



# Bulletin

## Santé périnatale et petite enfance

Date de publication : 08.07.2026

ÉDITION MAYOTTE

# Surveillance de la santé périnatale

## Édito

La santé périnatale constitue un enjeu majeur de santé publique. Mieux connaître les situations territoriales est indispensable pour orienter les politiques publiques et adapter les réponses aux besoins des populations. La surveillance de la santé périnatale s'inscrit pleinement dans les missions de Santé publique France, dont l'un des objectifs stratégiques est de produire et de valoriser des connaissances afin de renforcer l'efficacité des interventions en santé publique.

La mise à disposition, pour la première fois, d'indicateurs de périnatalité décrivant l'état de santé de la femme enceinte, du fœtus et du nouveau-né, de la grossesse jusqu'au postpartum, aux échelles régionale et départementale, constitue à ce titre une avancée majeure. Ce rapport, qui s'appuie sur différentes sources de données (SNDS, Enquête nationale périnatale, état civil, etc.), permet d'enrichir les connaissances à l'échelle locale, de mieux appréhender les disparités territoriales et d'identifier les enjeux spécifiques à chaque territoire.

À Mayotte, ce travail revêt une importance particulière au regard des caractéristiques démographiques, sociales et sanitaires du territoire. Le département est confronté à des conditions socio-économiques particulièrement défavorables et à une couverture de l'assurance maladie limitée à environ 69 % de la population, selon les données de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte. Par ailleurs, l'Aide médicale de l'État (AME) n'y est pas mise en œuvre. Ces spécificités ont également des conséquences sur la production des indicateurs. Ainsi, en raison d'une couverture insuffisante de l'assurance maladie, certaines données ne sont pas disponibles à Mayotte.

Les indicateurs présentés dans ce rapport mettent en évidence une situation périnatale qui demeure plus défavorable qu'en France entière. Les taux de mortalité maternelle et de mortalité infantile sont plus de deux fois supérieurs à ceux observés au niveau national. La mortinatalité reste également plus fréquente, bien qu'une tendance à la baisse soit observée. Le territoire se caractérise aussi par une fréquence élevée des grossesses chez les adolescentes ainsi que par une prévalence importante de certains facteurs de risque, notamment le surpoids et l'obésité maternels.

À l'inverse, certains comportements à risque, tels que le tabagisme pendant la grossesse, sont moins fréquents qu'au niveau national. Les données montrent également une prévalence du diabète gestationnel inférieure à celle observée en France entière, malgré une augmentation entre 2023 et 2024. De même, la fréquence des hémorragies du postpartum apparaît plus faible qu'au niveau national. En revanche, l'absence de données relatives à la réalisation des entretiens prénatal précoce et postnatal précoce ne permet pas d'évaluer le recours à ces dispositifs, pourtant essentiels pour renforcer l'accompagnement des futurs parents et développer les actions de prévention.

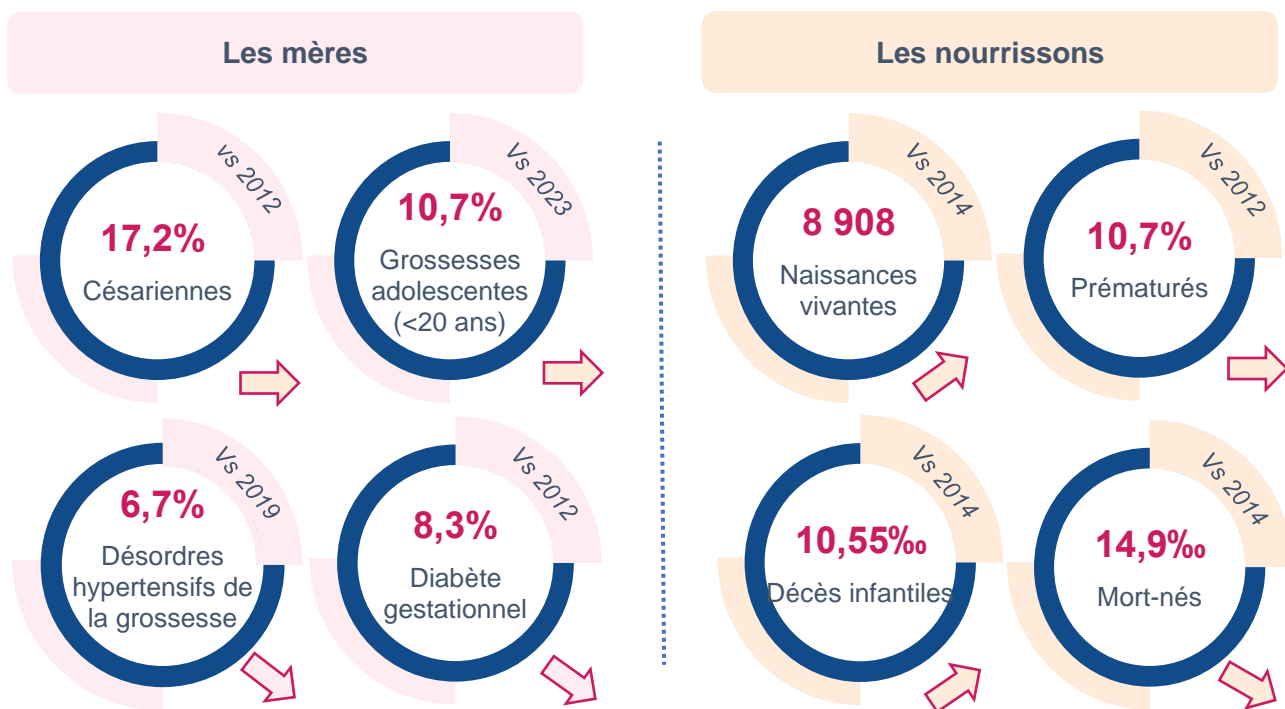
Ce panorama de la santé périnatale constitue un outil d'aide à la décision pour les pouvoirs publics, les institutions et les professionnels de santé. En apportant une vision objective et documentée de la situation à Mayotte, il contribue à orienter les stratégies de prévention, de prise en charge et d'organisation des soins afin de répondre au mieux aux besoins de la population. Il a vocation à accompagner le développement d'actions ciblées et adaptées, dans l'objectif d'améliorer durablement la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles sur le territoire.

## SOMMAIRE

Édito.....	1
8 chiffres-clés à Mayotte en 2024 .....	2
Autres points-clés à Mayotte .....	3
Caractéristiques socio-démographiques.....	3
Facteurs de risque et comportementaux .....	6
Grossesse et accouchement.....	10
Naissances vivantes .....	18
Post-partum.....	20
Mortalité .....	25
Prévention et promotion de la santé périnatale.....	34
Méthodologie .....	39

L'ensemble de ces données, accompagnées de leurs métadonnées incluant une description des requêtes utilisées, est accessible en open data sur la plateforme ODISSE de Santé publique France. Cette mise à disposition permet à chacun de consulter, réutiliser et analyser librement ces informations. Les sources de données et les analyses statistiques sont décrites à la fin de ce document.

## 8 chiffres-clés à Mayotte en 2024



## Autres points-clés à Mayotte

- La part des femmes de 35 ans ou plus à l'accouchement reste faible et atteint 18,6 % en 2024. À l'inverse en 2024, les grossesses « adolescentes » (< 20 ans) restent très supérieures par rapport au niveau national (10,7 % en 2024 vs 1,8 %).
- Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) étaient en augmentation depuis 2023 et représentaient en 2024 5,0 % des femmes ayant accouché à Mayotte.
- La prévalence des femmes en situation de surpoids avant la grossesse (56,1 % en 2021) et du diabète préexistant (1,09 % en 2024) sont en hausse à Mayotte, comme en France entière.
- Les parts de fumeuses un an avant leur grossesse (2,4 %), au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (1,3 %) demeurent très faibles par rapport aux résultats observées en France entière en 2021.
- En 2021, 95,4 % des femmes ont tenté d'allaiter leur bébé, 94,6 % ont pu mettre en place un allaitement mixte ou exclusif en maternité.
- En 2021, 42,7 % des nouveau-nés sont hospitalisés ou transférés à la naissance, un taux 4 fois supérieure à celui de la France entière (11,5 %).
- Le taux de mortalité maternelle atteint 30,9 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2024, soit un niveau plus de deux fois supérieur à celui observé en France entière (11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes).
- Le taux de mortalité infantile de 10,55 décès pour 1 000 naissances vivantes (10,55 ‰) était plus de deux fois supérieur de celui observé en France entière (4,08 ‰).

## Caractéristiques socio-démographiques

Tableau 1. Indicateurs caractéristiques socio-démographiques - Mayotte

Indicateurs	Source	Mayotte	France	p-value
Nombre de naissances	Etat civil (2024)	<b>8 908</b>	<b>659 731</b>	
Taux de natalité (pour 1 000 habitants)	Etat civil (2024)	<b>27,8</b>	<b>9,6</b>	***
<b>Caractéristiques démographiques des mères</b>				
Femmes ayant un âge inférieur à 20 ans (%)	SNDS (2024)	<b>10,7</b>	<b>1,8</b>	***
Femmes ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans (%)	SNDS (2024)	<b>18,6</b>	<b>25,8</b>	***
Femmes avec un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (%)	ENP (2021)	<b>13,7</b> [11,6 - 16,1]	<b>58,0</b> [57,1 - 58,9]	***
Femmes nées à l'étranger (%)	Etat civil (2024)	<b>68,8</b>	<b>26,2</b>	***
<b>Cadre de vie</b>				
Femmes vivant en couple (%)	ENP (2021)	<b>84,6</b> [82,1 - 86,9]	<b>90,6</b> [90,1 - 91,1]	***
Exercice d'un emploi de la mère pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>23,1</b> [20,4 - 25,9]	<b>68,1</b> [67,3 - 68,9]	***
Bon sentiment d'aisance financière <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	<b>41,6</b> [38,4 - 44,9]	<b>57,7</b> [56,8 - 58,6]	***
Bénéficiaire C2S (%)	SNDS (2024)	<b>5,0</b>	<b>14,9</b>	***

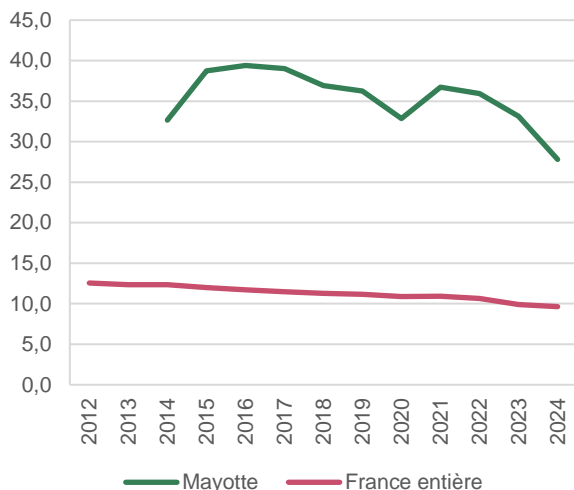
<sup>1</sup> Sentiment d'aisance financière = "ça va" ou "plutôt à l'aise" ou "vraiment à l'aise"

\* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

## Natalité

Selon les données de l'Etat-civil, près de 8 908 naissances ont été enregistrées en 2024 à Mayotte (**Tableau 1**), soit un taux de natalité de 27,8 naissances pour 1 000 habitants (27,8 ‰). Ce taux était significativement supérieur au taux de natalité en France (9,6 ‰) et suivait la même évolution à la baisse. Sur la période de 2014 à 2024, le taux de natalité régional est passé de 32,7 ‰ à 27,8 ‰ (**Figure 1**)

**Figure 1. Evolution du taux de natalité (pour 1 000 habitants) en France entière et à Mayotte, par lieu de domicile, période 2012-2024**



Source : Etat civil

## Caractéristiques démographiques

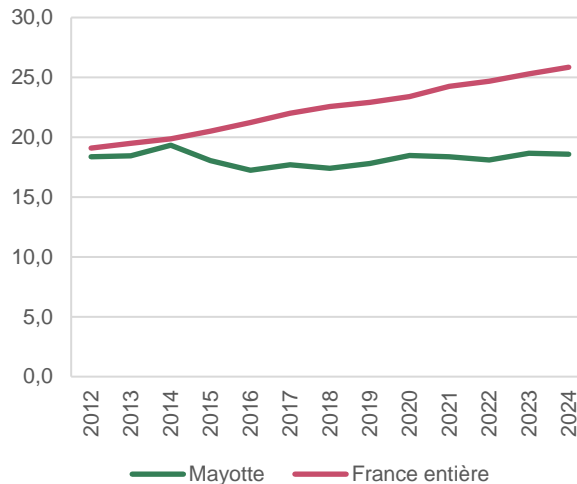
Selon les données du Système National des Données de Santé (SNDS), moins de deux femmes sur 10 ayant accouché en 2024 à Mayotte (18,6 %) étaient âgées de 35 ans ou plus. Cette proportion est restée inférieure au niveau national depuis 2012 (**Figure 2**).

La part des femmes âgées de moins de 20 ans demeurait significativement supérieur (10,7 %) au niveau national (1,8 %) (**Tableau 1**).

### L'âge maternel est un facteur de risque de plusieurs complications de la grossesse

Des événements périnataux défavorables, y compris faible poids à la naissance, naissance prématurée, anomalies congénitales et mortalité infantile, sont plus fréquents lorsque les mères sont adolescentes ou âgées de plus de 35 ans avec un risque accru au-delà de 40 ans.

**Figure 2. Evolution de la part des femmes âgées de 35 ans ou plus lors de l'accouchement (en %), France entière et à Mayotte, période 2012-2024**



Source : SNDS

En 2021, selon les données de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), seulement 13,7 % des femmes ayant accouché à Mayotte avaient un niveau d'étude supérieur au Bac (58,0 % au niveau national) (**Tableau 1**).

En 2024, d'après les données de l'Etat civil, 68,8 % des femmes accouchant à Mayotte étaient nées à l'étranger (26,2 % au niveau national) (**Tableau 1**).

## Cadre de vie

D'après les données de la dernière ENP de 2021, la situation conjugale des femmes ayant accouché à Mayotte n'était pas différente du niveau national.

Une large majorité d'entre elles, 84,6 %, se déclarait en couple, dans le même logement (France = 90,6 %, **Tableau 1**). En revanche, l'exercice d'un emploi des femmes durant la grossesse était trois fois moins fréquent à Mayotte qu'au niveau national : seulement 23,1 % d'entre elles déclaraient occuper un emploi pendant leur grossesse contre 68,1 % au niveau national.

