

Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en Guyane



Enquête Nationale Périnatale

Résultats pour la Guyane

Les naissances et les établissements

Ce rapport a été rédigé par :

- L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) : Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)

Hélène Cinelli, Nathalie Lelong, Camille Le Ray

Avec la collaboration de :

- Réseau Perinat Guyane et un gynécologue-obstétricien du CH de l'Ouest Guyanais
Stéphanie Bernard et Najeh Hcini
- Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes
Virginie Demiguel, Elodie Lebreton
- Les membres du comité de pilotage (Annexe 1)

Sous la direction de Camille Le Ray et Nathalie Lelong (Inserm)

Merci de citer ce rapport comme suit :

Cinelli H, Lelong N, Le Ray C et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en Guyane : Inserm, Septembre 2023

Avant-propos ENP 2021

Ce rapport présente les données issues de la Guyane, collectées lors de l'Enquête Nationale Périnatale 2021, en les comparant aux données de la France métropolitaine. Il décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques, les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, et les caractéristiques des lieux d'accouchements. Un rapport, présentant les résultats en métropole, a été publié en octobre 2022 (Cinelli et al., 2022).

L'édition 2021 de l'enquête nationale périnatale (ENP) s'est déroulée la semaine du lundi 15 mars 2021 à 0h00 au dimanche 21 mars 2021 et a été enrichie d'un suivi à 2 mois pour les femmes l'ayant accepté, permettant de décrire, pour la première fois, l'état de santé des mères à deux mois du post-partum, le vécu de leur accouchement, l'organisation du retour à domicile et l'état de santé des enfants durant les deux premiers mois de vie. **Cependant, le nombre de femmes ayant accepté puis réalisé ce suivi est trop faible en Guyane. Ainsi, ces données ne seront pas présentées dans le présent rapport.**

Comme pour le rapport présentant les résultats de la France métropolitaine, les données de l'ENP 2021-Guyane seront également appariées à celles du système national des données de santé (SNDS) pour des analyses ultérieures, et ne seront pas présentées dans ce rapport.

Cette enquête a été financée et mise en œuvre par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Santé publique France et l'Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Le suivi des mères et des nouveau-nés à 2 mois a été piloté par Santé publique France.

La rédaction du rapport présenté ici a été assurée par l'Équipe EPOPé de l'Inserm en collaboration avec le réseau de santé périnatale de Guyane, l'Agence Régionale de Santé de Guyane, le Centre d'Investigation Clinique Antilles-Guyane et Santé publique France (cellule régionale et Direction des Maladies non Transmissibles et Traumatismes).

La réalisation de l'enquête sur le terrain a été possible grâce à la participation de Madame Bernard, sage-femme coordinatrice du réseau de santé périnatale de Guyane. Nous remercions les médecins et les responsables des maternités qui ont accepté que l'enquête ait lieu dans leur service. Nos remerciements s'adressent également à toutes les personnes qui ont apporté leur concours à la réalisation de l'enquête, en particulier toutes les enquêtrices et enquêteurs en maternité, les sages-femmes référentes pour l'enquête dans chaque établissement. Nous remercions également toutes les femmes qui ont accepté de répondre aux questionnaires en maternité et de suivi à deux mois.

Toutes les informations relatives à l'enquête sont disponibles sur le site : <https://enp.inserm.fr>

Synthèse des résultats sur les naissances vivantes en Guyane

Ce rapport fournit des estimations de nombreux indicateurs périnataux obtenus après analyse des résultats recueillis auprès de 128 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant lors de la semaine d'enquête réalisée dans les quatre maternités de Guyane en mars 2021. Les pourcentages présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (les valeurs des intervalles de confiance sont larges).

Les données sont parfois complétées par des données recueillies localement, notamment dans le registre d'issue de grossesse informatisé (RIGI), dont dispose la Guyane.

La population en Guyane présente des caractéristiques socio-démographiques notables : les femmes enceintes y sont globalement plus jeunes, plus isolées, plus souvent célibataires et présentent un niveau d'études généralement plus bas qu'en métropole.

Seulement un peu plus de la moitié des accouchées sont de nationalité française.

Sur le plan économique, près de la moitié des ménages déclarent disposer de revenus liés à une activité professionnelle et près de la moitié déclarent un revenu mensuel inférieur à 1000 euros par mois.

En Guyane, seules 73% des femmes sont couvertes par la protection maladie universelle contre 96% en métropole.

Globalement, les femmes enceintes présentent un niveau socio-économique plus bas, confirmé par le calcul d'un indice de précarité, qui montre que la part des femmes défavorisées et très défavorisées est respectivement de 22,6% et 16,1% en Guyane contre 3,9% et 1,3% en métropole.

Cette enquête permet également de disposer d'informations nouvelles sur le contexte de la naissance, mettant en évidence un taux d'utilisation d'une méthode contraceptive plus bas qu'en métropole et une moins grande satisfaction des femmes lors de la découverte de la grossesse.

Les femmes en Guyane ont par ailleurs des antécédents médicaux (poids avant la grossesse) et obstétricaux (IVG, accouchement prématuré) plus fréquents qu'en métropole.

Les pathologies gestationnelles y sont également plus fréquentes, notamment l'hypertension artérielle gravidique et l'anémie.

En ce qui concerne l'offre de soins et le suivi prénatal, les taux de recours à l'échographie obstétricale de dépistage, au dépistage de la trisomie 21 et à celui du cancer du col sont moins bons qu'en métropole.

Certaines données de l'accouchement sont plus favorables ou comparables à celles de la France métropolitaine : le recours à l'oxytocine au cours du travail y est 2 fois plus faible, les taux de césarienne et de déclenchement du travail comparables. Le recours à l'épisiotomie est exceptionnel, et la demande et la réalisation d'une analgésie au cours du travail sont moindres.

L'état de santé des enfants à la naissance est préoccupant. Trois indicateurs méritent d'être retenus : un taux de prématurité élevé (16% contre 7% en métropole), une hypotrophie importante, une cotation du score d'APGAR inférieur ou égal à 7 à 5 minutes de vie plus fréquente.

Les durées de séjour en maternité sont significativement plus longues qu'en métropole, fortement impactées par le taux augmenté de naissances prématurées, l'absence de couverture sociale et l'éloignement des maternités, d'une partie de la population.

Le rapport ENP 2021 met une fois encore en évidence le retard important de la Guyane par rapport à la métropole du point de vue de nombreux indicateurs de la périnatalité, et confirme les conclusions du rapport du Haut Conseil de la santé publique sur les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations, paru en 2021.

SOMMAIRE

Synthèse des résultats sur les naissances vivantes en Guyane	4
Cadre général de l'Enquête Nationale Périnatale 2021	8
PARTIE I - PRESENTATION GENERALE DE L'ENQUETE NATIONALE PERINATALE	10
I-1 Présentation générale	11
I-1-1 Introduction	11
I-1-2 Objectifs	11
I-2- Méthode de l'enquête en Guyane	12
I-2-1 Population	12
I-2-2 Recueil des informations.....	12
I-2-3 Organisation.....	13
I-2-4 Autorisations.....	16
I-3- Effectifs et qualité des données	17
I-3-1 Effectifs.....	17
I-3-2 Exhaustivité des données issues des naissances vivantes	17
I-3-3 Représentativité.....	18
I-3-4 Degré de précision des résultats.....	18
I-4- Présentation des résultats	18
PARTIE II - RESULTATS SUR LES NAISSANCES	20
II-1 Description et comparaison des naissances survenues en Guyane et en métropole	21
II-1-1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes.....	21
II-1-2 Contexte de la grossesse.....	21
II-1-3 Surveillance prénatale et mesures de prévention	22
II-1-4 Antécédents, pathologies et complications de la grossesse.....	24
II-1-5 Travail et accouchement	25
II-1-6 État de santé des nouveau-nés	27
II-1-7 Séjour en maternité de la mère et du nouveau-né en post-partum.....	28
PARTIE III - RESULTATS SUR LES ETABLISSEMENTS	30
III-1 Présentation générale des établissements en Guyane	31
III-1-1 Les équipements	31
III-1-2 Le dossier médical et le codage du PMSI	32
III-2 Le personnel en salle de naissance	32
III-2-1 Personnel médical.....	32
III-2-2 Personnel paramédical.....	32
III-2-3 Recours à des intérimaires et/ou vacataires.....	32
III-2-4 Prise en charge psychologique.....	33
III-2-5 Prise en charge sociale	33

III-3 Les prises en charge particulières	33
III-3-1 Les consultations spécialisées.....	33
III-3-2 Le dépistage de la covid-19.....	33
III-3-3 Les situations de précarité, de vulnérabilité et population non francophone	33
III-3-4 Les liens avec la PMI.....	34
III-4 La prise en charge en salle de naissance et post-natale	34
PARTIE IV – Figure et tableaux	35
Figure 1 : Participation	36
Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés avec les données du RIGI.....	37
Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des femmes.....	38
Tableau 3 : Niveau d'études et origine des femmes	39
Tableau 4 : Activité et catégorie professionnelle des femmes	40
Tableau 5 : Ressources du ménage, couverture sociale des femmes et précarité	41
Tableau 6 : Contraception et consultation préconceptionnelle	42
Tableau 7 : Contexte psychologique durant la grossesse	43
Tableau 8 : Poids et taille des femmes.....	44
Tableau 9 : Attention portée à la consommation de tabac et d'alcool par les professionnels pendant le suivi de grossesse.....	45
Tableau 10 : Soutien et accompagnement des femmes pendant la grossesse	46
Tableau 11 : Consultations prénatales : professionnels consultés pendant la grossesse.....	47
Tableau 12 : Examens de dépistage et de diagnostic anténatal	48
Tableau 13 : Littératie en santé durant la grossesse.....	49
Tableau 14 : Etat de santé : antécédents médicaux maternels et obstétricaux	50
Tableau 15 : Hospitalisation et pathologies durant la grossesse	51
Tableau 16 : Lieu d'accouchement.....	52
Tableau 17 : Déroulement du travail.....	53
Tableau 18 : Accouchement	54
Tableau 19 : Prise en charge de la douleur en salle de naissance	55
Tableau 20 : Satisfaction et douleurs à l'accouchement.....	56
Tableau 21 : Âge gestationnel et poids de naissance.....	57
Tableau 22 : Nouveau-né en salle d'accouchement	58
Tableau 23 : Prise en charge spécifique du nouveau-né.....	59
Tableau 24 : Accompagnement à l'accouchement et contact peau à peau	60
Tableau 25 : Alimentation du nouveau-né et mode de couchage	61
Tableau 26 : Séjour de la mère en maternité.....	62
ANNEXES.....	63
Annexe 1 : Membres du comité de pilotage de l'Enquête Nationale Périnatale 2021.....	64
Annexe 2 : Membres du comité d'orientation de l'Enquête Nationale Périnatale 2021.....	65
Abréviations et acronymes.....	66
Références.....	67

