; elle serait désormais destinée aux femmes immigrées ;
- les Mahoraises choisissent de se tourner vers l'offre sanitaire du secteur libéral, où les professionnels auraient, selon elles, davantage de temps à leur consacrer ;
- des parturientes prennent la décision d'aller accoucher hors du territoire de l'île. L'île de La Réunion et la France métropolitaine comptent parmi les principales destinations de ces voyages.

Ces tendances montrent l'existence à Mayotte d'un système de soins différentiels ou à double vitesse pour les diverses populations de patientes. Par ailleurs, le choix d'aller accoucher hors de l'île, qui est devenu de plus en plus fréquent

parmi les femmes de Mayotte, remet en question la possibilité d'un accès gratuit aux soins liés à la grossesse et à l'accouchement pour ces femmes de nationalité française. Bien que l'assistance médicale reçue dans d'autres départements soit remboursée par le système de la sécurité sociale, les déplacements et le séjour outre-mer présentent un coût supplémentaire pour elles. Ainsi, ce qui est imaginé comme une solution contre une présence excessive de patientes étrangères dans les services de maternité de Mayotte devient une source d'inégalité pour la population de l'île, où seulement certaines femmes ont les moyens de se déplacer pour aller accoucher ailleurs.

Une deuxième situation de concurrence sanitaire émerge entre les Mahoraises, les immigrées comoriennes et les femmes demandeuses d'asile provenant du continent africain. Ces dernières sont considérées par les femmes de Mayotte comme une population qui profite du système de santé de l'île, et par les immigrées comoriennes, comme une population privilégiée pour ce qui concerne l'accès à la sécurité sociale. Il en résulte une double discrimination à leur égard.

Accès inégal au système de soins

Bien que les professionnels de santé cherchent à assurer un traitement égalitaire à toutes les femmes

enceintes, l'accès aux soins reste incertain pour certains groupes de patientes. Un premier problème est celui des coûts liés aux soins anténataux et postnataux pour les femmes non affiliées à la sécurité sociale. Le recours à la PMI pour accéder gratuitement aux professionnels de santé est l'une des principales solutions trouvées par ces femmes. Ainsi, contrairement à ce qui se passe dans d'autres départements français, le rôle principal du service de PMI à Mayotte est de fournir des traitements médicaux aux femmes sans papiers. Malgré cela, une partie d'entre elles arrivent au moment de l'accouchement sans avoir effectué une seule consultation médicale ni aucune échographie. Leur crainte d'être interpellées par la police des frontières lors du trajet entre leur domicile et la PMI joue un rôle décisif dans le choix de ne pas s'adresser aux services de soins. Comme le soulignent certaines immigrées, face au risque d'être expulsées de Mayotte, elles n'ont d'autre choix que de se protéger plutôt que de s'assurer de la bonne santé de l'enfant à venir. Dans d'autres cas, malgré les coûts élevés, la solution choisie par ces femmes est de se tourner vers le secteur libéral. Les cabinets libéraux sont décrits comme les endroits les plus sécurisés pour les femmes sans papiers, car les risques sont moindres de rencontrer la police des frontières à proximité.

Cette stratégie de survie montre la nécessité de réfléchir au lien entre contrôle policier et impossibilité d'accès aux lieux de soins.

Le problème de l'accès aux lieux de soins concerne également le moment de l'accouchement. Le phénomène des naissances extrahospitalières – environ 15 % des accouchements par an à Mayotte [7] – s'explique par plusieurs facteurs économiques, sociaux et culturels :

- la peur des femmes de rencontrer la police des frontières dans le chemin vers l'hôpital ;
- le manque de moyens de transport parmi les populations les plus précaires ;
- le manque d'ambulances disponibles pour amener ces femmes aux hôpitaux ;
- la crainte d'accoucher par césarienne si l'accouchement est programmé à la maternité de Mamoudzou.

Des interventions néonatales fragmentées sur plusieurs sites

Les malentendus et la distance culturelle caractérisent également la relation entre professionnels de santé : médecins, sages-femmes et infirmières, notamment ceux qui viennent de la métropole, et aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, agentes de service mahoraises. La hiérarchie hospitalière n'explique que partiellement les difficultés de créer une bonne relation d'équipe ;

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : UNE POPULATION ÉTRANGÈRE PARMIS LES ÉTRANGÈRES ?

La composition du corps médical travaillant à Mayotte fait également de ce département un lieu spécifique. Les professionnels de santé originaires de Mayotte représentent une minorité sur l'île. Dans la plupart des cas, ils/elles se sont formé.e.s dans d'autres départements pour ensuite retourner travailler à Mayotte qui ne dispose pas d'école de sages-femmes ni de faculté de médecine. La majorité des professionnels qui travaillent à Mayotte viennent d'ailleurs, principalement de métropole. La présence de ces professionnels est généralement temporaire, d'où l'absence d'une continuité des soins liée à la forte mobilité du personnel médical.