En 2021, le sentiment d'aisance financière des mères à Mayotte (41,6 %) était lui aussi très significativement inférieur au niveau national (57,7 %) et l'un des plus faible parmi l'ensemble des régions de la France hexagonale.

### En France, deux dispositifs permettent l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité

- La Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite (ex CMU-C) offre une prise en charge gratuite des soins de santé aux résidents légaux dont les revenus annuels sont inférieurs à 60 % du seuil de pauvreté.
- L'Aide médicale de l'État (AME) permet de bénéficier d'une couverture médicale gratuite pour les personnes étrangères en situation irrégulière, notamment pour les soins urgents et essentiels. À Mayotte, l'Aide médicale de l'État (AME) n'est, à ce jour, pas mise en œuvre.

Les indicateurs issus du SNDS concernant la C2S gratuite doivent être interprétés avec prudence. Plusieurs tables sources existent, et leur combinaison peut varier selon les approches. Dans ce bulletin, nous avons retenu les femmes ayant bénéficié de ce dispositif à tout moment entre le début de la grossesse et deux mois après l'accouchement.

Il est important de noter que l'accès effectif à ce dispositif dépend de démarches administratives, ce qui peut influencer les disparités observées et leur évolution dans le temps.

En 2024, à Mayotte, 5,0 % des femmes ayant accouché étaient en situation de faibles revenus et bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) gratuite. Cette proportion augmente depuis 2023 mais reste inférieure au niveau national (France = 14,9 %). A noter que le plafond

maximal de ressources annuelles pour bénéficier de la C2S a également augmenté sur la même période, passant de 8 645 € pour une personne seule en 2014 à 10 166 € pour une personne seule en 2024 (**Tableau 1**).

#### La précarité socio-économique aggrave les risques pour la mère et le nourrisson

Chez la mère, elle est associée à un accès limité aux soins prénatals, une alimentation déséquilibrée, un stress chronique et une exposition accrue aux facteurs de risque (tabagisme, environnement défavorable), augmentant les complications (hypertension, dépression post-partum). Pour le nourrisson, elle se traduit par un risque élevé de prématurité, de retard de croissance in utero et de mortalité infantile.

## Facteurs de risque et comportementaux

Tableau 2. Indicateurs facteurs de risque et comportementaux – Mayotte

Facteurs de risque et comportementaux				
Indicateurs	Source	Mayotte	France	p-value
<b>Traitement de l'infertilité</b>				
Traitement de l'infertilité (%)	ENP (2021)	<b>0,7</b> [0,2 - 1,5]	<b>6,5</b> [6,0 - 6,9]	***
<b>Facteur de risque</b>				
Femme en surpoids ou obésité pré-conception (%)	ENP (2021)	<b>56,0</b> [49,6 - 62,3]	<b>37,9</b> [37,0 - 38,7]	***
Femme présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (%)	SNDS (2024)	<b>1,09</b>	<b>0,92</b>	
Femme présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique (%)	SNDS (2024)	<b>1,75</b>	<b>1,63</b>	
<b>Tabagisme</b>				
Fumeuses 1 an avant la grossesse (%)	ENP (2021)	<b>2,4</b> [1,5 - 3,6]	<b>26,8</b> [26,0 - 27,6]	***
Fumeuses au 3 <sup>ème</sup> trimestre de grossesse (%)	ENP (2021)	<b>1,3</b> [0,7 - 2,3]	<b>11,8</b> [11,3 - 12,4]	***
Fumeuses 2 mois post-partum (%)	ENP (2021)	<b>ND</b>	<b>15,1</b> [14,2 - 16,0]	

\* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

### Traitement de l'infertilité

Selon les données de l'ENP 2021, 0,7 % des femmes venant d'accoucher à Mayotte déclaraient avoir suivi un traitement contre l'infertilité avant leur grossesse (ex : fécondation in vitro, insémination artificielle), taux très inférieur de celui observé en France entière (6,5 %) (**Tableau 2**).

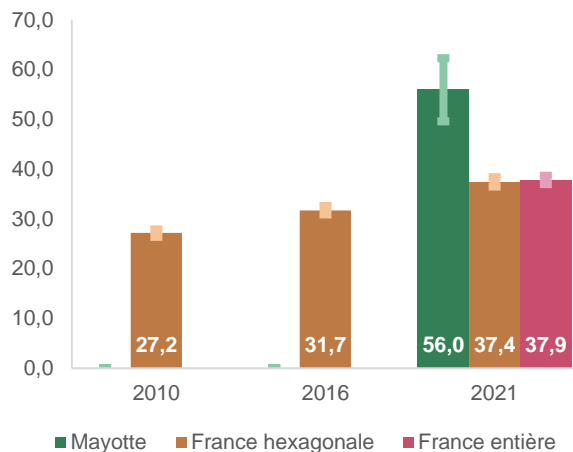
### Facteurs de risque

En 2021, la prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité (indice de masse corporel supérieur à 25) avant la grossesse était à Mayotte, de 56,0 % soit un résultat significativement supérieur au niveau national (37,9 %) (**Figure 3, Carte 1**). La prévalence des femmes en situation de surpoids ou obésité était le plus élevé de toutes les régions françaises (**Carte 1**).

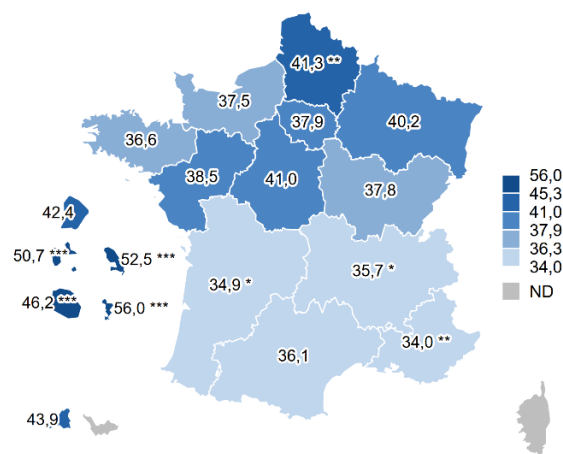
#### Le surpoids chez la femme enceinte est un facteur de risque de plusieurs complications de la grossesse

Le surpoids ou l'obésité chez la femme enceinte expose à des risques accrus de complications, tant pour la mère que pour l'enfant. Chez la mère, ces conditions favorisent notamment : l'hypertension artérielle gravidique, le diabète gestationnel, les thromboses veineuses (comme les phlébites). Pour le nourrisson, les risques incluent la prématurité, les anomalies congénitales, un poids de naissance élevé (macrosomie), un risque accru de mort fœtale in utero.

**Figure 3. Evolution de la part des femmes en situation de surpoids ou obésité avant la grossesse (en %) par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et à Mayotte, 2010, 2016 et 2021**



**Carte 1. Part des femmes en situation de surpoids ou obésité avant la grossesse (en %) par région du lieu d'accouchement, 2021**

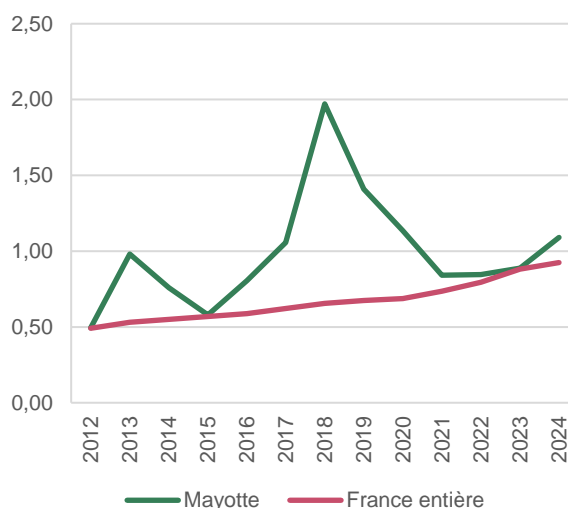


Source : ENP ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$  ; ND = non disponible

Source : ENP

Après une forte baisse de 2019 à 2022 la prévalence du diabète préexistant (type 1 ou 2) est repartie à la hausse à Mayotte depuis 2022, passant de 0,8 % en 2022 à 1,1 % en 2024 (**Figure 4**). Cette même tendance était observée en France entière (0,92 % en 2024), avec une hausse accélérée depuis 2020.

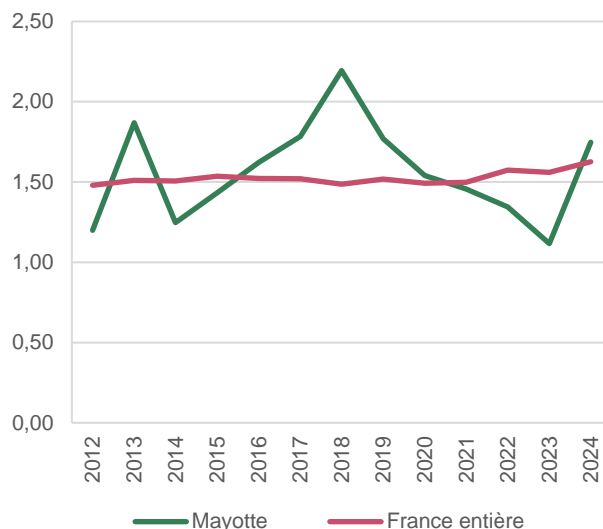
**Figure 4. Evolution de la part des femmes présentant un diabète (type I ou II) préexistant à la conception (en %), France entière et à Mayotte\*, période 2012-2024**



Source : SNDS \* Indicateur brut calculé à partir de la combinaison des données hospitalières et des données de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM). Cet indicateur est à interpréter avec prudence, car il est susceptible d'être sous-estimé : les données de la CSSM ne couvrent qu'environ 68 % de la population de Mayotte

Après plusieurs années de baisse, la prévalence des femmes enceintes présentant une hypertension artérielle (HTA) chronique a progressé depuis 2023 (de 1,1 % à 1,75 % en 2024). En 2024, la prévalence était plus élevée à Mayotte (1,75) qu'en France entière (1,63 %) (**Figure 5**).

**Figure 5. Evolution de la part des femmes enceintes ayant une hypertension artérielle chronique (en %), France entière et à Mayotte\*, période 2012-2024**



Source : SNDS\* Indicateur brut calculé à partir de la combinaison des données hospitalières et des données de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM). Cet indicateur est à interpréter avec prudence, car il est susceptible d'être sous-estimé : les données de la CSSM ne couvrent qu'environ 68 % de la population de Mayotte

## Tabagisme

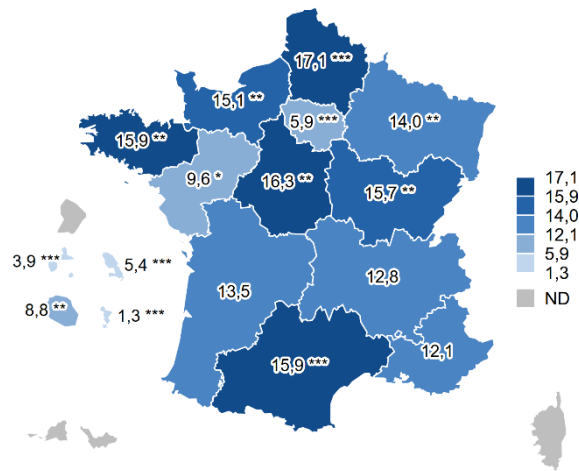
Les indicateurs présentés ici concernent la consommation de tabac (cigarettes industrielles et tabac à rouler), à l'exclusion des cigarettes électroniques et autres produits du vapotage.

### La consommation de tabac durant la grossesse est un facteur de risque majeur de morbidité materno-fœtale

Les effets néfastes, tels que placenta prævia, grossesse extra-utérine, faible poids à la naissance, prématurité, sur la santé de la mère et de l'enfant sont bien documentés.

En 2021, seulement 2,6 % des femmes déclaraient fumer un an avant leur grossesse à Mayotte (versus 26,8 % en France entière) (**Tableau 2**). Cette proportion diminuait au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse avec un taux de fumeuses de 1,3 % (versus 11,8 % en France entière). Les parts des fumeuses un an avant leur grossesse et au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (**Carte 2**) étaient significativement plus basses que celles observées en France entière.

**Carte 2. Part des femmes fumeuses au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



# Grossesse et accouchement

**Tableau 3. Indicateurs grossesse et accouchement – Mayotte**

Indicateurs	Source	Mayotte	France	p-value
<b>Suivi de la grossesse</b>				
Préparation à la naissance chez les primipares (%)	ENP (2021)	7,5 [4,2 - 12,0]	79,5 [78,3 - 80,6]	***
Préparation à la naissance chez les multipares (%)	ENP (2021)	1,7 [0,9 - 3,0]	34,4 [33,3 - 35,6]	***
Entretien prénatal précoce (%)	SNDS (2024)		62,1	***
<b>Prévention</b>				
Prise d'acide folique avant la grossesse (%)	ENP (2021)	1,5 [0,8 - 2,5]	27,2 [26,4 - 28,1]	***
Conseil pour limiter la transmission du cytomégalovirus (CMV) (%)	ENP (2021)	28,4 [25,4 - 31,4]	15,7 [15,1 - 16,4]	***
Vaccination grippe proposée (%)	ENP (2021)	3,3 [2,2 - 4,7]	56,4 [55,6 - 57,3]	***
Vaccination grippe effectuée (%)	ENP (2021)	2,1 [1,3 - 3,3]	29,0 [28,2 - 29,8]	***
Vaccination coqueluche au cours des 10 dernières années (%)	ENP (2021)	ND	66,7 [65,5 - 68,0]	
<b>Pathologies de la grossesse</b>				
Femmes à risque pour le diabète gestationnel (à dépister) (%)	ENP (2021)	84,4 [80,7 - 87,6]	64,1 [63,2 - 64,9]	***
Dépistage du diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)		89,5	***
Diabète gestationnel (%)	SNDS (2024)	8,3	15,0	***
Désordres hypertensifs de la grossesse (%)	SNDS (2024)	6,7	5,5	***
HTA Gestationnelle (%)	SNDS (2024)	3,0	2,2	***
Prééclampsie (%)	SNDS (2024)	2,6	2,5	
<b>Santé mentale</b>				
Grossesse non souhaitée ou non planifiée <sup>1</sup> (%)	ENP (2021)	27,6 [24,7 - 30,6]	17,1 [16,5 - 17,8]	***
Mauvais vécu de la grossesse <sup>2</sup> (%)	ENP (2021)	15,0 [12,7 - 17,5]	12,5 [11,9 - 13,1]	**
Tristesse ou anhédonie pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	17,9 [15,5 - 20,6]	31,9 [31,1 - 32,8]	***
Consultation d'un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (%)	ENP (2021)	1,9 [1,1 - 3,0]	8,8 [8,3 - 9,3]	***
<b>Lieu d'accouchement</b>				
Maternité de type 1 (%)	SNDS (2023)	0,1	16,1	***
Maternité de type 2A (%)	SNDS (2023)	0,5	28,4	***
Maternité de type 2B (%)	SNDS (2023)	0,2	24,3	***
Maternité de type 3 (%)	SNDS (2023)	99,2	31,2	***
Accouchement dans une maternité ayant moins de 1 000 accouchements par an	SNDS (2024)	0,3	19,2	***
Temps de transport pour aller accoucher supérieur à 45 minutes (% accouchements à terme)	ENP (2021)	12,3 [10 - 14,9]	7,7 [7,2 - 8,2]	***
<b>Mode d'accouchement</b>				
Accouchement par Césarienne (%)	SNDS (2024)	17,2	22,0	***
Césarienne programmée (%)	SNDS (2024)	2,7	7,0	***
Accouchement par voie Basse (%)	SNDS (2024)	82,8	78,0	***
Voie basse non instrumentale (VBNI) (%)	SNDS (2024)	78,6	66,9	***
Episiotomie sur VBNI (% VBNI)	SNDS (2024)	0,6	2,8	***
Episiotomie sur VBNI Primipare (% VBNI primipare)	SNDS (2024)	1,9	5,5	***
Episiotomie sur VBNI Multipare (% VBNI multipare)	SNDS (2024)	0,3	1,1	***
<b>Complications</b>				
Hémorragie post-partum (HPP) (%)	SNDS (2024)	6,8	7,3	*
HPP sévère (%)	SNDS (2024)	1,99	1,00	***
Déchirure sévère (%)	SNDS (2024)	0,42	1,36	***