Cadre général de l'Enquête Nationale Périnatale 2021

Des enquêtes réalisées à intervalle régulier

Ces enquêtes permettent de fournir des indicateurs sur la santé des mères et des nouveau-nés, les pratiques médicales et les facteurs de risque pour surveiller l'évolution de la santé périnatale en France, ainsi que des informations sur des questions particulières, pour aider à la décision et à l'évaluation des actions de santé dans le champ de la périnatalité. Cinq enquêtes de ce type ont déjà été réalisées en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016, au sein de l'équipe Epopé de l'Inserm sous la direction de Béatrice Blondel (Blondel et al., 2017) avant cette nouvelle édition de 2021.

Ces enquêtes portent sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises, lorsque la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un entretien avec les femmes lors de leur séjour en maternité après leur accouchement (Questionnaire « Naissance », annexe 3). Pour cette enquête comme pour les précédentes, des données sont également recueillies sur les caractéristiques des maternités et l'organisation des soins dans les services (Questionnaire « Etablissement », annexe 5). Par ailleurs, l'édition 2021 s'est enrichie d'un suivi à 2 mois pour les mères et les enfants (Questionnaire « Suivi à deux mois », annexe 4). Ce suivi à 2 mois a été réalisé, pour les femmes l'ayant accepté, à l'aide d'un questionnaire administré par internet ou par téléphone.

L'enquête réalisée, en mars 2021, a permis un recueil sur 13 631 naissances auprès de 13 404 femmes, dont 692 naissances et 681 femmes dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM). En Guyane, 130 femmes ont accouché de 133 enfants durant la semaine d'enquête dans les quatre maternités de ce territoire.

Dans les DROM, l'ENP 2021 a été prolongée sur plusieurs semaines sous la responsabilité de Santé publique France et des agences régionales de santé (ARS) locales, afin d'obtenir des effectifs suffisants pour des analyses de qualité par département. Un rapport spécifique (Enquête Nationale Périnatale 2021 dans les DROM) sera publié pour chaque département. Cette extension n'a pas été possible en Guyane. Le présent rapport « ENP Guyane » ne présente donc que les résultats recueillis au cours de la semaine dite « nationale ». **Au vu des effectifs, les résultats présentés doivent être analysés avec précaution, en tenant compte des intervalles de confiance présentés.**

Une enquête 2021 menée dans un contexte sanitaire inédit

Il est à noter d'emblée que cette enquête 2021 s'est déroulée durant la 3^e vague de la pandémie de COVID-19, en métropole, et que les femmes ayant accouché en mars 2021 ont également été exposées à la 2^e vague de la pandémie (octobre-décembre 2020 en métropole) durant leur grossesse.

En Guyane, la première vague de COVID-19 s'est étendue de mai à septembre 2020, de nombreux cas de contamination ont été décrits en juin 2020, correspondant possiblement au début de grossesse des femmes ayant accouché en mars 2021. Les femmes ont également été exposées à la 2^{ème} vague de COVID-19, vague liée à la même souche que la 1^{ère}, mais dont l'impact a été plus limité. Nous savons par ailleurs que la 1^{ère} vague de COVID-19 en Guyane a impacté plus fortement les personnes les plus défavorisés que la seconde, qui au contraire a touché les milieux plus favorisés (Hcini et al., 2021). Un couvre-feu, dont les horaires variaient selon la situation épidémique, était en place durant la quasi-totalité de la grossesse de ces femmes, ce qui peut avoir eu un impact en termes d'accès aux soins. Le mois de mars 2021, mois d'accouchement des femmes enquêtées, correspond au début la 3^{ème} vague de COVID-19, liée au variant Gamma et dont le pic a été observé fin mai.

Ce contexte particulier doit être pris en compte pour l'interprétation de certaines évolutions présentées dans ce rapport, à la fois concernant les caractéristiques des femmes, leur santé, en particulier la santé psychique, mais également concernant les pratiques médicales durant la grossesse et l'accouchement. Les changements du système de soins et les difficultés d'accès aux soins liés à la pandémie et aux mesures de confinement peuvent influencer la lecture des résultats de cette enquête. Des questions spécifiques concernant l'infection à coronavirus durant la grossesse et les modalités de dépistage en maternité, ont été posées dans le volet « naissance » et dans le volet « établissement ». Les résultats ne sont pas présentés dans ce rapport, en raison de trop faibles effectifs pour la Guyane.

PARTIE I - PRESENTATION GENERALE DE L'ENQUETE NATIONALE PERINATALE

I-1 Présentation générale

I-1-1 Introduction

Disposer régulièrement de données actualisées dans le domaine périnatal est un impératif en santé publique. Ces données sont indispensables pour suivre l'évolution de la santé, orienter les politiques de prévention, et évaluer les pratiques médicales. Des indicateurs de santé de base sont fournis par le PMSI, mais ils ne permettent pas d'analyser tous les aspects de la situation périnatale. De nombreux indicateurs concernant, en particulier, les caractéristiques des femmes, leur vécu et les pratiques médicales ne sont pas disponibles. De plus, il existe en Guyane depuis 2013 un registre d'issue de grossesse informatisé (RIGI), rempli à l'accouchement par la sage-femme de la maternité à partir du dossier médical de la femme avec plus de 70 indicateurs collectés. Ce registre permet un suivi de la santé périnatale et donne lieu à la publication d'un rapport annuel dont le dernier date de 2019 (Blois A et al., 2020). Cette base de données apporte des données prospectives de bonne qualité, mais le recueil n'est pas exhaustif et la saisie des données n'est pas contrôlée. Cette limite est à prendre en compte dans la comparaison avec les données de l'ENP 2021, qui apportent un éclairage complémentaire de cette source de données.

Dans chaque édition de l'ENP, des données à la maternité sont recueillies sur les principaux indicateurs de santé périnatale, de manière identique et en suivant les recommandations internationales. Les données à recueillir sont également sélectionnées en cohérence avec les autres sources d'information pour faciliter les comparaisons entre l'échantillon de l'enquête et ces sources de données.

Les ENP servent également à estimer les besoins en matière de prévention, à évaluer les politiques publiques relatives à la périnatalité et à analyser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques émises par les sociétés savantes des professionnels de santé. Les données à recueillir sont ainsi définies avant chaque enquête en concertation avec un comité de pilotage (Annexe 1) et les services publics au niveau national, régional et départemental, les professionnels de santé et des associations d'usagers, dans le cadre du comité d'orientation de l'ENP (Annexe 2).

I-1-2 Objectifs

Les objectifs principaux de ce rapport sont de :

- décrire les caractéristiques des maternités et l'organisation des soins au sein des services ;
- décrire les principaux indicateurs de l'état de santé des femmes et des enfants, les facteurs de risque périnatal, le contexte psycho-social dans lequel survient la grossesse, et les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement ;

- comparer les données épidémiologiques relatives à la grossesse et à l'accouchement entre la Guyane et la France métropolitaine.

I-2- Méthode de l'enquête en Guyane

La méthodologie en France métropolitaine est décrite dans le rapport de l'ENP 2021 (Cinelli et al., 2022).

I-2-1 Population

L'enquête a porté sur la totalité des naissances dans les maternités publiques et privées de Guyane. Les enfants nés en dehors de ces services (par exemple à domicile) et transférés par la suite en maternité ont également été inclus.

Définition d'une naissance

L'enquête porte sur l'ensemble des enfants nés vivants ou mort-nés (dont les interruptions médicales de grossesse (IMG)), si la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou si le nouveau-né pesait au moins 500 grammes à la naissance. Cette définition était déjà utilisée dans les enquêtes précédentes et prend en compte les principales bornes recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Calendrier

L'ensemble des naissances survenues entre le lundi 15 mars 2021 à 00h00 et le dimanche 21 mars 2021 à 23h59 ont été incluses en Guyane.

I-2-2 Recueil des informations

Questionnaire pour chaque naissance en maternité

Le questionnaire comprenait 4 parties : 1) les caractéristiques sociodémographiques des mères, la description de la surveillance prénatale et la prise en charge de l'accouchement recueillies lors d'un entretien avec les femmes, avant leur sortie de la maternité, 2) les données relatives aux complications de la grossesse, à l'accouchement et à l'état de l'enfant à la naissance collectées à partir du dossier médical, 3) le recueil minimal de treize indicateurs à partir du dossier médical, 4) une fiche contact permettant de recueillir des informations utiles au suivi à 2 mois et à l'appariement aux données du SNDS, de la mère et de l'enfant.

En Guyane, pour l'enquête en maternité, 15 enquêteurs, essentiellement des sages-femmes, ont été recrutés par l'Inserm pour inclure les femmes, réaliser les entretiens et recueillir les données issues des dossiers médicaux.

L'enquête reposait sur le principe de non-opposition, et des lettres d'informations, adaptées à chaque

situation (« standard », femmes mineures, problèmes de santé de la mère et/ou de l'enfant et/ou sortie précoce) étaient distribuées aux femmes, ainsi qu'au second titulaire de l'autorité parentale. La femme pouvait s'opposer à chacune des parties de l'enquête, et le second titulaire de l'autorité parentale pouvait s'opposer au recueil des données de son enfant.