Cette organisation du personnel de santé pose aussi d'autres problèmes dans la relation médecin-patient. Le parcours d'information des femmes ainsi que la collecte du consentement éclairé se heurtent à la barrière de la langue, notamment lorsque les patientes ne parlent pas français. L'absence d'un système d'interprétariat au sein des services hospitaliers conduit souvent le personnel médical à chercher des solutions improvisées – en demandant en premier lieu de l'aide au personnel soignant originaire de Mayotte. Les malentendus liés à la distance culturelle qui sépare les professionnels venus de métropole et les

patientes à Mayotte est une autre limite dans la relation de soin. Bien que ces patientes s'adressent au système hospitalier pour les soins de la grossesse, de l'accouchement et les soins du nouveau-né, nombre d'entre elles font également référence à un système de croyances partagé localement :

- interdits et tabous alimentaires pendant la grossesse ;
- remèdes à base de plantes ;
- rituels animistes pour faciliter l'accouchement ;
- alimentation spéciale pour faciliter l'allaitement...

dans de nombreux cas, les imaginaires réciproques jouent un rôle dans la production de divisions au sein du corps médical. Ainsi, l'idée est répandue parmi les professionnels de Mayotte selon laquelle le personnel de métropole viendrait au centre hospitalier de Mayotte uniquement pour apprendre, ou encore qu'il se servirait de manière inappropriée des compétences du personnel originaire de l'île, par exemple pour de l'interprétariat.

ACCOUCHEMENT : UN RÔLE MAJEUR POUR LES SAGES-FEMMES

Contrairement à ce qui se passe ailleurs en France, les sages-femmes sont les principaux professionnels qui s'occupent de la grossesse et de l'accouchement à Mayotte. La figure du gynécologue n'est pas présente dans les quatre maternités périphériques. Pour les sages-femmes qui travaillent dans ces services – où les naissances correspondent à environ 30 % des accouchements sur Mayotte par an –, la seule possibilité en cas d'urgence est la consultation téléphonique des gynécologues présents à la maternité centrale de Mamoudzou. Cette situation confère aux sages-femmes un rôle décisionnel plus important et des responsabilités médicales majeures, notamment la décision de transférer les patientes vers la seule maternité de l'île équipée pour la gestion de toute pathologie et l'accouchement par césarienne. Un rôle émergent pour les sages-femmes est celui d'assurer l'évalua-

tion de la situation des femmes enceintes arrêtées par la police des frontières sur le territoire de l'île [1]. Ces professionnels sont consultés afin de savoir si ces femmes doivent rester à Mayotte pour recevoir des soins médicaux. La dimension politique associée à ces évaluations montre à quel point le rôle des sages-femmes à Mayotte va souvent au-delà de leurs compétences cliniques.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Saharaoui N. Mayotte, L'éloignement des femmes enceintes. *Plein Droit*, 2020, n° 124 : p. 39-42. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-plein-droit-2020-1-page-39.htm>

Un autre élément rend le fonctionnement du système de soins à Mayotte spécifique : la fragmentation des lieux destinés à l'assistance lors de l'accouchement et après la naissance du bébé. D'une part, en cas d'urgence, les femmes en cours d'accouchement sont transférées des maternités périphériques à celle de Mamoudzou. D'autre part, à cause d'un état de saturation permanente de la maternité centrale, les femmes ayant accouché à Mamoudzou sont transférées dans les services de suite de couches des maternités périphériques. Le critère utilisé pour ces transferts est tout d'abord celui de la disponibilité des lits, avant le lieu de résidence des patientes. Ainsi, des femmes résidant dans le nord de l'île peuvent être transférées dans une maternité située dans le sud et *vice versa*. Ce système de transfert fait l'objet de critiques parmi la population de Mayotte, qui estime que le passage d'un modèle fondé sur de petites maternités proches des villages à un modèle centré sur quatre grandes maternités a rendu l'accès aux services plus difficile pour les patientes et pour leurs familles.

Il arrive même que le couple mère-enfant soit séparé après l'accouchement, par exemple lorsque l'enfant est hospitalisé à Mamoudzou et que sa mère est transférée dans une maternité périphérique. Cette situation s'explique par l'absence de pédiatres dans les maternités périphériques, où ces professionnels n'interviennent qu'une ou deux fois par semaine. De même, à cause du nombre réduit de places disponibles dans le service de néonatalogie, et face au manque de certaines spécialités médicales – comme la chirurgie néonatale –, les cas médicaux les plus graves sont transférés en dehors de l'île, notamment au service de néonatalogie de l'île de La Réunion. Le manque d'autonomie sanitaire du département de Mayotte reste donc un sujet controversé.