<sup>1</sup> Réaction à la découverte de la grossesse = "non souhaitée" ou "souhaitée plus tard"

<sup>2</sup> Vécu psychologique pendant la grossesse = "Assez mal" ou "Mal". \* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

## Suivi de la grossesse

**Un suivi de grossesse régulier et de qualité, incluant des temps dédiés comme l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et la préparation à la naissance, est un levier clé pour réduire les risques maternels et néonataux.**

**En 2024, les données ne sont pas disponibles pour l'Entretien Prénatal Précoce (EPP).**

En 2021, les primipares effectuaient la préparation à la naissance dans 7,5 % des cas contre 1,7 % parmi les multipares. Les cours de préparation étaient très peu suivis à Mayotte qu'au niveau national où ces proportions atteignaient respectivement 79,5 % et 34,4 % (**Tableau 3**).

## Prévention

**Une prescription systématique de folates par voie orale au moins 4 semaines avant la conception est recommandée en prévention des anomalies de fermeture du tube neural (AFTN) (HAS 2009).**

En 2021, 1,5 % des femmes à Mayotte déclaraient avoir pris de l'acide folique avant la grossesse. Ce chiffre demeurerait très faible au regard des recommandations actuelles, comme dans le reste de la France. Ce résultat pourrait refléter un manque d'anticipation ou d'information pré-conceptionnelle (**Tableau 3**).

**La prévention du cytomégalovirus (CMV), basée sur des mesures d'hygiène simples mais cruciales, devrait systématiquement être expliquée à toutes les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse (HCSP 2018 ; CNGOF 2019). Cette infection représente la première cause infectieuse de handicap non génétique chez l'enfant (surdité, retard psychomoteur).**

En 2021, seulement 28,4 % des femmes à Mayotte déclaraient avoir reçu les conseils de prévention contre le CMV, une proportion significativement supérieure à la moyenne nationale (15,7 %) (**Tableau 3**).

**En 2026, quatre vaccins sont recommandés aux femmes enceintes (coqueluche, grippe, Covid-19 et bronchiolite) afin de protéger la mère, le fœtus et le nourrisson des infections (HAS 2025).**

Au moment de l'ENP 2021, seules les vaccinations contre la coqueluche et la grippe étaient disponibles et recommandées. En 2021, à Mayotte, la vaccination grippale était proposée à 3,3 % des femmes enceintes, mais seulement 2,1 % ont effectivement été vaccinées, révélant un décalage entre la proposition et l'adhésion (**Tableau 3**).

**Les données de vaccination contre la coqueluche ne sont pas disponibles (Tableau 3).**

## Pathologies de la grossesse

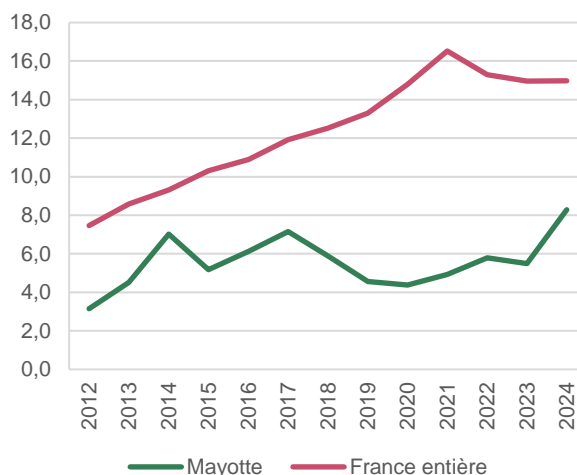
**En France, le dépistage ciblé chez les femmes présentant au moins un des facteurs de risque de diabète gestationnel (âge supérieur à 35 ans, surpoids ou obésité, antécédent familial de diabète au premier degré, antécédent personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome) est recommandé depuis 2010 (CNGOF 2010).**

En 2021, selon les données de l'ENP, 84,4 % des femmes ayant accouché à Mayotte répondaient à ces critères de risque. **Cependant, les données du SNDS, en 2024 ne sont pas disponibles pour le dépistage du diabète gestationnel à Mayotte (Tableau 3).**

Depuis 2023, la prévalence du diabète gestationnel a progressé à Mayotte, passant de 5,5 % à 8,3 % (**Figure 6**). Cette même évolution défavorable était observée dans le reste de la France.

En 2024, la prévalence du diabète gestationnel à Mayotte (8,3 %) était significativement plus faible qu'au niveau national (15,0 %).

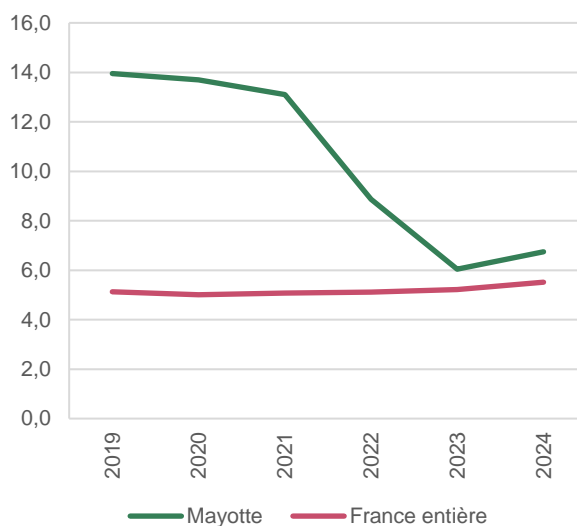
**Figure 6. Evolution de la part des femmes avec un diabète gestationnel (en %), France entière et à Mayotte, période 2012-2024**



Source : SNDS

En 2024, 6,7 % des accouchements à Mayotte étaient associés à un désordre hypertensif de la grossesse (HTA chronique, HTA gestationnelle ou prééclampsie), versus 14,0 % en 2019. Une stabilité était observable en France entière (**Figure 7**).

**Figure 7. Evolution de la part des femmes avec un désordre hypertensif (en %), France entière et à Mayotte, période 2019-2024**

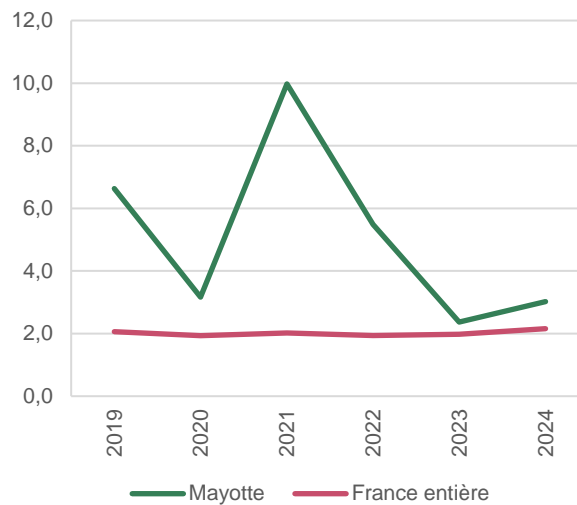


Source : SNDS

**L'HTA gestationnelle (dite aussi « gravidique ») se définit par une élévation de la pression artérielle (> 140/90 mmHg) après la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée.**

En 2024, la part des femmes à Mayotte présentant une HTA gestationnelle (3,0 %) demeurait supérieure au niveau national (2,2 %). Néanmoins, depuis 2022 il est constaté une progression de la part des femmes avec un HTA gestationnelle suivant la même dynamique que la France entière (**Figure 8**).

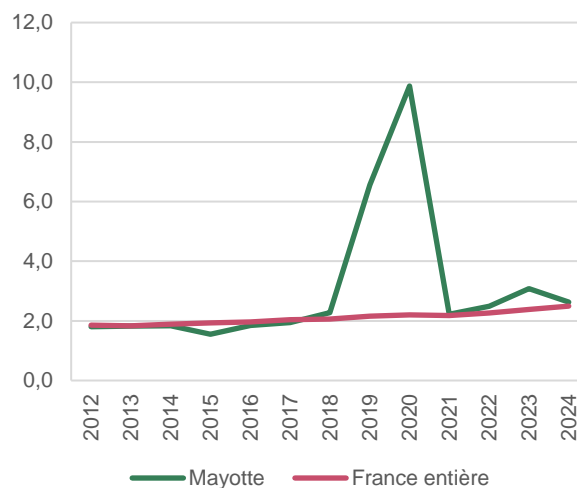
**Figure 8. Evolution de la part des femmes avec un HTA gestationnelle (en %), France entière et à Mayotte, période 2019-2024**



Source : SNDS

La prééclampsie, associée à une HTA et une protéinurie après la 20<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, a vu sa prévalence augmenter très fortement en 2019 et 2020 pour atteindre une valeur équivalente à celle de la France entière en 2024 (2,6 %) (**Figure 9**).

**Figure 9. Evolution de la part des femmes avec une prééclampsie associée à une HTA (en %), France entière et à Mayotte période 2012-2024**



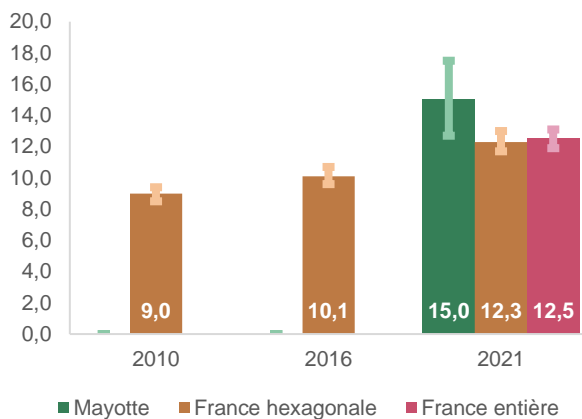
Source : SNDS

## Santé mentale

En 2021, 27,6 % des femmes à Mayotte déclaraient qu'elles auraient aimé être enceintes plus tard ou ne pas être enceintes, un résultat significativement supérieur de celui de la France entière (17,1 %) (**Tableau 3**).

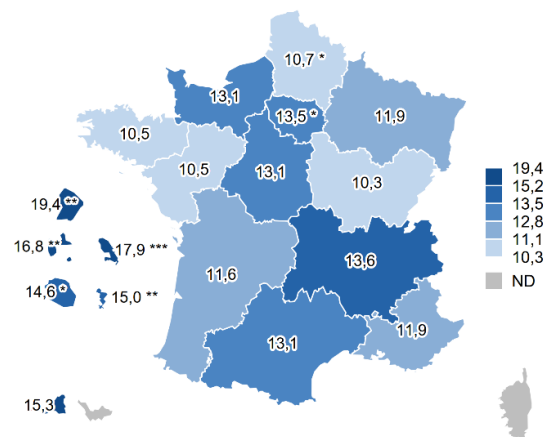
Toujours en 2021, 15,0 % des femmes à Mayotte déclaraient un mauvais vécu psychologique de la grossesse soit un résultat supérieur de celui pour la France entière (12,5%) (**Figure 10 et Carte 3**).

**Figure 10. Evolution de la part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par lieu d'accouchement, France entière, France hexagonale et à Mayotte 2010, 2016, 2021**



Source : ENP

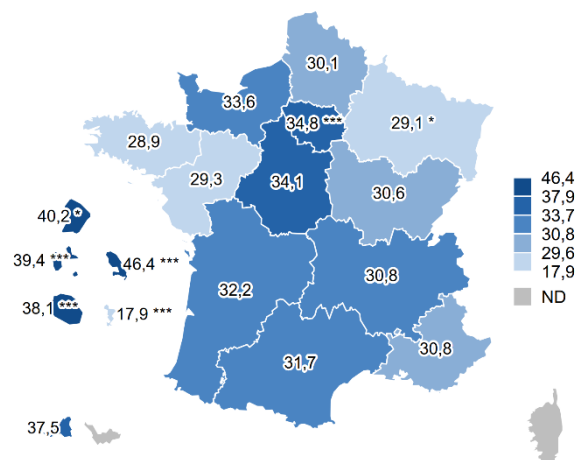
**Carte 3. Part des femmes déclarant un « mauvais vécu de leur grossesse » (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



Source : ENP ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001  
ND = non disponible

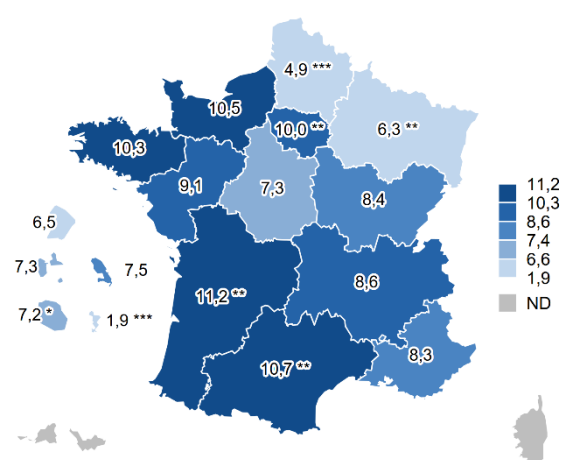
En 2021, 17,9 % des femmes déclaraient un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant au moins deux semaines durant la grossesse soit un résultat inférieur de celui en France entière (31,9 %) (**Carte 4**). En parallèle, seulement 1,9 % des femmes ont déclaré avoir consulté un professionnel pendant la grossesse pour des difficultés psychologiques soit un recours plus bas en comparaison de la France entière (8,8 %) (**Carte 5**).