Le recueil de données comprenait un entretien en face-à-face avec les femmes lors de leur séjour en maternité, et une collecte d'informations à partir de leur dossier médical. Si une femme ne pouvait pas ou refusait de participer à l'entretien, la collecte d'informations à partir du dossier médical était réalisée, sauf en cas d'opposition. Dans ce cas, le recueil minimal de treize indicateurs était complété. La femme pouvait également s'opposer à ce recueil de données minimales.

En cas d'issues de grossesses particulières (mort fœtale in utero ou interruption médicale de grossesse) ou d'accouchement sous le secret (« *sous X* »), les femmes étaient informées de l'enquête et sollicitées uniquement pour un recueil des données minimales, auquel elles pouvaient s'opposer.

Questionnaire à 2 mois

Pour la première fois en 2021, un suivi à 2 mois a été réalisé, par internet ou par téléphone selon le choix de la femme. Ce suivi était proposé à toutes les femmes qui avaient accepté l'entretien lors du séjour en maternité. Le questionnaire à 2 mois permettait de décrire l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, l'organisation du retour à domicile et la santé des femmes et des enfants ainsi que des informations sur le partenaire.

Questionnaire Etablissement pour chaque maternité

Ce questionnaire avait pour objectif de décrire le lieu d'accouchement (taille, type d'autorisation, statut public/privé), les politiques du service et l'environnement plus général des naissances.

Ce questionnaire a été rempli par une sage-femme coordinatrice de la maternité, en collaboration avec l'équipe de coordination de l'Inserm.

I-2-3 Organisation

Conception et mise en place de l'enquête

Cette enquête a été réalisée sous la responsabilité de l'équipe EPOPé de l'Inserm, en collaboration avec un comité de pilotage composé des services suivants (Annexe 1) :

- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère de la Santé et de la Prévention, Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie (Bureau état de santé de la population);

- la Direction générale de la santé (DGS), Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques (Bureau santé des populations et politique vaccinale) ;
- la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Sous-direction de la régulation de l'offre de soins (Bureau plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües) ;
- Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes, Unité Périnatalité, petite enfance et santé mentale ;
- l'équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm, Unité 1153).

La mise au point du protocole d'enquête et des questionnaires a été assurée par le comité de pilotage. Ce travail a été fait en lien avec un comité d'orientation (Annexe 2) comprenant des représentants de l'Assemblée des départements de France (médecins et sages-femmes des services de Protection Maternelle et Infantile), des Agences Régionales de Santé, des Observatoires Régionaux de la Santé, des réseaux de santé en périnatalité, des fédérations hospitalières (Fédération Hospitalière de France, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, Fédération de l'Hospitalisation Privée), des Conseils nationaux de l'Ordre des médecins et des Sages-femmes, de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, de la Caisse Nationale de l'Assurance maladie des Travailleurs salariés, des associations de professionnels (anesthésistes-réanimateurs, obstétriciens, pédiatres, sages-femmes) et des usagers.

La finalisation du protocole, des questionnaires, et des documents nécessaires à la réalisation de l'enquête a été assurée par l'équipe EPOPé de l'Inserm.

Enquête en maternité

Au niveau national, la coordination de la partie d'enquête réalisée en maternité a été effectuée par l'équipe EPOPé de l'Inserm :

- Avant l'enquête : rédaction et suivi des demandes d'autorisation, prise de contact avec le département et estimation des besoins en coordination locale, rédaction des documents utiles au déroulement de l'enquête (notamment les guides de formation pour les coordinateurs départementaux et les enquêteurs), gestion du recrutement et de la formation de la coordinatrice départementale et/ou des enquêteurs.
- Pendant l'enquête : soutien à la coordination départementale et aux enquêteurs, suivi du bon déroulement de la collecte au niveau national.
- Après l'enquête : centralisation de l'ensemble des questionnaires, contrôle de l'exhaustivité du recueil et de la qualité des données, préparation de la saisie par lecture optique, et traitement des données.

Au niveau départemental, la coordination de cette partie d'enquête était placée, sous la responsabilité du réseau de santé périnatale de Guyane. La coordinatrice départementale avait pour mission de veiller au bon

déroulement de l'enquête sur le plan local, en lien avec l'équipe EPOPé de l'Inserm : prise de contact avec les maternités du département pour leur demander leur accord de participation, recherche d'un correspondant privilégié (sage-femme référente dans chaque établissement), appui au recrutement des enquêteurs et formation de ces professionnels, suivi de la collecte de données avec la sage-femme référente, contrôle de l'exhaustivité du recueil, centralisation des questionnaires et transmission à l'équipe EPOPé de l'Inserm.

Les formations des enquêteurs ont toutes été assurées par le réseau de santé périnatale en Guyane.

Dans chaque maternité, une personne référente (le plus souvent une sage-femme coordinatrice) faisait le lien entre la coordinatrice départementale et les enquêteurs. Elle s'assurait du bon déroulement de la collecte de données dans sa maternité et s'adressait au coordinateur départemental en cas de besoin.

Pendant la semaine d'enquête, les sages-femmes enquêtrices des maternités avaient les missions suivantes: le repérage de toutes les naissances correspondant aux critères d'inclusion, l'information des femmes et des seconds titulaires de l'autorité parentale et le recueil de leur non-opposition à participer à l'enquête, la réalisation du recueil de données selon le protocole (entretien, fiche contact, collecte de données à partir du dossier médical de la femme, données minimales), la transmission de ces questionnaires et d'un bordereau de synthèse à une sage-femme « principale ». Cette sage-femme « principale » avait plusieurs missions : elle était chargée de la saisie informatique des données de la fiche contact que la femme accepte ou non d'être recontactée à deux mois et/ou qu'elle s'oppose ou non à l'appariement pour elle et/ou son enfant, sur un site internet dédié et sécurisé. Elle assurait également le contrôle de l'exhaustivité des inclusions dans son établissement puis l'envoi de l'ensemble des questionnaires à la coordinatrice départementale. Les questionnaires étaient alors transmis par lettre suivie à l'Inserm. Au sein d'un établissement dans l'ouest guyanais, trois traducteurs ont été mobilisés pour traduire les entretiens si besoin. Ce système n'a pas été mis en place dans les autres maternités.

La formation des enquêteurs et la distribution de documents de consignes a permis d'assurer une homogénéité du recueil entre les maternités et garantissait une certaine qualité des données obtenues. La qualité des données a été contrôlée une première fois par l'équipe EPOPé, par une relecture de chaque questionnaire papier.

Enquête à deux mois

Le suivi à 2 mois a été piloté par Santé publique France (traitement des données et contrôles de qualité) en collaboration avec IPSOS.

Le questionnaire était proposé aux femmes qui avaient bénéficié d'un entretien en maternité et qui avaient donné leur accord à cette occasion pour être recontactées deux mois après l'accouchement. Les sages-

femmes enquêtrices ont collecté leur adresse mail et/ou leur numéro de téléphone et leur préférence pour la passation du questionnaire (internet ou téléphone). Ainsi, dans les jours précédents les deux mois de l'enfant, les femmes recevaient une invitation par mail pour répondre au questionnaire via un lien sécurisé ou étaient contactées par un télé-enquêteur, formé pour cette partie de l'enquête.

En cas de non-réponse ou de réponses partielles, des relances par mail et par téléphone ont été effectuées à intervalle régulier, quel que soit le mode de passation choisi. Les femmes avaient la possibilité de répondre en plusieurs fois ou de refuser de participer à tout moment.

Le mode de passation a pu évoluer au fil des réponses. Ainsi, certaines femmes ont complété le questionnaire par internet et par téléphone. Le mode de passation retenu est le dernier mode de passation utilisé par la femme.

Contrôle des données, analyse et rédaction du rapport

La saisie des questionnaires recueillis en maternité et la constitution du fichier informatique ont été assurées par un prestataire de la DREES.

Un data management et un contrôle informatique de la cohérence des données ont été effectués, par l'équipe EPOPé de l'Inserm pour les données du questionnaire « Etablissement » et en collaboration avec Santé publique France pour les données issues du questionnaire « Naissance ».

Pour les données de suivi à deux mois, le data management et un contrôle informatique de la cohérence des données ont été effectués par Santé publique France en collaboration avec l'équipe EPOPé de l'Inserm.

La rédaction de ce rapport a été réalisée par l'équipe EPOPé de l'Inserm et validé par le comité de pilotage et les partenaires locaux (réseau de santé périnatale, gynécologue-obstétricien guyanais, CIC, ARS, Santé publique France).

I-2-4 Autorisations

L'enquête nationale périnatale est une enquête de la statistique publique, et a reçu l'avis d'opportunité auprès du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) le 14 Octobre 2019, le label d'intérêt général et de qualité statistique auprès du Comité du Label (Visa n°2021X701SA, arrêté du 23 Novembre 2020), l'avis favorable d'un Comité de Protection des Personnes le 7 Juillet 2020, et l'autorisation de la CNIL (DR-2020-391 du 31 Décembre 2020).

I-3- Effectifs et qualité des données

I-3-1 Effectifs

La participation à l'enquête du 15 au 21 Mars 2021 s'intéresse aux naissances vivantes et se répartit comme suit (Figure 1) :

En Guyane, pour les 128 femmes ayant donné naissance à un enfant vivant (n=131), les inclusions se décomposent de la manière suivante : 93 questionnaires complets (entretien et données du dossier médical) soit 72,7% des femmes éligibles (versus 86,5% en métropole) et 35 refus de participation à l'entretien mais sans opposition au recueil d'informations du dossier médical (27,3% versus 9,0% en métropole).

Jusqu'à deux motifs de non-participation à l'entretien pouvaient être notés : pour les 35 femmes concernées, les deux principaux motifs étaient le problème de langue rendant impossible le déroulement de l'entretien (74,3%) et le refus (31,4%).