Des programmes en cours pour une démocratie sanitaire

Plusieurs programmes ont été mis en place à Mayotte ces dernières années, qui visent à améliorer l'accès aux soins et à lutter contre les inégalités

NI PÉRIDURALE NI PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Le recours limité à l'anesthésie péridurale pendant l'accouchement, ainsi que l'absence d'un service destiné à la procréation médicalement assistée (PMA) sont d'autres domaines, considérés ordinaires ailleurs en France, où le manque de soins émerge à Mayotte.

L'absence d'anesthésistes dans les maternités périphériques ainsi que leur nombre limité dans la maternité de Mamoudzou limitent les possibilités d'accès aux techniques antalgiques. De ce fait, ce qui apparaît ailleurs en France comme une pratique normalisée, voire un droit pour les patientes devient à Mayotte l'une des raisons du choix d'aller accoucher ailleurs.

L'absence d'un service dédié à la PMA reste un thème invisible à Mayotte. Alors que cette île est connue pour être le département

français présentant le plus grand nombre de naissances par an, les difficultés rencontrées par certaines femmes pour accéder à la grossesse ne sont pas abordées dans les programmes de santé publique. Le partage d'un système de valeurs local selon lequel l'infertilité féminine et masculine reste un tabou culturel joue sans aucun doute un rôle dans ce processus d'« invisibilisation ». Dans ce contexte, face au manque de soins médicaux, les femmes (et les couples) s'organisent pour rechercher des solutions. Parmi celles-ci, le recours aux traitements proposés par les médecines traditionnelles est une réalité – tisanes à base de plantes, prières et autres remèdes suggérés par la médecine coranique – il en est de même pour le choix de s'adresser aux services de PMA situés sur l'île de La Réunion ou en métropole.

entre les populations de patientes. Parmi ceux-ci, les programmes de sensibilisation, prévention et promotion de la santé maternelle et infantile mis en œuvre par le réseau de périnatalité Répéma (voir articles « Mayotte : un réseau pour un plan d'action en périnatalité » ; « Mayotte : un camion itinérant de consultation médico-sociale et de prévention en santé sexuelle » dans ce dossier central). Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour assurer la présence d'une véritable démocratie sanitaire à Mayotte, et développer la santé périnatale et reproductive en tant qu'axe fondamental de la santé publique. ■



© Isabelle Bonillo / AFD

1. chiffre identique pour 2016, 2017 et 2018.
2. Niveau identique en 2018.
3. Nouveau-nés de moins de 2 500 grammes.
4. Phénomène des *kwassa-kwassa*, embarcation de fortune des passeurs pour transporter des migrants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Touzet C. Les naissances baissent légèrement. Bilan démographique 2018 à Mayotte. *Insee Flash Mayotte*, septembre 2019, n° 91. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211303>
- [2] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). *Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010*. Octobre 2017 : 316 p. En ligne : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- [3] Ntab B., Gandin P., Castetbon K., Sissoko D., Vernay M. État nutritionnel et activité physique à Mayotte, France : premiers résultats de l'étude NutriMay 2006, Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2007, n°s 48-49 : p. 402-404. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/article/2007/etat-nutritionnel-et-activite-physique-a-mayotte-france-premiers-resultats-de-l-etude-nutrimay-2006>
- [4] Étude Maydia 2008. *Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, décembre 2009 : 83 p.
- [5] Mandereau-Bruno L., Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 14 novembre 2017, n°s 27-28 : p. 587. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/pdf/2017_27-28_3.pdf
- [6] Chaussy C., Merceron S. Surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus. *Insee Flash Mayotte*, 29 mai 2018, n° 68. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3550205>
- [7] Panel 2018 des indicateurs de santé périnatale à Mayotte. 3^e édition. Mamoudzou : Répéma. 12 p. En ligne : www.mayotte.ars.sante.fr/system/files/2020-01/PANEL%202018%20-%20Indicateurs%20de%20santé%20périnatale%20à%20Mayotte%20-%2020201219.pdf.
- [8] Tabard C., Maillard O., Mohand-Oussaid D., Saïdi H., Bourre P., Cazal Y. et al. La lèpre à Mayotte : étude de nouveaux cas entre 2006 et 2015. *Annales de dermatologie et de vénéréologie*, décembre 2018, vol. 145, n° 12S : p. S111. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/1269117/article/la-lepre-a-mayotte%C2%A0-etude-des-nouveaux-cas-entre-2>
- [9] À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère. *Insee Première*, 7 février 2019, n° 1737. En ligne : www.insee.fr/fr/statistiques/3713016