**Carte 4. Part des femmes ayant déclaré un sentiment de tristesse ou d'anhédonie pendant la grossesse (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



Source : ENP ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001  
ND = non disponible

**Carte 5. Part des femmes ayant consulté un professionnel pour difficultés psychologiques pendant la grossesse (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



Source : ENP ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001  
ND = non disponible

## Lieu d'accouchement

### Type de maternités

Depuis des décrets de 1998, les maternités sont définies en 4 types de maternités selon le niveau de soins néonataux (Erreur ! Source du renvoi introuvable.).

- Type 1 : obstétrique seule
- Type 2A : obstétrique et néonatalogie
- Type 2B : obstétrique, néonatalogie et soins intensifs de néonatalogie
- Type 3 : obstétrique, néonatalogie, soins intensifs de néonatalogie et réanimation néonatale.

À Mayotte, il n'existe qu'une seule maternité, de type 3, située sur le site principal du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) à Mamoudzou. Les maternités des centres médicaux de référence (CMR), qui assurent la prise en charge des accouchements physiologiques, lui sont rattachées et fonctionnent en réseau avec elle.

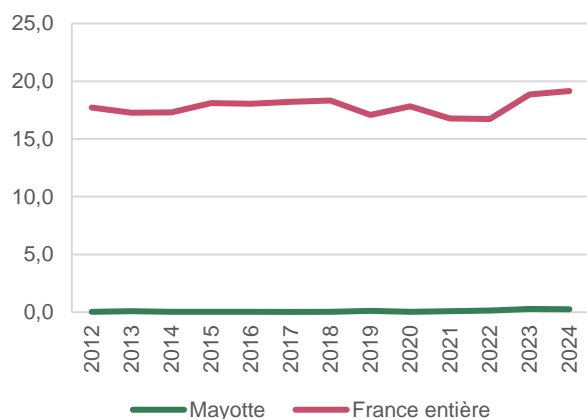
### Réduction du nombre de maternités

Entre 2013 et 2023, le nombre de maternités dans l'Hexagone a diminué passant de 514 à 443 établissements [2]

En 2023, la répartition des accouchements selon le type de maternité était la suivante chez les femmes résidant à Mayotte : 0,1 % en type 1, 0,5 % en type 2A, 0,2 % en type 2B et 99,2 % en type 3 (**Tableau 3**).

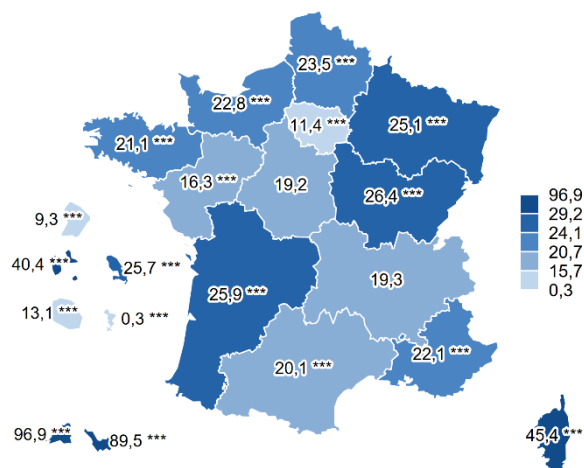
En 2024 pour Mayotte, une très faible part des accouchements (0,3 %) avait lieu dans une maternité réalisant moins de 1 000 accouchements par an, un chiffre stable depuis 2012 (**Figure 11**). Dans l'Hexagone, cette proportion variait de 11,4 % en Ile-de-France à 45,4 % en Corse, et de 0,3 % à Mayotte à 96,9 % à Saint-Martin (**Carte 6**).

**Figure 11. Evolution de la part des accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), France entière et à Mayotte, période 2012-2024**



Source : SNDS

**Carte 6. Part d'accouchements réalisés dans une maternité enregistrant moins de 1 000 accouchements sur l'année (en %), par région de domicile, 2024**



Source : SNDS ; \* : p<0,10 ; \*\* : p<0,05 ; \*\*\* : p<0,001  
ND = non disponible

### Maternité éloignée : hébergement et transport

Depuis 2022, les femmes enceintes qui habitent à plus de 45 minutes d'une maternité peuvent bénéficier d'un dispositif appelé « Engagement maternité » : la prise en charge d'un hébergement temporaire à proximité de la maternité à l'approche du terme de l'accouchement et la prise en charge des transports correspondants.

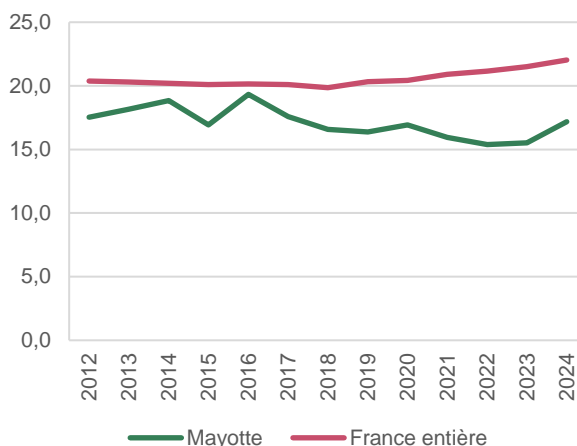
En 2021, pour la région Mayotte, plus d'une 1 femme sur 10 (12,3 %) déclarait avoir mis au moins 45 minutes de temps de trajet pour atteindre la maternité (**Tableau 3**).

Dans l'Hexagone (hors Corse), cette proportion variait significativement de 4,5 % [3,3 - 6,1] en Hauts-de-France à 14,3 % [11,0 - 18,1] en Bourgogne-Franche-Comté. Dans les DROM, elle variait de 8,7 % à la Réunion [6,9 - 10,8] à 12,9 % [10,1 - 16,2] en Guadeloupe.

## Mode d'accouchement

A Mayotte entre 2012 et 2024, la part des césariennes est restée stable (**Figure 12**). En 2024, le niveau de césariennes à Mayotte (17,2 %) est plus bas de celui de la France (22,0 %).

**Figure 12. Evolution de la part des césariennes (en %), France entière et à Mayotte, période 2012-2024**



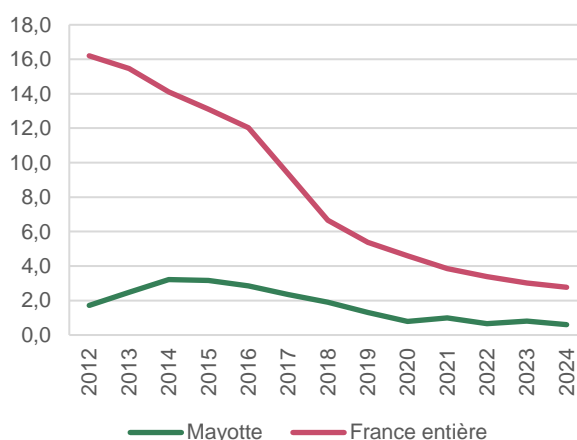
Source : SNDS

La pratique de l'épisiotomie (section de la muqueuse vaginale et des muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve pour faciliter le passage de l'enfant lors de l'accouchement) a beaucoup diminué depuis 2012 à Mayotte suivant la même dynamique que France entière.

En effet, 1,7 % des femmes qui accouchaient par voie basse non instrumentale (VBNI) avaient eu une épisiotomie en 2012, versus seulement 0,6 % en 2024 (**Figure 13**).

Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer un éventuel lien entre taux d'épisiotomie sur VBNI et sur VBI (non présenté ici) et taux de déchirure sévère à partir des données régionales. Les pratiques de repérage et de codage des déchirures sévères pourraient varier selon les établissements de santé, entraînant une hétérogénéité importante entre eux.

**Figure 13. Evolution de la part des épisiotomies parmi les accouchements par VBNI (en %), France entière et à Mayotte, période 2012-2024**



Source : SNDS

L'épisiotomie est plus fréquemment réalisée chez les primipares : en 2024, 1,9 % des primipares avec un accouchement VBNI avaient eu une épisiotomie, versus 0,3 % chez les multipares avec un accouchement VBNI (**Tableau 3**).

## Complications de l'accouchement

### Hémorragie du postpartum (HPP)

L'HPP correspond à des pertes sanguines égales ou supérieures à 500 mL, survenant lors de l'accouchement ou dans les 24 heures qui suivent, indépendamment de la voie d'accouchement (voie basse ou césarienne).

Cette complication, fréquente en obstétrique, présente une incidence estimée à environ 5 % des accouchements lorsque les pertes sanguines sont évaluées de manière approximative. Cependant, ce taux atteint 10 % lorsque la quantification est réalisée par des méthodes plus précises, telles que l'utilisation d'un sac collecteur, la pesée des compresses ou le recours à des marqueurs biologiques.

En France, les HPP étaient responsables de 7,4 % des décès maternels (parmi les décès pendant la grossesse, l'accouchement ou les 365 jours suivant la fin de la grossesse) (source : ENCMM 2016-2018).

Les critères de l'HPP sévère sont :

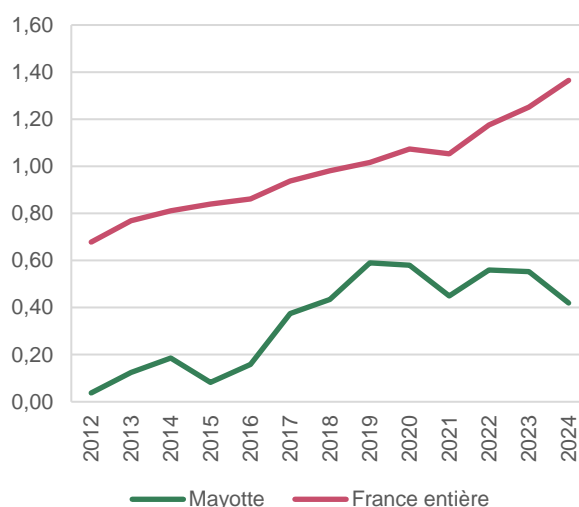
- transfusion > ½ masse sanguine,
- chirurgie (ligature, hystérectomie),
- embolisation artérielle,
- tamponnement intra-utérin ou intravaginal
- passage en unité médicale de soins critiques.

A Mayotte, la proportion de séjours pour accouchement codés comme hémorragie du post-partum (HPP) était estimée à 6,8 %, inférieure au niveau national (7,3 %) en 2024 (**Tableau 3**).

A Mayotte, l'HPP sévère (HPP associé à un acte d'embolisation, de ligature des artères iliaques internes, d'hystérectomie totale ou subtotal, de transfusion sanguine ou de passage dans une unité de réanimation, de soins intensifs, ou de soins continus) est significativement supérieur (1,99 %) au niveau national (1,0 %) et en progression depuis 2021.

Le taux de déchirures du périnée complet et complet-complicqué (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés) était de 0,42 % en 2024, est significativement inférieur au niveau national (1,36 %) (**Figure 14**).

**Figure 14. Evolution de la part des déchirures sévères (en %), France entière et Mayotte, période 2012-2024**



Source : SNDS

## Naissances vivantes

Tableau 4. Naissances vivantes – Mayotte

Indicateurs	Source	Mayotte	France	p-value
<b>Prématurité selon l'âge gestationnel</b>				
Prématurité (< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) (%)	SNDS (2024)	<b>10,7</b>	<b>6,7</b>	***
Très grande prématurité (< 28 SA) (%)	SNDS (2024)	<b>0,59</b>	<b>0,43</b>	**
Grande prématurité ([28-31] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>0,86</b>	<b>0,70</b>	*
Prématurité modérée ([32-36] SA) (%)	SNDS (2024)	<b>9,28</b>	<b>5,56</b>	***
<b>Autres marqueurs de risque</b>				
Naissances issues d'une grossesse multiple (%)	SNDS (2024)	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	
Poids à la naissance < 2500 g (%)	SNDS (2024)	<b>13,5</b>	<b>7,4</b>	***
Petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) (%)	SNDS (2024)	<b>16,2</b>	<b>9,6</b>	***
Grand poids pour l'âge gestationnel (GAG) (%)	SNDS (2024)	<b>4,2</b>	<b>8,8</b>	***
Hospitalisation du nouveau-né à la naissance (%)	ENP (2021)	<b>42,7</b> [39,5 - 45,8]	<b>11,5</b> [11,0 - 12,0]	***

\* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

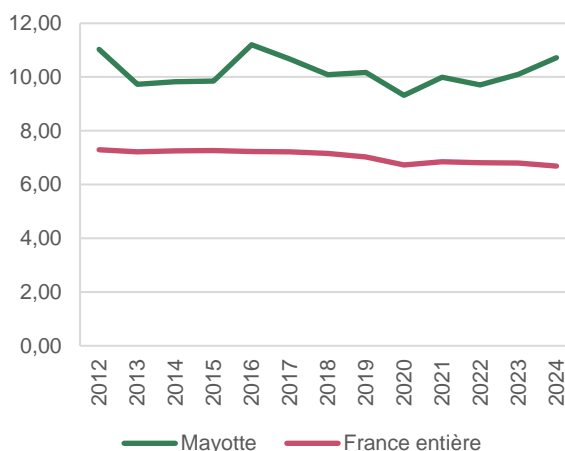
## Prématurité selon l'âge gestationnel

### La prématurité constitue un facteur de risque majeur de mortalité infantile

De plus, les enfants nés avant 32 SA nécessitent une surveillance médicale renforcée (Réseaux de suivi d'enfant vulnérables (RSEV), etc.), en raison d'un risque accru de troubles du neurodéveloppement et de handicap. Un certain nombre de facteurs de risque maternels augmentent le risque de prématurité : l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, le tabagisme, les infections, l'âge maternel (< 18 ans ou > 40 ans), l'assistance médicale à la procréation (AMP), les grossesses multiples, ainsi que les grossesses trop rapprochées.

A Mayotte en 2024, 10,7 % des naissances vivantes étaient prématurées en 2024 (moins de 37 semaines d'aménorrhée, SA), contre 6,7 % en 2012 pour la France entière (**Tableau 4**). Depuis 2022, une tendance à la hausse est constatée à Mayotte des naissances vivantes prématurées (**Figure 15**).