A l'issue de l'entretien, 81 femmes ont accepté de participer au suivi à 2 mois, soit 87,1% des femmes ayant accepté l'entretien (81/93), et 63,3% des femmes éligibles (81/128). Le questionnaire de suivi à deux mois a été complété pour 39 femmes soit 48,1% des femmes ayant accepté d'être recontactée (39/81), 41,9% des femmes éligibles en maternité (39/93 femmes avec entretien). Sur l'ensemble des femmes incluses en Guyane lors de la semaine de l'ENP, le taux de participation à deux mois est de 30,5% (39/128). Au regard du faible nombre de répondantes à deux mois, aucun résultat ne peut être présenté sur le suivi à 2 mois dans le présent rapport.

I-3-2 Exhaustivité des données issues des naissances vivantes

Parmi les 128 femmes ayant donné naissance à au moins un enfant né-vivant, 100% ont accepté de participer à cette enquête (entretien et/ou données du dossier médical).

Données issues de l'entretien en maternité

Les données permettant de décrire la situation sociodémographique des femmes, le suivi prénatal et les comportements des femmes durant la grossesse sont manquantes dans environ 5 à 7 % des dossiers.

Certaines données, comme le poids et la taille avant la grossesse, le souhait d'avoir une péridurale durant le travail, la satisfaction quant aux méthodes utilisées pour gérer la douleur, la position de la femme au moment de l'expulsion ou encore la présence d'un professionnel de santé à l'accouchement présentent un pourcentage de données manquantes plus important (entre 20% et 30% environ).

Données issues du dossier médical de la femme

Les données manquantes issues du dossier médical varient d'environ 1% à 5,5%. L'item « pertes sanguines à l'accouchement » présente un pourcentage plus important de données manquantes d'environ 17%.

Données des établissements

Concernant les données sur les établissements, toutes les maternités de Guyane ont rempli le questionnaire lors d'un entretien avec une coordinatrice de l'ENP. Ainsi, les données manquantes sont rares.

1-3-3 Représentativité

Les données de l'ENP2021 ont été comparées aux données de la Guyane issues de RIGI. Ce registre existe en Guyane depuis 2013 et il est régulièrement rempli par les sages-femmes le jour de l'accouchement : 70 indicateurs sont collectés permettant un suivi de la santé périnatale. Cette base de données apporte des données prospectives de bonne qualité. Sa seule limite est l'absence de contrôle de remplissage. Les données RIGI présentées dans ce rapport portent sur l'année 2019, dernière année validée (retard dans l'enregistrement des naissances en 2020 et 2021 suite à la crise COVID-19).

Les distributions des indicateurs comparés sont relativement proches (Tableau 1), malgré le faible effectif des données de l'ENP2021, à l'exception du pourcentage de femmes ayant accouché par voie basse sans anesthésie : le pourcentage observé dans l'ENP2021 est inférieur à celui de RIGI 2019. La situation a pu évoluer localement entre 2019 et 2021, et ce point sera à vérifier lorsque les données RIGI 2021 seront disponibles.

1-3-4 Degré de précision des résultats

Il est à noter qu'au regard des faibles effectifs, les résultats doivent être interprétés avec une grande précaution. Pour un risque d'erreur à 5%, sur un échantillon de 130 naissances, les variations sont les suivantes : taux de 1% \pm 1,7 %, taux de 5% \pm 3,7 %, taux de 10% \pm 5,2 % et taux de 20% \pm 6,9 %.

Il est indispensable de regarder les valeurs de l'intervalle de confiance, souvent étendu pour avoir une vision plus fine de la situation en Guyane.

I-4- Présentation des résultats

Les résultats de l'ENP 2021 en Guyane sont présentés en deux parties :

- Résultats sur les naissances en 2021 en Guyane et leur comparaison à la métropole
- Résultats concernant les établissements en Guyane en 2021

L'ensemble des résultats sont présentés pour les naissances vivantes pour les femmes ayant accepté l'entretien et/ou le recueil des données du dossier médical. Pour chaque item, nous présentons l'effectif, le pourcentage et son intervalle de confiance à 95%. Un test de comparaison des distributions a été réalisé pour tester les différences entre la Guyane et la France métropolitaine. Les différences ont été considérées comme significatives à un risque inférieur à 5 / 100 ($p < 0,05$).

En raison d'effectifs trop faibles ($n < 10$), les données suivantes ne peuvent pas être présentées : la quotité de travail, l'âge gestationnel à l'arrêt de l'activité professionnelle, le renoncement aux consultations, examens ou soins dentaires pour des raisons financières, le traitement de l'infertilité, la consultation d'un professionnel pour des difficultés psychologiques, la consommation de tabac, de cannabis et d'alcool depuis la connaissance de la grossesse, les recommandations des professionnels de santé sur la consommation de tabac, les informations complémentaires liées à la réalisation d'un entretien prénatal précoce (terme, professionnel, orientation) et à la préparation à la naissance et à la parentalité (selon la parité et le nombre de séances suivi), les gestes invasifs de diagnostic anténatal, la réalisation de la sérologie de la syphilis durant la grossesse, la réalisation d'une consultation de diététique durant la grossesse, les conseils reçus pour limiter la transmission du cytomégalovirus, la vaccination antigrippale, les antécédents de diabète et d'hypertension artérielle, les transferts in utero, la durée d'hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré, l'âge gestationnel au diagnostic d'hypertension artérielle, la localisation placentaire en fin de grossesse, l'anémie en cours de grossesse, l'infection à coronavirus en cours de grossesse, les types de souhaits particuliers, les méthodes de déclenchement/maturation et les motifs, le type d'instrument utilisé lors d'une extraction instrumentale et le motif de cette dernière, les motifs de césarienne, l'administration prophylactique d'oxytocine après l'accouchement, le taux d'hémorragie sévère du post-partum, la position de la femme durant l'accouchement, la classification de Robson, le type de méthodes non-médicamenteuses utilisée, la douleur ressentie à l'accouchement (hors voie basse spontanée), le score d'Apgar à 5 minutes et le taux de transfert des nouveau-nés.

PARTIE II - RESULTATS SUR LES NAISSANCES

II-1 Description et comparaison des naissances survenues en Guyane et en métropole

II-1-1 Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes accouchant en Guyane sont différentes des femmes accouchant en France métropolitaine. En effet, la part des femmes âgées de moins de 20 ans à l'accouchement est plus élevée en Guyane qu'en métropole (12,5% versus 1,3%) (Tableau 2). L'âge moyen à la naissance est de 28,0 ans contre 30,9 ans en métropole. Les grossesses chez les femmes jeunes sont un problème préoccupant en Guyane et concerne près de 13% des femmes, dont la moitié de femmes mineures (d'après les données de RIGI 2019, 0,6% pour les moins de 15 ans, 5,0% pour les 15-17 ans et 7,5 pour les 18-19 ans). Les femmes se déclarent plus souvent célibataires (80,4% versus 39,4% en métropole), vivent moins souvent en couple (72,1% versus 94,9%). De même, les femmes accouchant en Guyane sont 59,1% à être de nationalité française et 57,0% à être nées en France (contre 84,1% et 79,0% respectivement en France métropolitaine) (Tableau 3). Le niveau d'études est également différent : 17,2% des femmes ayant accouché en Guyane ont un niveau supérieur au baccalauréat contre 59,4% en métropole.

Sur le plan de l'activité professionnelle, 47,7% des femmes déclarent exercer ou avoir exercé une profession (versus 89,7% en métropole), 22,0% ont exercé une activité durant la grossesse (versus 69,8%) et 18,8% des femmes étaient en activité en fin de grossesse (versus 67,9%) (Tableau 4). Le travail informel est répandu en Guyane et concerne un grand nombre de femmes, entraînant des revenus non réguliers. Les taux d'activité et d'emploi sont faibles et masquent une économie informelle développée : par exemple les activités agricoles dans les abattis sont menées par les femmes au foyer (INSEE, 2017). Les données de RIGI 2019 confirment ce résultat : trois femmes sur quatre en âge de travailler, c'est-à-dire âgées entre 15 et 64 ans, ne travaillent pas. Sur le plan économique, dans l'ENP2021, moins de la moitié des ménages déclarent disposer de revenus liés à une activité professionnelle (versus 89,5% en métropole) et 48,1% des ménages ont un revenu mensuel inférieur strict à 1000 euros nets par mois (contre 7,5% en France métropolitaine). Près de 41% des femmes déclarent « ne pas y arriver sans faire de dettes » ou « y arriver difficilement » (versus 9,6%) (Tableau 5). La part des femmes sans aucune ressource est de 22,6% en Guyane versus 1,3% en France métropolitaine. Les femmes sont couvertes par la protection maladie universelle (PUMa) dans 73,6% des cas (versus 96,3% en métropole) et ne disposent pas de couverture maladie complémentaire dans 50,0% des cas (versus 7,0%). Un indice de précarité a été calculé (Opatowski et al., 2016) en prenant en compte les quatre critères suivants : 1) ne pas vivre en couple 2) percevoir le RSA 3) être bénéficiaire de l'AME ou ne pas avoir d'assurance sociale, 4) ne pas avoir de logement personnel. La part des femmes défavorisées (indice=2) et très défavorisées (indice=3) est respectivement de 22,6% et 16,1% en Guyane contre 3,9% et 1,3% en métropole (Tableau 5).

II-1-2 Contexte de la grossesse

Près d'un tiers des femmes déclare ne pas utiliser de méthode contraceptive avant la grossesse contre 11,8% en métropole (Tableau 6). La pilule est la dernière méthode contraceptive utilisée par 25,8% des femmes en Guyane (versus 52,6% en métropole). Le motif principal d'arrêt de la contraception est le souhait d'avoir un enfant dans 36,5% des situations, suivi d'un arrêt car la méthode ne convenait pas dans 34,9% des cas (versus respectivement 70,9% et 14,3%) (Tableau 6). A la découverte de la grossesse, 54,8% des femmes ayant accouché en Guyane se déclaraient heureuses d'être enceinte « maintenant » (versus 71,4% en métropole) et 29,0% des femmes auraient préféré ne pas être enceinte (versus 4,0%) (Tableau 7). Les femmes se sont senties aussi bien durant leur grossesse en Guyane qu'en métropole (57,0% versus 63,2%) ; la part des femmes déclarant avoir eu le sentiment d'être triste, déprimée, sans espoir durant deux semaines consécutives était de 33,7% en Guyane et de 25,6% en France métropolitaine (différence non significative). Toutefois, les données de l'enquête ne permettent pas de définir la part de ces symptômes liés au contexte pandémique. Cependant, de nombreuses études ont montré l'impact de la pandémie sur les syndromes dépressifs aussi bien en population générale, que chez des femmes enceintes (Renaud-Charest et al., 2021).

L'indice de masse corporelle n'a pu être calculé que pour environ 75% des femmes ayant accepté l'entretien. Sur le plan du statut pondéral, bien que la différence entre la Guyane et la France métropolitaine ne soit pas statistiquement significative, les données montrent que les femmes ayant accouché en Guyane pèsent plus souvent 80 kg ou plus avant la grossesse (29,5% versus 17,8% en métropole) (Tableau 8). Cette tendance est décrite dans nombre d'études et notamment selon Hcini et al. (2021) : plus de 30 % des femmes qui accouchent en Guyane ont un IMC supérieur ou égal à 30. D'après les données de l'ENP 2021, les femmes en Guyane prennent moins de poids que les femmes ayant accouché en France métropolitaine (Tableau 8), ce qui est cohérent avec un poids avant grossesse plus élevé.

II-1-3 Surveillance prénatale et mesures de prévention

En Guyane, moins de 10% des femmes sont fumeuses un an avant la grossesse (versus 27,3% en métropole), et environ 60% déclarent avoir consommé au moins une fois de l'alcool un an avant la grossesse, comme en France métropolitaine. Les professionnels en Guyane ont moins souvent posé la question sur la consommation de tabac aux femmes (82,8% contre 92,0%). A contrario, ils ont tendance à interroger plus fréquemment les femmes sur leur consommation d'alcool (81,7% versus 73,9% mais cette différence n'est pas significative). Les femmes sont 35,2% à avoir reçu le conseil de ne pas boire du tout et de diminuer leur consommation (versus 22,0% en métropole).

Concernant l'entourage proche, on n'observe pas de différence avec la France métropolitaine : les femmes ayant accouché en Guyane se déclarent très bien entourées dans 51,1% des cas (versus 63,1%) et peu ou pas du tout entourées dans 12,0% des situations (versus 9,5%) (Tableau 10).

En Guyane, un carnet de maternité spécifique a été développé, et est remis par les professionnels de santé responsables du suivi des grossesses aux femmes pour faciliter leur prise en charge. Ainsi, elles sont près de 70% à avoir reçu le carnet de maternité (versus 40,4% en France métropolitaine), essentiellement via des praticiens libéraux (Tableau 10). Les femmes déclarant ne pas l'avoir reçu ont soit été suivies par un professionnel libéral qui n'utilise pas le carnet de maternité soit n'ont pas bénéficié d'un suivi adéquat (suivi tardif ou pas de suivi). Des analyses complémentaires seraient nécessaires afin de mieux cerner l'usage de ce carnet, qui idéalement, devrait être remis à 100% des femmes. L'entretien avec une assistante sociale durant la grossesse ne présente pas de différence significative entre les deux territoires : les femmes sont 11,8% à en avoir bénéficié en Guyane.

Les femmes ayant accouché en Guyane ont plus souvent bénéficié de visites à domicile par une sage-femme en anténatal (35,2% versus 18,5% en métropole) mais seules 16,1% déclarent avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce (EPP) (versus 36,5%) et 42,9% de séances de préparation à la naissance et à la parentalité (versus 80,2% pour les primipares). Depuis le 1er mai 2020, l'EPP est rendu obligatoire (JORF, 2019), ce qui devrait tendre vers une augmentation de sa réalisation en Guyane.

Le principal professionnel qui suit les grossesses en Guyane est la sage-femme libérale dans 40,4% des cas (versus 22,9% en France métropolitaine) (Tableau 11). Les femmes ayant accouché en Guyane ont moins souvent consulté l'équipe de la maternité avant leur accouchement (85,6% versus 94,9%), situation probablement expliquée par l'organisation des soins sur le territoire guyanais et notamment par l'éloignement d'une partie de la population des maternités. En revanche, les femmes ont autant consulté en urgence pour un motif lié à la grossesse, dans environ 50% des cas. Près de 750 femmes par an suivies dans les communes de l'intérieur de la Guyane réalisent leur suivi obstétrical dans les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) de leur commune, sans accès au service de la maternité avant leur transfert au début du 9^{ème} mois de grossesse en vue de leur accouchement dans les maternités du littoral. Pour rappel, la forêt amazonienne couvre 95% de ce vaste département. D'importantes distances séparent les structures de soins. Les femmes vivant en communes isolées (Maripasoula, Grand Santi, Ouanary et Camopi) sont souvent suivies au CDPS par les sages-femmes quel que soit leurs antécédents ou le déroulé de leur grossesse. Il existe également des PMI dans des communes qui assurent des suivis de grossesse. Les échographies sont faites sur place et les femmes sont orientées au centre hospitalier de Cayenne ou de Saint-Laurent du Maroni si un besoin d'exploration supplémentaire (échographie référent, geste invasif, cerclage ...) est nécessaire. A l'approche du terme, les femmes sont orientées au centre hospitalier référent pour l'accouchement. Les CDPS ne sont pas destinés à réaliser des accouchements sur place.

En Guyane, les femmes ont eu en moyenne 5,0 échographies durant leur grossesse contre 6,3 en France métropolitaine. En Guyane, 53,8% des femmes déclarent avoir bénéficié d'une mesure de la clarté nucale (versus 90,2% en métropole) et 30,1% des femmes déclarent ne pas savoir si elles ont bénéficié de cette

mesure échographique (versus 5,7%). Il en est de même concernant le dépistage de la trisomie 21 : 64,5% déclarent en avoir bénéficié (versus 90,9% en métropole). Les femmes en Guyane sont plus nombreuses à ne pas avoir eu ce dépistage (19,4% versus 7,5%) ou ne pas savoir si elles en avaient bénéficié (16,1%, versus 1,7%). Les données des ENP 2010 et 2016 avaient permis d'identifier que le dépistage de la trisomie 21 était moins souvent réalisé chez les femmes nées hors de France et que celui-ci leur était moins souvent proposé (Anselem et al., 2021). Les femmes en Guyane ont autant bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel qu'en métropole (environ ¾ des femmes). Pourtant un protocole régional préconise de dépister toutes les femmes enceintes sur le territoire guyanais contrairement aux recommandations nationales qui se basent sur des facteurs de risque (CNGOF, 2010). Ce résultat est donc partiellement satisfaisant.

Les femmes sont autant immunisées contre la toxoplasmose (30,7% en Guyane versus 24,7% en France métropolitaine). En revanche, le dépistage du cancer du col de l'utérus est moins souvent réalisé en Guyane (43,0% versus 61,2%) ; cette différence peut probablement s'expliquer en partie par l'âge des femmes (plus de femmes de moins de 30 ans en Guyane), ce qui semble en accord avec les recommandations (HAS, 2020). Les femmes prennent moins souvent de l'acide folique en prévention des anomalies de fermeture du tube neural avant la grossesse (<10% en Guyane versus 28,3% en métropole).

Des questions évaluant la littératie en santé des femmes durant la grossesse ont été posées pour la première fois dans le cadre de l'enquête. L'ENP a reçu l'autorisation de l'université australienne Swinburne University of Technology pour l'exploitation du module 6 (Capacité à s'engager avec les professionnels de santé) du questionnaire HLQ (Health Literacy Questionnaire), validé en français (Osborne et al., 2013; Debussche et al., 2018). Cinq questions étaient posées aux femmes et chaque item côté de 1 à 5. Un score inférieur à 3,5 traduit un faible niveau de littératie. Ce score a été calculé pour les femmes ayant accepté de répondre à l'entretien, et plus de 25% des femmes en Guyane sont donc exclus de ce calcul (contre 13% en métropole). Les résultats sont rapportés dans le tableau 13 ; la moyenne des 5 items est de 4,1 (versus 4,5 en France métropolitaine) avec 12,4% des femmes de l'enquête présentant un score inférieur à 3,5 (versus 5,6%).

II-1-4 Antécédents, pathologies et complications de la grossesse

Les antécédents familiaux de diabète sont comparables sur les deux territoires et concernent un peu moins d'un quart des femmes. En revanche, les femmes ayant accouché en Guyane sont 21,3% à avoir un antécédent d'interruption volontaire de grossesse (versus 15,2% en France métropolitaine), 26,6% accouchent d'un enfant pour la première fois (versus 41,3%). Elles ont également des antécédents obstétricaux plus sévères qu'en métropole (19,1% d'antécédent d'accouchement prématuré versus 6,2%). Toutefois, les antécédents de césarienne sont comparables : 23,7% des femmes ayant accouché en Guyane sont concernés (20,7%).

Les femmes en Guyane sont hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré dans 11,7% des cas et

reçoivent des corticoïdes à visée de maturation pulmonaire en anténatal dans 14,1% des cas (versus 4,8% et 4,8% en métropole) (Tableau 15). Les recommandations d'usage des corticoïdes (CNGOF, 2016) semblent bien suivies puisque toutes les femmes concernées en Guyane ont bénéficié d'une injection avant 34 SA comme recommandé.