Figure 15. Evolution de la part des naissance prématurées (en %), France entière et à Mayotte, période 2012-2024



Source : SNDS

En 2024, la région Mayotte affichait des taux de très grande prématurité (< 28 SA) et de grande prématurité ([28-31] SA) (respectivement 0,59 % et 0,86 %) significativement supérieurs aux taux nationaux (respectivement 0,4 % et 0,7 %). A Mayotte la prématurité modérée (9,2 %) était significativement supérieure du taux national (5,6 %) (**Tableau 4**).

## Autres marqueurs de risque

A Mayotte, 3,0 % des naissances vivantes étaient des naissances issues d'une grossesse multiple en 2024, taux équivalent de celui observé en France entière (3,0 %) (**Tableau 4**).

En 2024, les naissances vivantes avec un poids < 2500 grammes représentaient 13,5 % des naissances vivantes (taux de 7,4 % en France entière).

Les petits poids pour l'âge gestationnel (PAG) au 10<sup>e</sup> percentile selon les courbes de naissance AUDIPOG [4] représentaient 16,2 % des naissances vivantes et les gros poids pour l'âge gestationnel (GAG) au 90<sup>e</sup> percentile 4,2 % des naissances vivantes (**Tableau 4**).

Selon les données de l'ENP 2021, **plus de 4 nouveau-nés sur 10 ont été hospitalisés ou transférés (42,5%) à la naissance** (taux de 11,5 % en France entière) (**Tableau 4**).

# Post-partum

**Tableau 5. Indicateurs post-partum - Mayotte**

Indicateurs	Source	Mayotte	France	p-value
<b>Dépistage</b>				
Refus de dépistage néonatal (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,4	6,3	***
<b>Acceptation du dépistage néonatal</b>				
Dépistage Hyperphénylalaninémie ou Phénylcétonurie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,00	0,72	
Dépistage Hypothyroïdie (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,62	3,95	***
Dépistage Hyperplasie des Surrénales (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,21	0,48	
Dépistage Drépanocytose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	17,19	17,44	
Dépistage Mucoviscidose (pour 10 000 enfants dépistés)	CNCDN (2020-2024)	0,65	1,73	
<b>Séjour à la maternité post-accouchement</b>				
Durée moyenne de séjour à la maternité en suite de couche (en jours)	SNDS (2024)	3,6	3,8	-
Suite Césarienne (en jours)	SNDS (2024)	5,1	4,8	-
Suite Accouchement par voie basse (en jours)	SNDS (2024)	3,3	3,6	-
<b>Alimentation et allaitement</b>				
Tentative d'allaitement (%)	ENP (2021)	95,4 [93,8 - 96,7]	77,1 [76,3 - 77,9]	***
Allaitement en maternité mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	94,6 [93,0 - 96,0]	70,5 [69,7 - 71,3]	***
Allaitement à 2 mois mixte ou exclusif (%)	ENP (2021)	ND	54,6 [53,4 - 55,9]	
<b>Couchage (à 2 mois)</b>				
Position de couchage "toujours sur le dos" (%)	ENP (2021)	ND	79,2 [78,1 - 80,3]	
<b>Lieu de couchage</b>				
Lit seul dans la chambre des parents (%)	ENP (2021)	ND	70,5 [69,3 - 71,6]	
Lit dans chambre seule (%)	ENP (2021)	ND	15,2 [14,3 - 16,0]	
Lit des parents (%)	ENP (2021)	ND	13,0 [12,1 - 13,9]	
<b>Suivi post-natal (2 mois après la naissance)</b>				
<b>Suivi médical</b>				
Visite à domicile (sage-femme ou puéricultrice) (%)	ENP (2021)	ND	84,2 [83,1 - 85,1]	
Sage-femme (%)	ENP (2021)	ND	79,3 [78,2 - 80,4]	
Puéricultrice (%)	ENP (2021)	ND	19,2 [18,2 - 20,3]	
Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) (%)	SNDS (2024)		24,9	***
<b>Suivi du nourrisson</b>				
Suivi assuré principalement par un pédiatre (%)	ENP (2021)	ND	43,2 [41,9 - 44,4]	
Suivi assuré principalement par un généraliste (%)	ENP (2021)	ND	42,1 [40,8 - 43,3]	
Suivi assuré principalement par une PMI (%)	ENP (2021)	ND	12,3 [11,4 - 13,3]	
<b>Engagement du partenaire</b>				
Congés du partenaire pris (%)	ENP (2021)	ND	59,8 [58,6 - 61,1]	
<b>Santé mentale post-partum</b>				
Score EPDS <sup>1</sup> indiquant une dépression [ $>13$ ] (%)	ENP (2021)	ND	16,8 [15,9 - 17,8]	
Score EPDS indiquant un niveau d'anxiété (%)	ENP (2021)	ND	27,5 [26,4 - 28,7]	

\* :  $p < 0.1$  ; \*\* :  $p < 0.05$  ; \*\*\* :  $p < 0.001$

## Dépistage biologique néonatal

### Repérer des maladies rares et graves chez le nourrisson avant même l'apparition des premiers signes

A la naissance, le dépistage néonatal est proposé aux parents de chaque nouveau-né. Ce dépistage précoce, couramment appelé « test de Guthrie », repose sur le prélèvement de quelques gouttes de sang et permettait en 2024 de rechercher la présence de 13 maladies dans le but de mettre en place une prise en charge adaptée.

Les chiffres du dépistage du Centre National de Coordination de Dépistage Néonatal (CNCNDN) de certaines maladies rares ou de refus de dépistage sont très faibles à l'échelle de chaque région. De ce fait, il a été décidé de présenter les taux annuels cumulés sur la période 2020-2024.

Sur cette période 2020-2024, à Mayotte, le taux de refus était très faible de 0,4 pour 10 000 enfants nés, chiffre significativement plus bas que celui enregistré en France (6,3). Pour 5 maladies dépistées, les taux de dépistage en 2020-2024 sont les suivants (**Tableau 5**) :

- Hyperphénylalaninémie (ou phénylcétonurie) : **Données non disponibles.**
- Hypothyroïdie : 0,62 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 3,95).
- Hyperplasie des surrénales : 0,21 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés (France = 0,48).
- Drépanocytose : 17,19 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement inférieur à la France (17,44).
- Mucoviscidose : 0,65 enfants dépistés pour 10 000 enfants testés, significativement inférieur à la France (1,73).

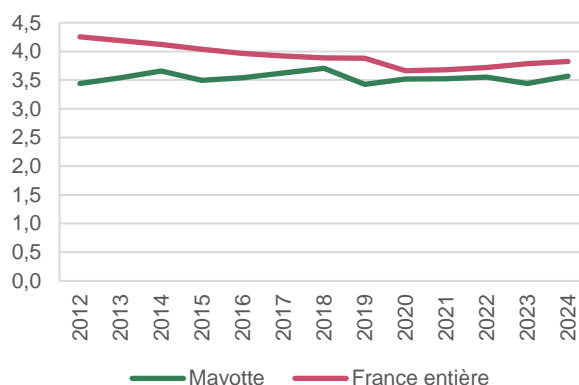
Depuis 2022, 2 maladies ont été ajoutées dans le test de Guthrie mais du fait d'effectifs faibles, elles ne sont pas présentées à l'échelle régionale : le déficit en déshydrogénase des acyl CoA des acides gras à chaîne moyenne et les maladies issues d'erreurs innées du métabolisme.

## Durée de séjour en suites de couches

En 2024, la durée de séjour à la maternité en suites de couches était de 3,6 nuitées en moyenne à Mayotte proche du niveau national (3,8 nuitées).

Entre 2012 et 2024, une stabilité de la durée de séjour en suites de couches était observée, à Mayotte (**Figure 16**).

**Figure 16. Evolution de la durée moyenne de séjour à la maternité en suites de couches (en nuitées), France entière et à Mayotte, période 2012-2024**



Source : SNDS

Une différence selon le mode d'accouchement était observée avec une durée régionale moyenne de 5,1 nuitées après césarienne et de 3,3 nuitées pour un accouchement par voie basse.

## Alimentation du nourrisson et allaitement

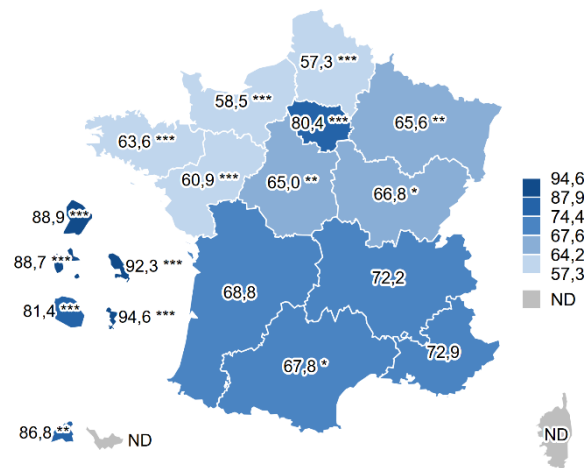
### Enquête EPIFANE

En France hexagonale, la durée médiane de l'allaitement global (avec ou sans préparation pour nourrisson) a progressé de 15 à 20 semaines entre l'édition 2012 et l'édition 2021 d'EPIFANE. Le rapport publié en 2024 [5] sur les résultats observés dans EPIFANE décrit l'âge médian au début de la diversification alimentaire et la proportion d'enfants pour lesquels la diversification a débuté dans la fenêtre recommandée, située entre 4 et 6 mois de vie.

Selon l'ENP 2021, à Mayotte, 95,4 % des femmes ont tenté d'allaiter leur enfant (**Carte 8**) et 94,6 % allaitaient (allaitement mixte ou exclusif) en suites de couches au moment de l'entretien avec la sage-femme enquêtrice (**Carte 7**).

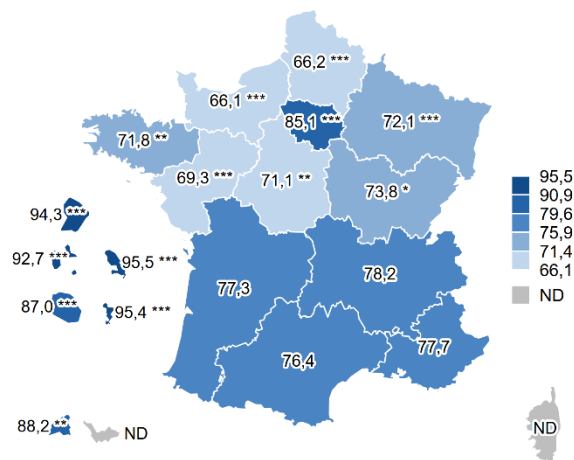
### A deux mois post-partum : données non disponibles

**Carte 7. Part des nourrissons allaités en maternité (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



Source : ENP ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$   
ND = non disponible

**Carte 8. Part des femmes ayant tenté d'allaiter en maternité (en %), par région du lieu d'accouchement, 2021**



Source : ENP ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$   
ND = non disponible

## Couchage

**Les principales recommandations de couchage des nourrissons pour réduire le risque de mort inattendue du nourrisson (MIN) sont de :**

- Coucher systématiquement les bébés sur le dos ;
- Dans un lit séparé dans la chambre parentale jusqu'à ses 6 premiers mois ;
- Sans objets dans le lit qui risquent de couvrir sa tête (pas d'oreiller, couverture, couette, doudou, tour de lit, jouet...).

Pourtant, environ 60 % des décès par MIN surviennent dans des circonstances non conformes aux recommandations ci-dessus, soulignant l'importance de ces mesures préventives (source : OMIN – <https://www.omin.fr/chiffres-cles/>).

- **Données non disponibles (Tableau 5).**

## Suivi post-natal jusqu'aux 2 mois après la naissance

### Organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés

La HAS recommande deux à trois visites de sage-femmes, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié, à la sortie de maternité. En cas de sortie précoce, la première visite doit être organisée dans les 24h. Ces visites sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie, si elles ont lieu dans les 12 jours qui suivent la naissance.

Depuis juillet 2022, l'entretien postnatal précoce (EPNP) a été rendu obligatoire en France. L'EPNP est un temps d'échanges réalisé entre les 4<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> semaines du post-partum, ayant pour objectif une approche globale de prévention. Il permet notamment le repérage des premiers signes de la dépression du postpartum ou des facteurs de risques qui y exposent.

### 20 examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent

De la naissance à 16 ans, chaque enfant bénéficie gratuitement de 20 examens de santé : la moitié de ces examens ont lieu avant un an. À 2 mois, au moment où les femmes sont interrogées dans l'ENP, l'enfant a eu un examen dans les 8 jours suivant la naissance (en maternité généralement), au cours de la 2<sup>e</sup> semaine, à 1 mois et à 2 mois.

- **Données non disponibles (Tableau 5).**

## Engagement du partenaire / co-parent

- **Données non disponibles (Tableau 5).**

## Santé mentale post-partum

### **Première cause de mortalité maternelle (jusqu'à 1 an après la fin de la grossesse) : le suicide**

Le suicide survient particulièrement dans les mois suivant l'accouchement (source : ENCMM). Par ailleurs, la santé mentale de la mère influence directement la qualité de la relation mère-enfant, essentielle pour l'attachement et le développement émotionnel du nourrisson.

L'échelle d'Édimbourg pour la dépression postnatale (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS) est un outil validé permettant d'évaluer le risque de dépression post-partum en calculant un score de 0 à 30 à partir de 10 items. Pour la 1<sup>e</sup> fois en France, cette échelle a été intégrée dans l'ENP 2021 afin d'évaluer ce risque à l'échelle nationale.