Une hypertension artérielle avec ou sans protéinurie a été diagnostiquée pendant la grossesse chez 14,1% des femmes en Guyane (versus 4,3% des femmes en France métropolitaine). En Guyane, le protocole prévoit une surveillance à domicile des femmes en cas de prééclampsie légère. Toutefois, l'isolement géographique, l'absence d'une adresse fixe, de suivi de grossesse ou encore d'une couverture sociale conduisent à plus d'hospitalisation pour évaluation initiale. Ainsi, d'après les données de l'ENP 2021, l'ensemble des femmes avec une HTA en Guyane ont été hospitalisées (versus 65% des femmes en métropole). Ce chiffre en Guyane peut s'expliquer par la spécificité de l'offre de soins périnatale dans ce département. En effet, il ne compte qu'une seule maternité de type III alors que le territoire est très vaste (1/6e de la superficie de la métropole) et l'éloignement des patientes des communes de l'intérieur engendre des prises en charge spécifiques. Les femmes présentant une HTA pendant la grossesse peuvent aussi avoir d'autres complications pendant la grossesse et ainsi justifier l'hospitalisation prénatale.

La fréquence du diabète gestationnel (tout traitement confondu) est de 12,5% en Guyane, comparable à la France métropolitaine (16,4%). Ce résultat doit être approfondi, pour notamment prendre en compte la différence de distribution de l'âge des femmes.

Une anémie définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl a été diagnostiquée chez 66,4% des femmes durant la grossesse soit plus de 2 fois qu'en métropole (25,2%) (Tableau 15). Cette pathologie pourrait favoriser certaines complications obstétricales, en particulier la survenue d'une dépression du post-partum (Guignard et al., 2021).

II-1-5 Travail et accouchement

En Guyane, lors de l'enquête en 2021, le secteur public représente la quasi-totalité de l'activité. Les maternités de plus de 3000 accouchements annuels accueillent 89,1% des femmes (Tableau 16). Tous les types de maternité sont présents en Guyane : lors de la semaine d'enquête, le niveau IIB a généré 50,8% de l'activité, ce qui est relativement inhabituel puisqu'annuellement le niveau III réalise plus de 50% des accouchements. En 2021, d'après les données de RIGI, 8205 naissances ont eu lieu en Guyane : 4008 survenues dans le type III (soit 48,8%) et 3340 dans le IIB (40%). La semaine de l'étude ne correspond donc pas à une semaine complètement représentative des naissances annuelles en Guyane.

Le temps de transport et mode de transport pour venir accoucher ne sont pas présentés en raison des spécificités organisationnelles de ce territoire, le questionnaire de l'ENP n'étant pas adapté à cette problématique en Guyane (transport hélicoptéré entre les communes et les maternités de l'ouest et l'est

guyanais ou transport par pirogue).

Les femmes ayant accouché en Guyane étaient 12,1% à avoir des demandes particulières relatives à l'accouchement (écrites ou orales) alors qu'elles étaient 30,1% en France métropolitaine et ont pu les exprimer dans 100% des cas (versus 92,5%) (Tableau 17). Du fait des effectifs, le taux de projet de naissance écrit ne peut pas être présenté isolément pour la Guyane.

Le mode de début de travail ne présente pas de différence significative : le déclenchement est programmé dans 27,3% des accouchements en Guyane (pour 25,8% des accouchements en métropole) (Tableau 17). La rupture de la poche des eaux parmi les femmes en travail spontané survient le plus souvent pendant la phase de travail (44,2% versus 34,0%). L'oxytocine est deux fois moins utilisée en cours de travail (15,2% au cours du travail spontané en Guyane versus 30,0%), en accord avec les recommandations (Dupont et al., 2017; HAS, 2018). Les femmes reçoivent plus d'antibiotiques durant le travail (40,8% versus 28,9% en métropole) (Tableau 18). Les indications de mise en place d'une antibiothérapie durant le travail sont très encadrées en Guyane. Ainsi, ce résultat nécessiterait d'être investigué en particulier afin de savoir notamment si les femmes sont plus porteuses de Streptocoque B qu'en métropole, donnée non disponible dans l'ENP. Les modalités d'accouchement sont comparables : le taux de césarienne est de 22,9% en Guyane (21,4% en France métropolitaine) et légèrement supérieur aux données provisoires du RIGI de 2021 (17,1 %). D'après les données de l'ENP 2021, les sages-femmes réalisent 60,6% du total des naissances (taux comparable à la métropole, 57,1%) (Tableau 18). Les déchirures périnéales, tout degré confondu, surviennent chez 37,1% des femmes en Guyane (versus 59,9%). Le recours à l'épisiotomie semble exceptionnel en Guyane, mais le pourcentage exact ne peut pas être présenté en raison d'un effectif trop faible. A titre de comparaison et d'après les données du RIGI de 2019, 203 épisiotomies avaient été pratiquées sur ce territoire, ce qui correspondait à 2,5% des naissances et les déchirures périnéales concernaient 29,3% des accouchements. La survenue d'une hémorragie du post-partum, définie par une perte \geq à 500ml, est décrite chez 9,9% des femmes en Guyane, taux comparable à la métropole (11,5%) (Tableau 18).

Moins de la moitié des femmes en Guyane souhaitent, à priori, avoir une péridurale durant le travail (versus 83,5% en métropole) et 43,4% ont bénéficié d'une analgésie durant le travail (péridurale, rachianesthésie ou méthode combinée) en cas de tentative d'accouchement par voie basse spontanée (versus 85,0% en métropole) (Tableau 19). Le taux d'auto-administration de l'analgésie par pompe type PCEA (patient controlled epidural analgesia) est plus faible en Guyane qu'en France métropolitaine (53,3% versus 74,2%) (Tableau 19). L'efficacité de la péridurale pour soulager la douleur est comparable dans les 2 territoires (68,6% des femmes en Guyane se disent satisfaites ou très satisfaites versus 76,5%) (Tableau 19). Les méthodes moins « conventionnelles » pour soulager la douleur sont plus utilisées en Guyane. En effet, 55,7% des femmes ont eu recours à une méthode médicamenteuse et notamment un gaz à respirer (29,1% des accouchements) et 60,3% à une méthode non médicamenteuse (telle que la mobilisation, les massages, etc.)

(versus 28,9%, 10,0% et 49,2% respectivement pour la France métropolitaine) (Tableau 19). Les recommandations françaises et européennes autorisent l'ingestion de boissons durant le travail, contrairement aux aliments solides (Singata et al., 2013; HAS, 2018). Les femmes en Guyane sont 39,5% à avoir consommé des boissons ou des aliments durant le travail (versus 60,2%). La satisfaction globale (femmes « très satisfaites » ou « satisfaites ») quant aux méthodes utilisées pour gérer la douleur des contractions est de 80,2% en Guyane contre 90,3% en France métropolitaine (Tableau 20).

Dans l'ENP 2021, un point d'attention particulier a été porté sur la douleur ressentie par les femmes au moment de l'accouchement. Lors de l'entretien, il était demandé aux femmes de coter leur douleur à l'aide d'une échelle numérique (entre 0, pas de douleur jusqu'à 10, douleur maximale). Classiquement, une douleur cotée entre 4 et 6 correspond à une douleur forte et une douleur cotée entre 7 et 10 correspond à une douleur insupportable. La douleur ressentie par les femmes au moment de la naissance de leur enfant en Guyane est très élevée : 62,7% décrivent une douleur insupportable (versus 40,8%) (Tableau 20). Ce résultat peut en partie s'expliquer par un moindre recours à la péridurale durant le travail. Les résultats des analyses stratifiées selon l'analgésie et le recours à un instrument, ne peuvent être présentées du fait des faibles effectifs.

II-1-6 État de santé des nouveau-nés

Deux spécificités locales sont à considérer lors de l'interprétation des résultats : la réanimation active du grand prématuré commence à 24-25 semaines d'aménorrhée. Les nouveaux-nés qui naissent avant 25 semaines ne sont qu'exceptionnellement réanimés. Par ailleurs, les parturientes guyanaises ne sont que rarement demandeuses d'interruption médicale de grossesse pour raison fœtale, même en présence parfois de pathologie grave. Ainsi des nouveau-nés porteurs de malformations graves, incompatibles avec la vie vont venir majorer le taux de mortinatalité déjà élevé dans ce territoire.

L'état de santé à la naissance des enfants nés en Guyane est préoccupant : la répartition de l'âge gestationnel à l'accouchement est différente entre la Guyane et la métropole. En effet, le taux de prématurité (âge gestationnel < 37 semaines d'aménorrhées) est deux fois plus élevé en Guyane. Il atteint 16,0% contre 7,0% en métropole (Tableau 21). Ce taux élevé est décrit depuis les années 1980 et reste stable aux environs de 13,5% (Leneuve-Dorilas et al., 2020). De même, les enfants pesant moins de 2 500 grammes à la naissance sont 12,3% en Guyane contre 7,1% en France métropolitaine et les petits poids pour l'âge gestationnel représentent 17,8% des naissances en Guyane contre 11,0% en métropole (Ego et al., 2016) (Tableau 21). Le score d'Apgar calculé à cinq minutes de vie est inférieur ou égal à 7 pour 9,3% des nouveau-nés en Guyane (versus 2,5%) (Tableau 22), plus d'enfants bénéficient de ventilation en salle de naissance (13,7% versus 7,7%) (Tableau 23). Mais, il est à noter que le pH artériel est comparable, supérieur strict à 7,15 pour plus de 88% des naissances (Tableau 23.) Le pourcentage d'enfants transférés (15,6% en Guyane versus 11,0% en métropole) est comparable.

La suspicion d'infection néonatale bactérienne précoce est fréquente - mais les infections avérées rares, de 0,8 à 1 pour 1 000 naissances vivantes. Ces suspicions d'infection génèrent la réalisation d'exams complémentaires superflus ainsi qu'une prescription trop fréquente d'antibiotiques (Sikias et al., 2015). Conformément aux recommandations de 2017 (SFN et SFP, 2017), aucun prélèvement bactériologique n'a été réalisé à la naissance pour les nouveau-nés en Guyane (versus 10,3% en France métropolitaine).

Au moment de la naissance, la femme était entourée par une personne de son entourage (partenaire ou autre personne) dans 61,3% des cas quel que soit le mode d'accouchement (versus 88,7%) et par le partenaire dans 40,8% des cas d'accouchement par voie basse (versus 89,5%) (Tableau 24). Cette différence peut s'expliquer par le statut des femmes (femmes ne vivant pas en couple) et par l'organisation des soins en Guyane : en cas d'hospitalisation anténatale, de transfert vers un niveau adapté ou encore dans le cas spécifique des accouchements des patientes des communes isolées, le partenaire est souvent absent en raison des distances importantes qui séparent les lieux de vie des maternités. Les maternités ne disposent pas de moyens pour assurer l'hébergement du conjoint en suite de naissance ou lors d'une hospitalisation pendant la grossesse. Ainsi, les co-parents ne sont pas autorisés à rester à la maternité en dehors des heures de visite. Tout type d'accouchement confondu, le contact peau à peau a été réalisé pour 76,9% des couples mères-enfants en Guyane (versus 88,9%) (Tableau 24).

Concernant l'alimentation de l'enfant, les femmes en Guyane étaient 52,3% à avoir choisi le mode durant la grossesse et 31,8% avant la grossesse (versus 31,7% et 62,8% en France métropolitaine) (Tableau 25). Parmi les femmes ayant choisi le mode d'alimentation avant la naissance, plus de 85% d'entre elles ont choisi un allaitement maternel, exclusif ou mixte (versus 73,2%) ; 50,0% d'entre elles envisageaient d'allaiter plus de 6 mois (versus 44,5%), mais 23,4% n'ont pas décidé de la durée d'allaitement (versus 13,3%). La part des enfants ayant été mis au sein dans les deux heures suivant la naissance est de 55,7% (versus 69,7% en métropole). Lors de l'entretien à la maternité, les femmes sont plus de 85,0% à déclarer allaiter leur enfant, versus 69,7% en France métropolitaine. Elles sont 29,1% à déclarer avoir reçu des conseils sur le mode de couchage de leur enfant (versus 52,6%) (Tableau 25).

II-1-7 Séjour en maternité de la mère et du nouveau-né en post-partum

La part des séjours de 5 jours et plus est de 37,5% en Guyane (versus 16,1%) (Tableau 26). Cette prolongation de la durée de séjour s'explique par plusieurs facteurs : 1) un taux de prématurité plus important, 2) une sortie retardée en cas d'absence de couverture sociale, 3) une sortie retardée en cas d'absence de moyen de transports pour regagner le domicile. De plus, l'objectif est d'éviter au maximum les réhospitalisations

maternelles et/ou pédiatriques, difficiles à organiser. En cas d'accouchement par voie basse, les durées de séjour sont comparables (Tableau 26).

PARTIE III - RESULTATS SUR LES ETABLISSEMENTS

Depuis le 9 octobre 1998 (JOFR, 1998), deux décrets dits « décret de périnatalité » définissent les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement auxquels doivent répondre les établissements de gynécologie-obstétrique, dans l'objectif d'assurer la qualité et la sécurité des prises en charge qui y sont prodiguées. Ces règles concernent les personnels, les locaux et l'organisation. Ainsi, quatre types de maternités ont été définis, correspondant à trois niveaux de spécialisation des soins pour les nouveau-nés. Les maternités de type I accueillent les grossesses physiologiques ; celles qui disposent d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique sont de type IIA ou de type IIB. Les maternités de type IIB ont des lits dédiés aux soins intensifs en néonatalogie, contrairement au type IIA. Les maternités de type III sont en mesure de prendre en charge les grossesses « à risque », avec un service de réanimation néonatale et un service de néonatalogie.

III-1 Présentation générale des établissements en Guyane

En Guyane, lors de l'enquête, il y avait 4 établissements, 3 publics non universitaires et 1 privé. Ce dernier présentait une baisse d'activité en 2021 et a fermé fin 2021.

Il est à noter que 18 centres délocalisés de prévention et de soins existent dont 3 (à Maripasoula, Grand-Santi et Saint-Georges) ont des effectifs de sages-femmes 24h/24 et la possibilité de réaliser des accouchements et la prise en charge néonatale en cas de naissance inopinée.

Tous les types sont représentés (un de type I, 2 de type II, un de type III). Deux maternités réalisent moins de 1000 accouchements annuels et deux en réalisent plus de 3000 pour un volume de naissances annuel de 8205 en 2021.

III-1-1 Les équipements

Trois maternités sur 4 sont équipées d'une pièce pour regrouper les nouveau-nés la nuit et trois d'un service de néonatalogie (en lien avec les autorisations d'exercice de l'obstétrique). Seule une seule maternité déclare l'implantation d'une unité kangourou.

Concernant le bloc obstétrical pour réaliser des césariennes, deux maternités déclarent disposer d'un bloc dans le secteur naissance, dédié aux césariennes, un contigu au secteur naissance, inclus dans le bloc opératoire commun à plusieurs spécialités et un bloc non contigu.

Trois maternités sur quatre disposent d'une salle de réveil 24h/24 et d'une salle de surveillance continue ; deux déclarent avoir un service de réanimation adulte sur site. Les services les plus proches des deux autres maternités sont respectivement situés à 5 et 60 kilomètres.

Une seule maternité est équipée pour accueillir les femmes à mobilité réduite.

Aucune maternité ne dispose d'un espace physiologique.

III-1-2 Le dossier médical et le codage du PMSI

Trois maternités ont recours à un dossier à la fois papier et informatisé. Pour une seule maternité, le dossier informatisé est commun avec une partie des structures mais non partagé. Les autres dossiers informatisés ne sont ni communs ni partagés.

Le codage des séjours maternels et/ou de l'enfant est réalisé par un médecin sénior dans trois maternités et par une sage-femme dans une maternité. Une personne du Département d'Information Médicale (DIM) est également sollicitée dans une maternité pour les deux types de codage.

III-2 Le personnel en salle de naissance

III-2-1 Personnel médical

Toutes les maternités disposent d'un médecin de garde ou d'astreinte qualifié pour réaliser une césarienne. Une seule maternité déclare la présence d'interne en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie.

En moyenne, 2,8 sages-femmes sont de garde de jour en semaine dans les maternités en Guyane en salle de naissance. Le système d'astreinte n'est pas mis en place sur le territoire. Les sages-femmes de la salle de naissance le jour en semaine s'occupent des urgences obstétricales dans trois maternités sur quatre, des urgences gynécologiques dans un établissement et de consultation de fin de grossesse dans deux maternités.

III-2-2 Personnel paramédical

En moyenne, 2,5 aides-soignantes et/ou auxiliaires de puériculture sont présentes en salle de naissance le jour en semaine. Les maternités en Guyane n'ont pas recours aux infirmières quel que soit leur spécialité en salle de naissance.

III-2-3 Recours à des intérimaires et/ou vacataires

Deux maternités ont occasionnellement recours à des vacataires et/ou intérimaires médecin en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie (à savoir une fois par mois ou moins), une à des anesthésistes-réanimateurs occasionnellement et une tous les jours avec des professionnels habitués au service. Concernant les sages-

femmes, deux maternités déclarent recourir une fois par mois ou moins à des vacataires et/ou intérimaires et une tous les jours, avec des professionnels habitués au service.

III-2-4 Prise en charge psychologique

Les 4 maternités déclarent avoir recours à une psychologue : trois en interne (avec ou sans temps dédié à la maternité) et une en externe via un centre médico-psychologique. Trois maternités ont à disposition un psychiatre (deux en interne sans temps dédié et une en externe via un autre établissement de santé) et deux établissements ont recours à un pédopsychiatre en interne sans temps dédié à la maternité.

III-2-5 Prise en charge sociale

Les 4 maternités ont recours à une assistante sociale dont trois dédiées au service.

III-3 Les prises en charge particulières

III-3-1 Les consultations spécialisées

A propos des consultations spécialisées en tabacologie, addictologie et autre type d'addiction, deux maternités les proposent dans leur service ou dans l'hôpital et deux ne disposent pas de circuit organisé. Une consultation de nutrition est possible dans les quatre structures et accessible uniquement aux femmes diabétiques dans un établissement.

III-3-2 Le dépistage de la covid-19

Les quatre maternités ont organisé un dépistage systématique de la covid-19 par un test antigénique à la maternité (*déclaration au 1^{er} janvier 2021*).

III-3-3 Les situations de précarité, de vulnérabilité et population non francophone

Trois établissements déclarent avoir recours à une PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) de manière systématique pour faciliter la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ou de vulnérabilité.

Une maternité dispose d'une consultation avec un interprète pour faciliter la prise en charge des populations non francophones et trois maternités ont ponctuellement recours à du personnel interne, sans liste formalisée.

III-3-4 Les liens avec la PMI

La protection maternelle et infantile (PMI) n'est pas en lien avec un établissement ; une personne de la PMI (sage-femme, puéricultrice ...) passe régulièrement pour faire le lien avec le personnel d'un établissement et la PMI est présente au sein des Staffs pluridisciplinaires de trois maternités. Aucune convention ne lie la PMI et les établissements.

Trois maternités informent systématiquement les femmes en suites de naissance sur les rôles et les moyens de contacter la PMI.

III-4 La prise en charge en salle de naissance et post-natale

Trois maternités déclarent ne proposer que rarement la rédaction d'un projet de naissance ; une systématiquement.

Deux maternités ont une référente en allaitement maternel dont une seule est spécifiquement formée.

Pour le dépistage de la surdité néonatale, les 4 maternités utilisent les potentiels évoqués auditifs automatiques (PEAA) puis PEAA en cas de premier test non concluant. Toutes les maternités ont une procédure de rattrapage en cas de non-réalisation du test à la maternité.

En cas de sortie précoce, le dépistage sanguin néonatal systématique est essentiellement réalisé avant la sortie à J2 dans la maternité (trois maternités sur quatre) mais il peut aussi être réalisé à domicile par une sage-femme libérale (3/4 maternités). Une seule permet le retour à la maternité pour réaliser le test.