- **Données non disponibles (Tableau 5).**

# Mortalité

Tableau 6. Mortalité – Mayotte

Mortalité				
Indicateurs	Source	Mayotte	France	p-value
<b>Mortalité maternelle</b> (décès de la mère de la grossesse jusqu'à 1 an après l'accouchement)				
Taux de décès (pour 100 000 naissances)	ENCMM (2013-2018)	<b>30,9</b> [17,7 - 50,2]	<b>11,1</b> [10,2 - 12,1]	***
<b>Mortinatalité</b> (enfants morts-nés)				
Nombre de mort-nés	SNDS (2024)	<b>127</b>	<b>6 094</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>14,9</b>	<b>9,2</b>	***
Mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>1,5</b>	<b>3,6</b>	**
Mortinatalité spontanée (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>13,4</b>	<b>5,6</b>	***
<b>Mortalité périnatale</b> (décès de l'enfant entre 22SA et 6 jours)				
Nombre de décès	SNDS (2024)	<b>159</b>	<b>7 300</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances totales)	SNDS (2024)	<b>18,7</b>	<b>11,0</b>	***
<b>Mortalité infantile</b> (décès de l'enfant entre 0 jour et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>94</b>	<b>2 690</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>10,55</b>	<b>4,08</b>	***
<b>Mortalité néonatale précoce</b> (décès de l'enfant entre 0 et 6 jours)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>33</b>	<b>1 310</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>3,70</b>	<b>1,99</b>	***
<b>Mortalité néonatale tardive</b> (décès de l'enfant entre 7 et 28 jours)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>20</b>	<b>618</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>2,25</b>	<b>0,94</b>	***
<b>Mortalité post-néonatale</b> (décès de l'enfant entre 29 jours et 1 an)				
Nombre de décès	Etat civil (2024)	<b>41</b>	<b>762</b>	
Taux de décès (pour 1 000 naissances vivantes)	Etat civil (2024)	<b>4,60</b>	<b>1,16</b>	***

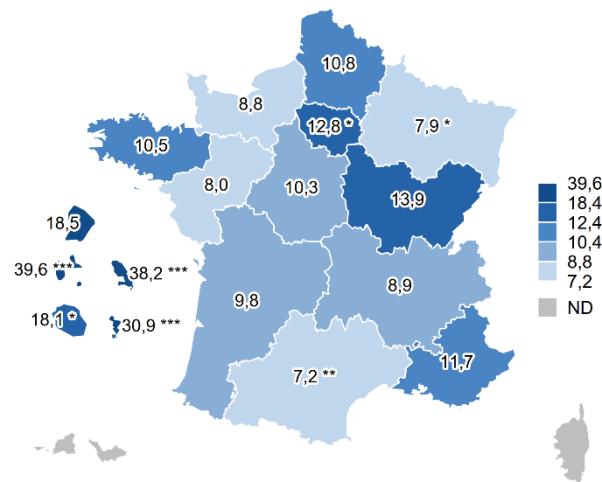
\* : p < 0.1 ; \*\* : p < 0.05 ; \*\*\* : p < 0.001

1. Les indicateurs ont été fournis à partir d'une base corrigée par la DREES et l'Inserm.

## Mortalité maternelle

Entre 2013 et 2018, le taux de mortalité maternelle durant la grossesse et l'année suivant l'accouchement à Mayotte s'élevait en moyenne à 30,9 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux régional était l'un des plus élevés observés en France et significativement supérieur à la moyenne nationale (11,1 décès pour 100 000 naissances vivantes) (**Carte 9**)

### Carte 9. Taux régional de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances totales), par région de domicile, 2013-2018



Source : ENCMM ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$  ; ND = non disponible

Dans l'édition 2016-2018 de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) [6], le suicide devenait la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle (jusqu'à un an après la fin de la grossesse), et les maladies cardiovasculaires étaient la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à 42 jours. Les causes de mortalité maternelle ne peuvent être décrites au niveau régional.

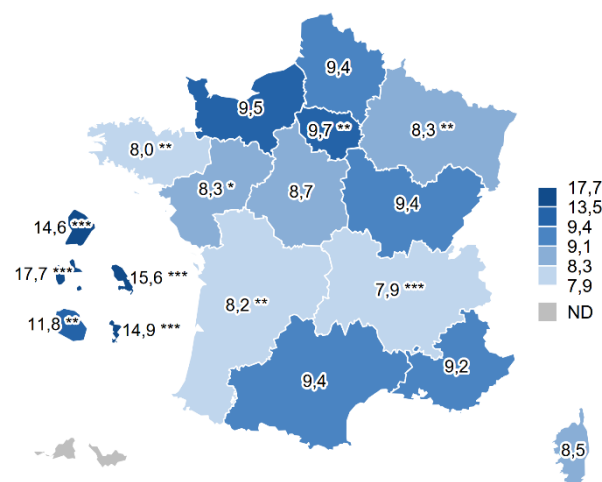
## Mortinatalité

**La mortinatalité correspond au décès des enfants nés sans signe de vie  $\geq 22$  SA ou  $\geq 500$  grammes. Elle est composée de la mortinatalité induite par IMG ( $\geq 22$  SA) et de la mortinatalité spontanée.**

En France, environ 60 % de la mortinatalité était spontanée et 40 % était induite (données SNDS 2012-2024).

A Mayotte, 127 mort-nés (enfants nés sans signe de vie  $\geq 22$  SA ou  $\geq 500$  gr) ont été recensés en 2024, soit un taux de mortinatalité de 14,9 pour 1 000 naissances, comparable à celui enregistré en France (9,2) (Carte 10). Il s'agit de l'un des taux le plus élevé observé malgré, une baisse depuis 2022 (Figure 17).

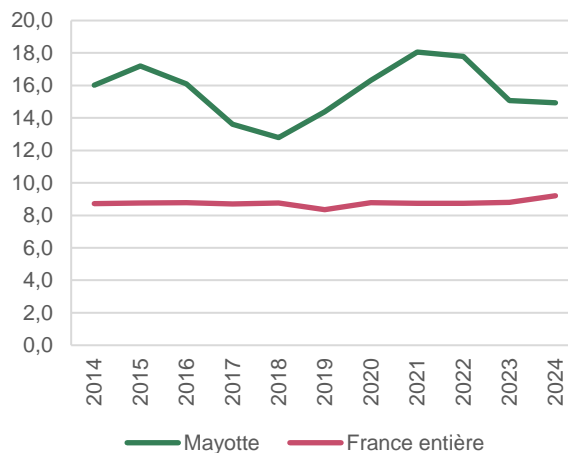
### Carte 10. Taux régional de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), par région de domicile, 2024



Source : SNDS ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$  ; ND = non disponible

A l'échelle nationale, une hausse est observée en 2024 (9,2 pour 1 000) et les analyses de tendance révèlent une diminution moyenne de 0,6 % par an entre 2012 et 2019, suivie d'une augmentation moyenne de 1,1 % par an jusqu'en 2024 [1] (Figure 17).

**Figure 17. Evolution du taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances totales), France entière et à Mayotte, période 2014- 2024**

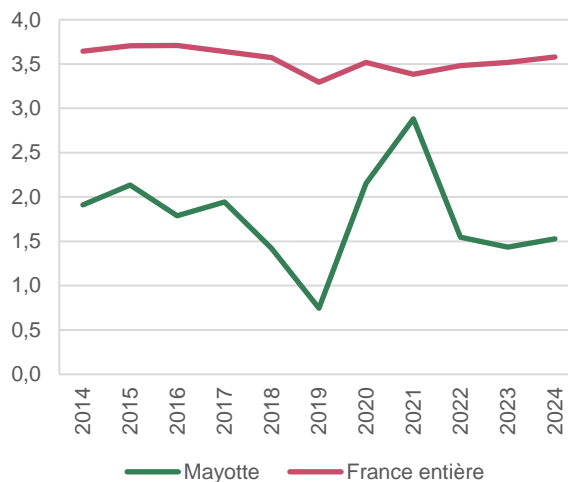


Source : SNDS

## Mortinatalité induite

Le taux de mortinatalité induite variait, quant à lui, de 2,9 (2021) à 1,5 (2024) mort-nés pour 1 000 naissances totales (**Figure 18**).

**Figure 18. Evolution du taux de mortinatalité induite (pour 1 000 naissances totales), France entière et à Mayotte, période 2014- 2024**

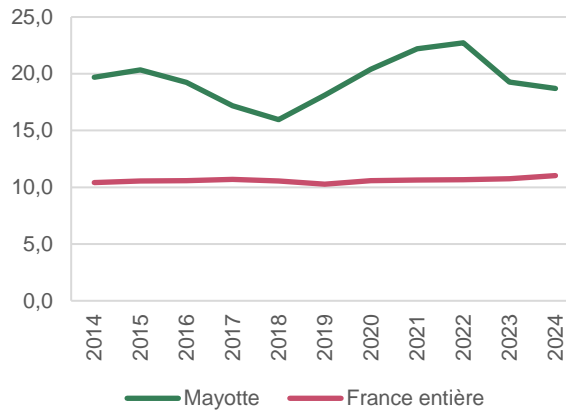


Source : SNDS



Le taux de mortalité périnatale restait toujours supérieur à 15 décès pour 1 000 naissances sur la période 2014-2022, soit une tendance très supérieure comparée au niveau national (**Figure 20**).

**Figure 20. Evolution du taux de mortalité périnatale (pour 1 000 naissances totales), en France entière et à Mayotte, 2014- 2024**



Source : SNDS

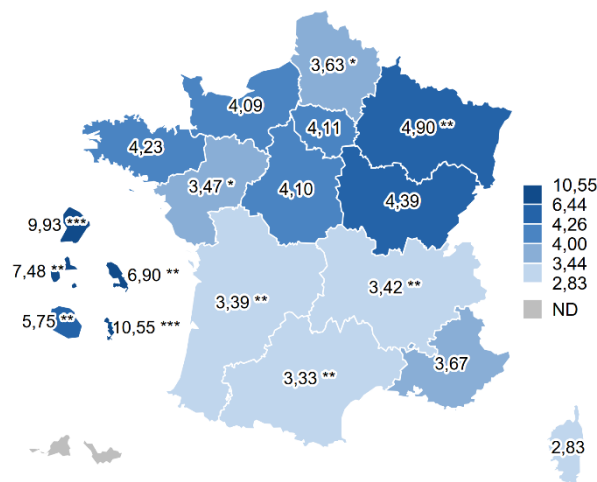
## Mortalité infantile

La mortalité infantile est composée d'environ 50 % de décès survenus entre 0 et 6 jours, d'environ 20 % de décès survenus entre 7 et 27 jours et d'environ 30 % de décès survenus entre 28 et 364 jours de vie.

Les trois paragraphes suivants décomposent la mortalité infantile selon ces trois périodes.

A Mayotte, 94 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité infantile de 10,55 décès pour 1 000 naissances vivantes (10,55 ‰), significativement plus élevé que celui observé en France (4,08 ‰) (**Carte 12**).

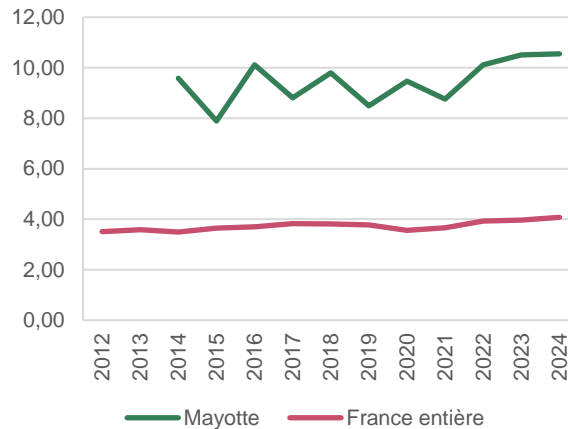
**Carte 12. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**



Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$   
ND = non disponible

Le taux de mortalité infantile présentait une tendance à la hausse depuis 2021 et, reste significativement très supérieur (+ 6 points) au niveau national [1] (**Figure 21**).

**Figure 21. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et à Mayotte, période 2012- 2024**



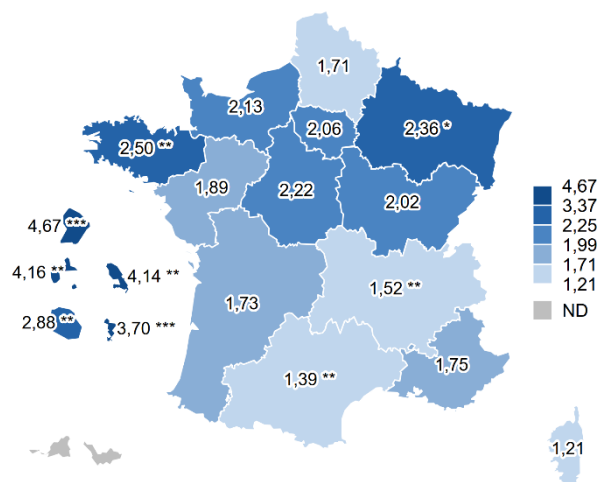
Source : Etat Civil

## Mortalité néonatale précoce

**La mortalité néonatale précoce est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès du nourrisson survenu entre 0 et 6 jours.**

A Mayotte, 33 décès de nourrissons sont survenus entre 0 et 6 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale précoce de 3,70 décès pour 1 000 naissances vivantes (3,70 ‰), significativement plus faible que celui observé en France (1,99 ‰) (**Carte 13**).

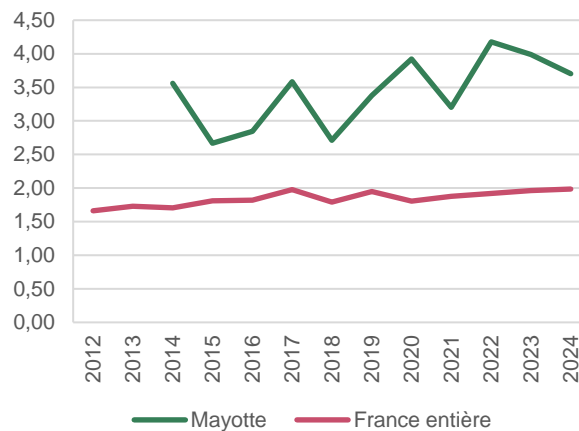
**Carte 13. Taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**



Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$   
ND = non disponible

La mortalité néonatale précoce est en baisse depuis 2022 à Mayotte mais, reste significativement supérieur comparée à la France entière (**Figure 22**). Une tendance à la hausse pouvait être observée au niveau national (+1 % de hausse chaque année entre 2014 et 2024) [1] (**Figure 22**).

**Figure 22. Evolution du taux de mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et à Mayotte, période 2012- 2024**



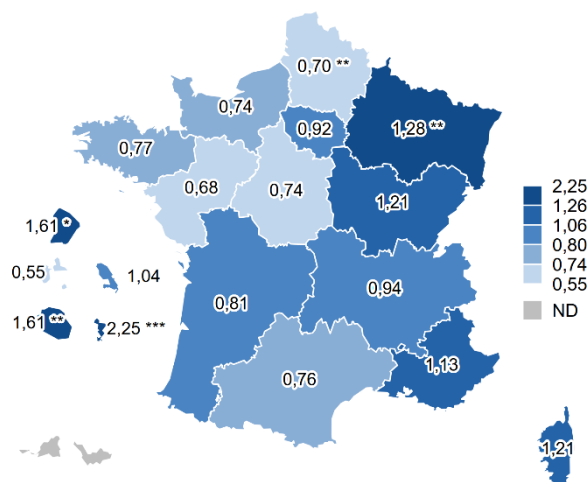
Source : Etat Civil

## Mortalité néonatale tardive

**La mortalité néonatale tardive est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès du nourrisson survenu entre 7 et 27 jours.**

A Mayotte, 20 décès de nourrissons sont survenus entre 7 et 27 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité néonatale tardive de 2,25 décès pour 1 000 naissances vivantes (2,25 ‰), significativement supérieur de celui observé en France (0,94 ‰) (**Carte 14**). Le taux de mortalité néonatale tardive était le plus élevé en comparaison des autres régions françaises (**Carte 18**)

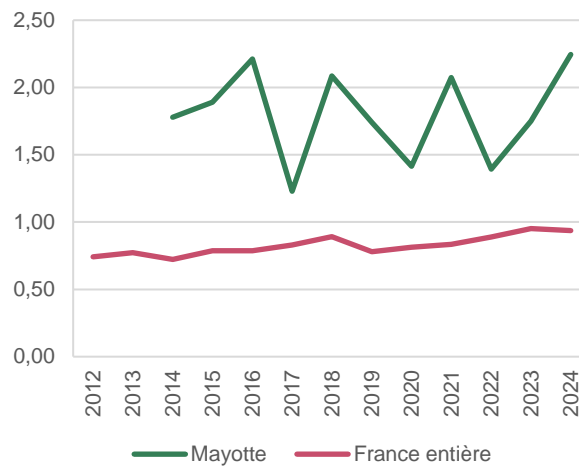
**Carte 14. Taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**



Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$   
ND = non disponible

A Mayotte, la mortalité néonatale tardive a évolué à la hausse depuis 2022 (1,39 ‰), avec un pic en 2024 (2,23 ‰). Une tendance à la hausse était par ailleurs observée au niveau national (2,1 % de hausse par an entre 2014 et 2024) [1] (**Figure 23**).

**Figure 23. Evolution du taux de mortalité néonatale tardive (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et à Mayotte, période 2012- 2024**



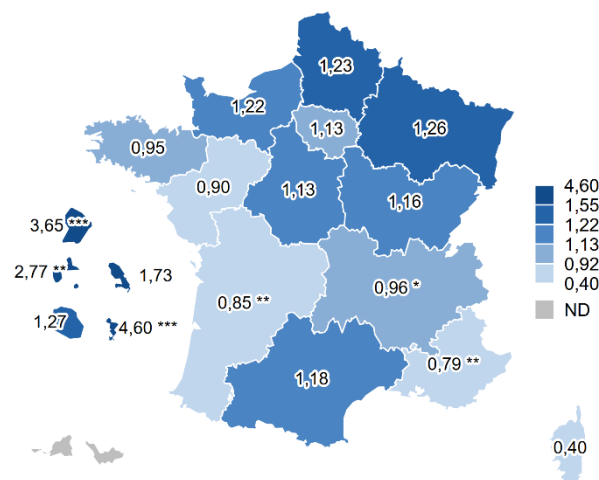
Source : Etat Civil

## Mortalité post-néonatale

**La mortalité post-néonatale est la période de la mortalité infantile correspondant aux décès du nourrisson survenu entre 28 jours et 1 an.**

A Mayotte, 41 décès de nourrissons sont survenus entre 28 et 364 jours de vie en 2024, soit un taux de mortalité post-néonatale de 4,60 décès pour 1 000 naissances vivantes (4,60 ‰), significativement très supérieur à celui observé en France (1,16 ‰) (**Carte 15**).

**Carte 15. Taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), par région de domicile, 2024**

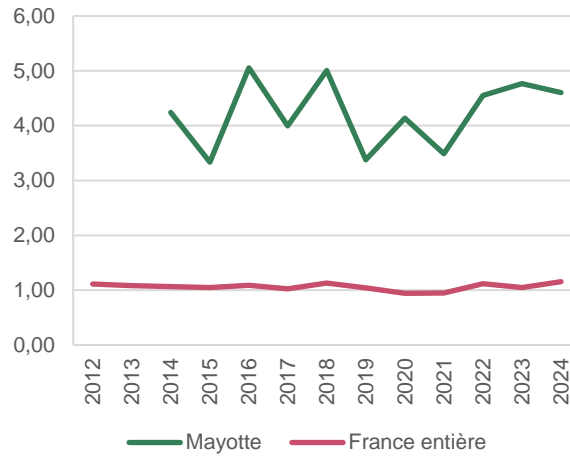


Source : Etat Civil ; \* :  $p < 0,10$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$   
ND = non disponible

À Mayotte, la mortalité post-néonatale évoluait toujours en deçà des valeurs nationales (**Figure 24**). En 2024, une baisse modérée de la mortalité post-néonatale est constatée mais, elle reste très

significativement supérieure au niveau national (Figure 24). Une tendance stable était par ailleurs observée en France entre 2014 et 2024 [1] (Figure 24).

**Figure 24. Evolution du taux de mortalité post-néonatale (pour 1 000 naissances vivantes), France entière et à Mayotte, période 2012- 2024**



Source : Etat Civil

## Prévention et promotion de la santé périnatale

La période de la conception aux deux premières années de la vie après la naissance sont déterminantes pour le développement de l'enfant et la santé de l'adulte qu'il deviendra. Il est donc nécessaire de s'engager en faveur de la santé du jeune enfant avant même sa naissance.

### Le site ressources pour les (futurs) parents sur la période des 1000 premiers jours



Le site [1000-premiers-jours.fr](https://www.1000-premiers-jours.fr) informe les (futurs) parents sur l'impact de l'environnement physico-chimique et de l'environnement affectif et relationnel sur le développement de l'enfant, et la santé tout au long de sa vie. Il propose des pistes d'actions concrètes pour agir en faveur de la santé des parents et de celle de leur enfant. Basé sur les recommandations institutionnelles nationales et internationales, il aborde avec une approche bienveillante, une grande variété de thèmes comme la santé mentale des parents, la sobriété d'exposition à des substances chimiques dans la vie quotidienne et la qualité des interactions précoces parent-bébé.

### Observation et promotion des interactions parents-bébé de qualité

#### Étude EVANE

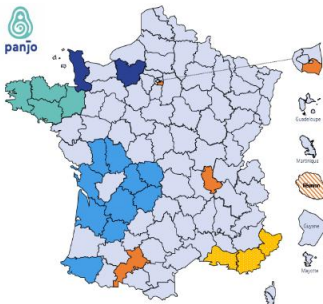


Fin 2024, Santé publique France a lancé Evane, en partenariat avec la CNAF. Cette enquête vise à comprendre comment les conditions de vie, l'histoire personnelle du parent, ses caractéristiques individuelles et celles de son enfant influencent l'expérience de la parentalité (stress parental, pression ressentie et sentiment de compétence parental) et certaines pratiques parentales (lecture, petits jeux, activités etc.). 5 235 pères et 5 050 mères d'enfants de 0-2 ans vivant en France hexagonale ont participé. Des synthèses thématiques de résultats seront diffusées au cours du second semestre 2026.

#### Dispositif digital d'information : « Interactions parent-bébé »

Afin de faire connaître les bénéfices des interactions parent-bébé de qualité pour la santé de leur enfant, un dispositif d'information destiné aux jeunes parents et futurs parents a été mis en place fin 2025 en partenariat avec WeMoms et Explore Média. La vidéo présentée par le pédiatre Jules Fougère est toujours disponible.

#### Panjo : L'intervention de prévention précoce à domicile



Santé publique France a conçu l'intervention Panjo pour promouvoir la santé et l'attachement des jeunes enfants. Cette intervention à domicile est proposée par les PMI aux futurs parents vivant dans un contexte psychosocial à risques. 6 à 12 visites programmées de la grossesse à douze mois de l'enfant permettent de réduire les interactions parent-bébé dysfonctionnelles, de réduire les réactions hostiles du parent et d'améliorer le recours aux soins. Depuis 2022, les PMI de 23 départements dans 8 régions se sont impliquées dans le déploiement de PANJO.

Pour plus d'informations, contactez [eval.panjo@santepubliquefrance.fr](mailto:eval.panjo@santepubliquefrance.fr)

## Promotion des comportements favorables à la santé

Les ressources de Santé publique France pour les (futurs) parents et les professionnels de la périnatalité traitant des sujets de la santé des femmes enceintes, des parents et du bébé.

### La vaccination



Le site [Vaccination-info-service.fr](https://vaccination-info-service.fr) propose des informations factuelles, pratiques et scientifiquement validées sur la vaccination aux différents âges de la vie. Futurs et jeunes parents peuvent y trouver les recommandations vaccinales pour les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse et celles pour les nourrissons et jeunes enfants, ainsi que des informations très pratiques du type « Où se faire vacciner ? », « que faire si mon bébé est enrhumé le jour de la vaccination ? » ou « comment préparer mon enfant qui doit être vacciné », etc.

### Calendrier vaccinal des femmes enceintes



Ce document, format carte postale, présente de façon visuelle et synthétique, l'ensemble des vaccinations recommandées avant, pendant et après la grossesse. N'hésitez pas à le commander.

## Soutien à l'arrêt de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites

### Aide à distance



[Tabac info service](https://tabac-info-service.fr) est un dispositif multicanal d'aide à l'arrêt du tabac qui comprend :

- **une ligne téléphonique, le 39 89** : accompagnement personnalisé et gratuit avec un tabacologue, par téléphone.
- **une application mobile Tabac info service** : programme d'e-coaching 100% personnalisé pour préparer son arrêt et suivre quotidiennement ses progrès.
- **un site internet, [tabac-info-service.fr](https://tabac-info-service.fr)** : conseils et informations sur les stratégies d'arrêt.



Les sites [Alcool-info-service.fr](https://alcool-info-service.fr) et [Drogues-info-service.fr](https://drogues-info-service.fr) proposent des informations sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse et l'allaitement, incluant : la consommation involontaire en début de grossesse, les difficultés à l'arrêt et les risques associés. Ils offrent aussi des services d'aide à distance : annuaire des structures spécialisées, forums, chat, FAQ, contenus informationnels et ligne téléphonique gratuite et anonyme avec des professionnels pour aider, informer et orienter.

## Dépliants Grossesse sans tabac et sans Alcool



Dépliants d'information destinés aux femmes enceintes et à leur entourage qui traitent respectivement des questions liées à la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse. Y sont abordés les conséquences possibles de leur consommation sur la grossesse, les traitements d'aide à l'arrêt ainsi que, pour l'alcool, des conseils à l'entourage pour la soutenir dans son arrêt temporaire de consommation. N'hésitez pas à les commander.

## Nutrition et promotion de l'activité physique

Le guide « De la grossesse à l'arrivée de bébé, avec sérénité – Alimentation, activité physique et bien-être »



Ce guide destiné aux femmes enceintes contient une information fiable et claire sur la nutrition pendant leur grossesse et des conseils pour avoir une alimentation équilibrée tout en se faisant plaisir, continuer de bouger et vivre une grossesse sereine en prenant soin de leur santé et de celle de leur futur enfant. N'hésitez pas à le commander.

## Le Guide de l'allaitement maternel



Ce guide sur la pratique et l'accompagnement à l'allaitement maternel contient des informations simples et illustrées, des réponses aux questions les plus fréquentes, des conseils et des informations pratiques, tant pour le démarrage de l'allaitement que pour sa poursuite au fil des semaines suivant l'accouchement. N'hésitez pas à le commander.

**MANGER BOUGER** [mangerbouger.fr](http://mangerbouger.fr) est le site de référence institutionnel sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité. Le site, qui répond aux enjeux du Programme national nutrition santé, met à disposition des conseils et services en ligne qui aident à aller pas à pas vers une alimentation équilibrée et un mode de vie actif, tout en se faisant plaisir. Son service phare, La Fabrique à menus, femmes enceintes et parents de jeunes enfants peuvent générer en un clic des menus hebdomadaires équilibrés, de saison et personnalisés.

## Promouvoir la santé sexuelle et reproductive

**QuestionSexualité** Le site [Questionsexualite.fr](http://Questionsexualite.fr) est le site d'information sur la santé sexuelle pour toutes et tous à partir de 18 ans. Différentes thématiques y sont abordées : IST, contraception, dysfonctions ou encore discriminations et violences. Les femmes enceintes et les jeunes mères pourront tirer profit des articles sur le sexe pendant la grossesse et après l'arrivée d'un enfant, sur la contraception après un accouchement ou encore sur la fausse couche, etc.

## Promouvoir la santé périnatale des personnes migrantes

### Les livrets de santé bilingues



Support de communication et de dialogue pour les personnes migrantes et les professionnels de la santé ou du social, les livrets de santé bilingues sont conçus pour aider chacun à mieux comprendre le système de protection maladie français, les droits et démarches. Ils sont disponibles en 17 langues. Un chapitre est dédié à la grossesse et au parcours 1000 premiers jours. N'hésitez pas à commander.



A destination des professionnels : un guide pratique sur l'accès aux droits et aux soins en partenariat avec le Comité pour la santé des exilés (Comede).

Pour commander nos supports imprimés : <https://selfservice.santepubliquefrance.fr/>

## Les projets prévention de la région Mayotte

### Le Parcours Post-Partum du Réseau périnatal de Mayotte (REPEMA)



Le Parcours Post-Partum est un nouveau dispositif, porté par le Réseau de périnatalité de Mayotte (REPEMA), actuellement en cours de déploiement sur le territoire. Dédié à l'accompagnement des femmes après l'accouchement, il vise à améliorer leur santé physique, psychique et nutritionnelle, ainsi que celle de leur bébé durant la première année suivant la naissance. Il a également pour objectifs de favoriser un recours plus systématique aux soins post-partum et de renforcer la coordination entre les acteurs des secteurs sanitaire et social.



Le parcours s'adresse aux femmes ayant accouché depuis moins de 12 mois. Il permet de mieux repérer leurs besoins après la naissance afin de leur proposer un accompagnement personnalisé et de faciliter leur orientation vers les professionnels et les ressources les plus adaptés.

Le dispositif s'articule autour de quatre axes d'accompagnement :

- la santé mentale ;
- la nutrition ;
- l'allaitement ;
- l'activité physique adaptée.

Ces accompagnements sont proposés sous différentes modalités, en consultations individuelles ou sous forme d'ateliers collectifs, en fonction des besoins des femmes et des actions mises en œuvre avec les professionnels partenaires.

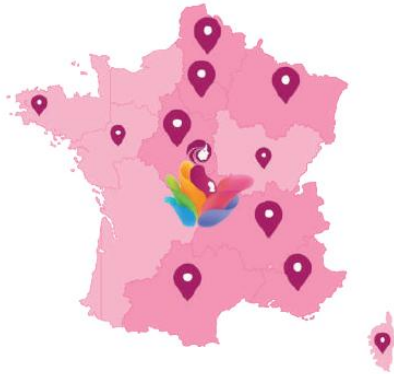
En parallèle, le REPEMA organise chaque mois les **Dité Tsitsi**, des rencontres ouvertes à toutes les femmes en post-partum. Ces temps d'échange visent à sensibiliser aux enjeux du post-partum, à faire connaître le dispositif, à favoriser les échanges entre les participantes et avec les professionnels de santé, ainsi qu'à permettre aux femmes qui le souhaitent d'intégrer le parcours et de bénéficier d'un accompagnement adapté à leurs besoins.

Le projet étant dans sa première année de déploiement, il se construit progressivement. Une première édition des **Dité Tsitsi** a été organisée à Mamoudzou lors du lancement du dispositif, puis une seconde en Petite-Terre. À terme, l'objectif est de déployer progressivement le Parcours Post-

Partum sur l'ensemble du territoire afin de permettre à toutes les femmes mahoraises de bénéficier d'un accompagnement adapté durant cette période clé de leur vie.

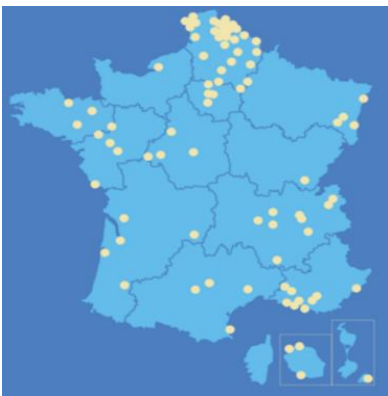
## Intervention des partenaires de Santé publique France

### FEES



Le projet Femmes enceintes environnement et santé (FEES) est porté par l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (APPA) et certaines unions régionales de la Mutualité française. Il consiste à former les professionnels de santé et sensibilise les futurs et jeunes parents aux expositions domestiques aux polluants. Il vise à créer un environnement favorable à la santé des femmes enceintes et des nourrissons, en transmettant des conseils validés scientifiquement, simples à appliquer. Actuellement, le projet se développe dans les régions Ile-de-France, Centre-Val de Loire, Provence-Alpes Côte d'Azur, Grand-Est, Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec les acteurs locaux.

### IHAB



L'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB), est un programme de l'OMS et de l'Unicef déployé dans les services de maternité et de néonatalogie. L'IHAB contribue à créer un environnement favorable à l'allaitement et à développer des pratiques de soins centrés sur les rythmes et besoins des mères et des nouveau nés. La France compte aujourd'hui 83 établissements labellisés et la démarche continue à se déployer dans toutes les régions-une naissance sur 4 a lieu en France dans une maternité IHAB (labellisée ou en cours de labellisation). Santé publique France, au travers de son programme 1000 premiers jours, soutient le label IHAB. Pour en savoir plus et faire connaître IHAB dans vos réseaux : [plaquette institutionnelle](#).

## Méthodologie

### Populations, période et zones géographiques

Ce bulletin porte sur deux populations principales :

- Les femmes ayant accouché d'au moins un enfant (né vivant ou mort-né), selon la définition française : naissance à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou poids de l'enfant  $\geq$  500 grammes.
- Les enfants issus de naissances vivantes ou mort-nées, selon les mêmes seuils.

Quand cela a été possible (SNDS, Etat-Civil), les indicateurs ont été déclinés annuellement entre 2012 et 2024, et pour la France entière incluant l'Hexagone, les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte, et deux des collectivités d'Outre-mer (COM) : Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Pour la majorité des indicateurs (SNDS, Etat civil, CépIDC, ENCMM), la déclinaison territoriale est réalisée selon le domicile de la femme ou de l'enfant.

Pour les indicateurs issus de l'ENP, la déclinaison est réalisée selon le lieu d'accouchement / de naissance et pour les indicateurs issus du CNCNDN, la déclinaison est réalisée selon le lieu du dépistage, donc principalement le lieu de naissance.

### Sources de données

#### Enquête nationale périnatale (ENP) et ENP-DROM

L'Enquête nationale périnatale (ENP) est une enquête transversale répétée environ tous les six ans depuis 1995 (données 2010, 2016 et 2021 dans ce bulletin). Le recueil est réalisé dans toutes les maternités (publiques et privées) et les maisons de naissance pendant une semaine. Toutes les naissances vivantes et mort-nées (âgées d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 gr à la naissance) sont incluses. Les données portent sur les pratiques médicales, les facteurs de risque, les caractéristiques des parents et la santé de la mère et de l'enfant. Elles sont collectées :

- auprès des établissements (caractéristiques et organisation des soins)
- via le dossier médical (antécédents obstétricaux, déroulement de l'accouchement, état de santé de la mère avant, pendant et après accouchement et état de santé de l'enfant)
- auprès des mères via
  - (1) un entretien en face-à-face par une sage-femme en suite de couche ;
  - (2) un auto-questionnaire web (ou via un télé-enquêteur) à 2 mois post-partum (depuis l'édition 2021 de l'ENP). Les données issues du questionnaire 2 mois post-partum ont été pondérées pour être représentative des inclusions en maternité.

En 2021, les DROM, hormis la Guyane, ont étendu la durée de l'enquête pour obtenir un échantillon représentatif (ENP-DROM).

#### Limites :

- L'enquête n'est pas conçue pour produire des indicateurs régionaux robustes pour toutes les régions notamment celle enregistrant moins de 400 naissances (Occitanie = 917 en maternité ; 556 à deux mois).
- En raison de faibles effectifs, les données sont non exploitables pour les DROM et la Corse sur les enquêtes 2010 et 2016 et pour la Corse et Saint-Barthélemy en 2021.
- En raison de perte dans le suivi à deux mois dans l'ENP 2021, certains indicateurs ne sont pas disponibles pour la Guyane, Mayotte et Saint-Martin.

- Les données autodéclarées peuvent être biaisées (mémoire, désirabilité sociale).

## Hospitalisations et consommations de soins (SNDS)

Le Système National des Données de Santé (SNDS), géré par la Cnam, inclut notamment :

- Les données de l'Assurance maladie (Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie - Sniiram) comportant les données de remboursements de soins (telles que la délivrance de médicaments, les consultations médicales, les actes paramédicaux ou les examens biologiques remboursés) ;
- Les données des séjours hospitaliers dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) comportant les données d'hospitalisations pour accouchement et pour naissance du PMSI-MCO. Cette base recueille les données médico-administratives exhaustives relatives aux séjours dans tous les établissements publics et privés de santé de courte durée de la France entière.

Les données SNDS de ce bulletin sont issues d'une base corrigée produite par Santé publique France des naissances et des accouchements. Les corrections portent sur le traitement d'incohérences entre les séjours des mères et les séjours de leur(s) nouveau-né(s) et le traitement d'incohérences entre des séjours de transferts d'un même individu (mère ou nouveau-né).

### Limites :

- La qualité du codage peut varier selon les établissements - rigueur des cliniciens, respect des règles de codage et des contrôles des DIM – pouvant entraîner des biais de mesure.
- Peu d'informations socio-économiques sont disponibles (hors couverture sociale et complémentaire santé), limitant l'analyse des inégalités sociales de santé.
- L'affiliation à la sécurité sociale est insuffisante sur Mayotte pour permettre de disposer de certaines données sur ce territoire.
- Ces contraintes imposent une interprétation prudente des résultats et une connaissance approfondie de ses spécificités pour éviter les erreurs d'analyse.

### Plus d'informations sur les données du SNDS

## État civil (Insee)

Les données d'état civil, fournies par l'Insee, recensent chaque naissance vivante et chaque décès enregistrés en mairie. Elles couvrent l'ensemble du territoire, avec des données exhaustives et annuelles.

### Limites :

- Certaines naissances peuvent être classées différemment entre l'état civil et le PMSI (exemple : certaines naissances enregistrées comme mort-nées dans le PMSI apparaissent comme naissances vivantes suivies d'un décès le jour même dans les registres d'état civil)
- Mayotte est inclus depuis 2014.
- Saint-Martin et Saint-Barthélemy sont regroupés avec la Guadeloupe.

### Plus d'informations sur les bases des naissances vivantes

### Plus d'informations sur les bases des décès

## Enquête nationale confidentielle sur les morts maternels (ENCMM)

L'ENCMM est un dispositif dédié à l'étude de la mortalité maternelle en France, un phénomène rare mais révélateur de la qualité des soins périnataux. Il s'appuie sur quatre sources principales : les signalements des réseaux de santé périnatale, les certificats de décès du CépiDc, les données de l'Insee (liant naissances et décès maternels dans l'année suivant l'accouchement), et les bases du

PMSI (décès survenus en établissement hospitalier). L'enquête permet d'analyser les causes des décès maternels, d'évaluer leur lien avec la grossesse, et d'apprécier la qualité des soins prodigués (optimaux ou non). Elle identifie également l'évitabilité des décès pour formuler des recommandations de prévention.

**Limites :**

- Délai dans la disponibilité des données.
- Certains décès peuvent ne pas être identifiés, surtout s'ils surviennent après le post-partum immédiat.

## Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN)

Le dépistage néonatal est une stratégie de santé publique qui consiste à repérer chez le nouveau-né certaines maladies graves, rares et le plus souvent d'origine génétique, avant même l'apparition des premiers signes et symptômes ; ceci dans le but de proposer à chaque enfant une prise en charge précoce adaptée. Ce dépistage est coordonné au niveau national par le Centre national de coordination du dépistage néonatal (CNCDN) depuis 2018. Le dépistage biologique concerne 6 maladies : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la drépanocytose, la mucoviscidose et le déficit en Medium-Chain-Acyl-CoA Déshydrogénase.

**Limites :**

- Avant 2024, le dépistage de la drépanocytose était systématique dans les DROM mais ciblé en Hexagone.
- Le déficit en MCAD a été ajouté dans le test de Guthrie depuis 2022 et, en raison d'effectifs faibles, les données ne sont pas présentées à l'échelle régionale.

## Analyses statistiques

### Comparaisons entre territoires

Pour identifier d'éventuelles différences significatives entre un territoire spécifique et le reste de la France, des tests statistiques adaptés ont été appliqués avec des tests du  $\chi^2$  pour comparer les proportions ou les distributions catégorielles.

Excepté pour les données de mortalité maternelle, caractérisées par de faibles effectifs, où un test exact basé sur la loi de Poisson a été privilégié afin d'assurer une comparaison robuste.

La significativité statistique des résultats a été classée en trois niveaux :

- $p < 0,001$  (symbolisé par \*\*\*)
- $p < 0,05$  (\*\*)
- $p < 0,10$  (\*).

Dans les commentaires, il est considéré que la différence était significative au seuil de 0,05 (\*\*). Les représentations cartographiques utilisent la discrétisation par quantiles en 5 classes pour les choroplèthes.

### Gestion des petits effectifs

En raison d'un risque potentiel de réidentification, les effectifs strictement inférieurs à 5 et différents de zéro ont été floutés, ainsi que les taux, proportions et totaux correspondants. Ce floutage explique que certains effectifs soient approximés.

## Références

- [1] Santé publique France. Surveillance de la Santé Périnatale. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 61 pages, 08 juillet 2026. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/anomalies-congenitales/bulletin-national/sante-perinatale-et-petite-enfance-en-france-entre-2012-2024>
- [2] Groupe de travail « Indicateurs ScanSanté » de la FFRSP. Indicateurs de santé périnatale, France hexagonale et DROM. Février 2026. 53 pages. Disponible à partir de l'URL : <https://ffrsp.fr>
- [3] Gomes E, Menguy C, Cahour L, Lebreton É, Regnault N et le groupe de travail sur les indicateurs en périnatalité. Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019. Santé publique France. Saint-Maurice : 2024. 165 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [4] Mamelle N, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate 2001 ; 80:277-285. Courbes mises à jour en 2006.
- [5] Salanave B, Lebreton E, Demiguel V, Regnault N et « Epifane2021 Study Group ». Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Épifane 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 43 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [6] Inserm, Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7<sup>e</sup> rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 232 p. Disponible à partir de l'URL : [www.encmm.inserm.fr](http://www.encmm.inserm.fr) et [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

## Glossaire

AFTN : Anomalies de fermeture du tube neural	ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
AME : Aide Médicale d'Etat	ENP : Enquête nationale Périnatale
C2S : Complémentaire santé solidaire	FEES : Femmes Enceintes Environnement et Santé
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	FFRSP : Fédération française des réseaux de Santé périnatale
CMV : Cytomégalo virus	HAS : Haute Autorité de Santé
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales	HCSP : Haut conseil de Santé publique
Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie	HPP : Hémorragie post-partum
CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français	HTA : Hypertension artérielle
CNCDN : Centre national de coordination du dépistage néonatal	IHAB : initiative Hôpital ami des Bébés
DIM : Département de l'information médicale	Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
DROM : Département et région d'outre-mer	IST : Infection sexuellement transmissible
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	MIN : Mort inattendue du nourrisson
EPDS : <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	MCAD : <i>Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase</i>
	MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

OMS : Organisation mondiale de la Santé  
PANJO : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
RSEV : Réseaux de suivi d'enfant vulnérables

SA : Semaine d'aménorrhée  
SNDS : Système national des données de Santé  
SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie  
VBNI : Voie basse non instrumentale

## Remerciements

Santé publique France tient à remercier

- Nathalie Lelong et Camille Le Ray (Inserm, équipe Oppale),
- Emilie Marrer (Réseau Périnatal Lorrain) et Hélène Tillaut (Réseau Périnatalité Bretagne) pour le GT Indicateurs de la FFRSP

qui ont contribué à sélectionner les indicateurs à diffuser dans ce bulletin.

Nous remercions également l'ensemble des partenaires en région qui ont contribué à la rédaction et l'interprétation des résultats de ce bulletin

## Équipe de rédaction

**Auteurs :** Jamel Daoudi (SpF La Réunion), Hassani Youssouf (SpF Mayotte)

### **Fourniture des données & Conception de la maquette :**

- Elodie Lebreton, Daniel Bejarano-Quisoboni (Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes)
- Lisa Cahour, Oumayma Zougagh (Santé publique France, Direction Appui, Traitements et Analyses de données),
- Maud Gorza, Sandie Sempé (Santé publique France, Direction Prévention et Promotion de la Santé)
- François Clinard, Amandine Cochet, Sandrine Coquet, Jamel Daoudi, Noémie Fortin, Valérie Henry, Mélanie Martel, Mathilde Melin, Hélène Prouvost, Mathieu Rivière, Emmanuelle Vaissière, Nicolas Vincent (Santé publique France, Direction des Régions)
- Garance Doudeau (Centre National de Coordination du Dépistage Néonatal)
- Annick Vilain (DREES)

**Pour nous citer :** Surveillance de la Santé Périnatale. Bulletin. Édition Mayotte. Saint-Maurice : Santé publique France, 43 pages, 8 juillet 2026

**Directrice de publication :** Aude Martin de Viviès

**Date de publication :** 8 juillet 2026

**Contact :** [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)