Les 4 établissements proposent aux femmes un accompagnement par une sage-femme libérale (hors cadre du PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile)) après leur retour à domicile.

Une fiche de liaison maternité-ville est systématiquement remise aux femmes et les coordonnées d'un professionnel de la maternité sont notés pour trois établissements.

PARTIE IV - Figure et Tableaux

Figure 1 : Participation

	Guyane	France métropolitaine
Nombre de naissances vivantes	131	12 821
Nombre de femmes concernées	128	12 614
Entretien et dossier médical	93	10 913
Entretien seul	0	45
Dossier médical seul ⁽³⁾	35	1 130
Questionnaire minimal ⁽³⁾	0	435
Refus de toutes les parties ⁽³⁾	0	91
Si entretien, suivi à 2 mois accepté	81	9 912
Si entretien, suivi à 2 mois réalisé	39	7 399

(1) En cas de naissances multiples avec des issues différentes (par exemple IMG et naissance vivante), la femme est comptabilisée pour la naissance vivante

(2) Opposition possible à toutes les parties, y compris le questionnaire minimal

(3) Les deux principaux motifs de non participation à l'entretien :

Problème de langue, n= 26 en Guyane, n=345 en métropole

Refus, n=11 en Guyane, n=1 016 en métropole

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques des femmes, des accouchements et des nouveau-nés avec les données du RIGI ⁽¹⁾

	RIGI 2019		ENP2021		
	n	%	n	%	IC à 95%
Femmes	7 914		128		
Naissances vivantes	8 036		131		
Age maternel ⁽²⁾					
< 15 ans	44	0,6	-		
15-19	1 003	12,6	16	12,5	7,3 - 19,5
20-29	3 613	45,6	60	46,9	38 - 55,9
30-34	1 667	21,1	27	21,1	14,4 - 29,2
≥ 35	1 587	19,1	25	19,5	13,1 - 27,5
	(7 914)		(128)		
Primipares ⁽²⁾	2 243	28,3	34	26,6	19,2 - 35,1
	(7 914)		(128)		
Nbre d'échographies ≤ 3 ⁽²⁾	4 918	44,2	24	26,4	17,7 - 36,7
	(7 014)		(91)		
Suivi de la grossesse par un gynécologue-obstétricien ⁽²⁾	2 216	30,8	28	31,5	22,0 - 42,2
	(7 182)		(89)		
Accouchement sans anesthésie ^(2,3)	5 020	78,6	58	63,0	52,3 - 72,9
	(6 385)		(92)		
Accouchement par césarienne ⁽⁴⁾	1 591	19,8	30	22,9	16,0 - 31,1
	(8 036)		(131)		
Prématurité ⁽⁴⁾	901	11,2	21	16,0	10,2 - 23,5
	(8 036)		(131)		
Poids de naissance < 2500 g ⁽⁴⁾	958	11,9	16	12,3	7,2 - 19,2
	(8 035)		(130)		

(1) RIGI = Registre d'issue de grossesse informatisé de la Guyane

(2) Rapporté au nombre de femmes avec naissance vivante

(3) Parmi les voies basses

(4) Rapporté au nombre de naissances vivantes

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des femmes ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Âge de la femme ⁽²⁾				<0,0001			
15-17 ans	16	12,5	7,3 - 19,5		22	0,2	0,1 - 0,3
18-19					129	1,1	0,9 - 1,3
20-24	25	19,5	13,1 - 27,5		1 242	10,3	9,7 - 10,8
25-29	35	27,3	19,8 - 35,9		3 408	28,2	27,4 - 29,0
30-34	27	21,1	14,4 - 29,2		4 312	35,7	34,8 - 36,6
35-39	25	19,5	13,1 - 27,5		2 314	19,2	18,5 - 19,9
≥ 40					655	5,4	5,0 - 5,8
	(128)			(12 082)			
Moyenne ± écart-type	28,0	±	6,9		30,9	±	5,3
Statut marital ⁽²⁾				<0,0001			
Mariée	18	19,6	12,0 - 29,2		4 145	38,2	37,3 - 39,1
Pacsée					2 422	22,3	21,6 - 23,1
Célibataire	74	80,4	70,9 - 88,0		4 278	39,4	38,5 - 40,4
	(92)			(10 845)			
Vie en couple ⁽²⁾				<0,0001			
Oui, dans le même logement	50	53,8	43,1 - 64,2		10 084	92,1	91,6 - 92,6
Oui, dans des logements différents	17	18,3	11,0 - 27,7		304	2,8	2,5 - 3,1
Non	26	27,9	19,1 - 38,2		561	5,1	4,7 - 5,6
	(93)			(10 949)			
Logement en fin de grossesse ⁽²⁾				<0,0001			
Logement personnel	50	53,8	43,1 - 64,2		10 251	93,7	93,3 - 94,2
Famille, amis et autre	43	46,2	35,8 - 56,9		684	6,3	5,8 - 6,7
	(93)			(10 935)			

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 3 : Niveau d'études et origine des femmes ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				p	France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	n		%	IC à 95 %	
Nationalité ⁽²⁾					<0,0001			
Française	55	59,1	48,5 - 69,2			9 211	84,1	83,4 - 84,8
Autre nationalité	38	40,9	30,8 - 51,5			1 738	15,9	15,2 - 16,6
	(93)					(10 949)		
Pays de naissance ⁽²⁾					<0,0001			
France	53	57,0	46,3 - 67,2			8 585	79,0	78,3 - 79,8
Autre pays de naissance	40	43,0	32,8 - 53,7			2 276	21,0	20,2 - 21,7
	(93)					(10 861)		
Délai entre l'arrivée en France et l'accouchement ^(2,3)					0,5900			
≤ 1 an	}	16	42,1	26,3 - 59,2		130	6,1	5,1 - 7,2
2 à 5					678	31,7	29,8 - 33,8	
6 à 9					463	21,7	20,0 - 23,5	
≥ 10	}	22	57,9	40,8 - 73,7		865	40,5	38,4 - 42,6
					(38)	(2 136)		
Niveau d'études ⁽²⁾					<0,0001			
Non scolarisée, primaire	}	36	38,7	28,8 - 49,4		182	1,7	1,4 - 1,9
Collège (6ème à 3ème)					574	5,2	4,8 - 5,7	
Enseignement professionnel, court	}	16	17,2	10,2 - 26,4		1 313	12,0	11,4 - 12,6
Lycée, enseignement général					943	8,6	8,1 - 9,2	
Lycée, enseignement technologique					256	2,3	2,1 - 2,6	
Lycée, enseignement professionnel	}	25	26,9	18,2 - 37,1		1 171	10,7	10,1 - 11,3
Baccalauréat + 1 ou 2 ans					2 023	18,5	17,8 - 19,2	
Baccalauréat + 3 ou 4 ans	}	16	17,2	10,2 - 26,4		2 035	18,6	17,9 - 19,3
Baccalauréat 5 ans et plus					2 443	22,3	21,6 - 23,1	
	(93)					(10 940)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Pour les femmes nées à l'étranger et vivant en France ; délai calculé à partir de l'année d'arrivée en France

Tableau 4 : Activité et catégorie professionnelle des femmes ⁽¹⁾*(Naissances vivantes)*

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Profession de la femme ^(2,3,4)				<0,0001			
Oui (toutes catégories réunies)	42	47,7	37,0 - 58,7		9 550	89,7	89,1 - 90,3
Sans profession	46	52,3	41,4 - 63,0		1 097	10,3	9,7 - 10,9
	(88)				(10 647)		
Exercice d'un emploi pendant la grossesse ⁽²⁾				<0,0001			
Oui	20	22,0	14,0 - 31,9		7 636	69,8	68,9 - 70,7
Non	71	78,0	68,1 - 86,0		3 305	30,2	29,4 - 31,1
	(91)				(10 941)		
Situation de la femme en fin de grossesse ^(2,5)				<0,0001			
En activité	16	18,8	11,2 - 28,8		7 293	67,9	67,0 - 68,8
Au chômage	13	15,3	8,4 - 24,7		1 392	13,0	12,3 - 13,6
Femme au foyer	56	65,9	54,8 - 75,8		1 542	14,4	13,7 - 15,0
Autre situation				512	4,8	4,4 - 5,2	
	(85)				(10 739)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Codage automatisé de la profession à partir du programme SICORE (INSEE)

(4) Profession actuelle ou la dernière exercée

(5) En activité inclut arrêt de travail, arrêt maladie, chômage partiel à cause de la crise sanitaire;

Autre situation inclut étudiante, congé parental, congé sans solde

Tableau 5 : Ressources du ménage, couverture sociale des femmes et précarité ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Revenus du ménage liés à une activité professionnelle ⁽²⁾							
				<0,0001			
Oui	45	48,4	37,9 - 59,0		9 779	89,5	88,9 - 90,1
Non	48	51,6	41,0 - 62,1		1 144	10,5	9,9 - 11,1
	(93)				(10 923)		
Ressources du ménage ^(2,3)							
				<0,0001			
Allocation de retour à l'emploi (chômage)	13	14,0	7,7 - 22,7		1 787	16,4	15,7 - 17,1
RSA (Revenu de Solidarité Active)	28	30,1	21,0 - 40,5		751	6,9	6,4 - 7,4
Autres ressources (hors salaires)				309	2,8	2,5 - 3,2	
Salaires, yc prime d'activité	31	33,3	23,9 - 43,9		7 935	72,6	71,8 - 73,5
Aucune ressource	21	22,6	14,6 - 32,4		144	1,3	1,1 - 1,6
	(93)				(10 926)		
Montant mensuel des ressources du ménage ^(2,4)							
				<0,0001			
< 1000 €	38	48,1	36,7 - 59,6		774	7,5	7,0 - 8,0
≥ 1000	41	51,9	40,4 - 63,3		9605	92,5	92,0 - 93,0
	(79)				(10 379)		
Sentiment d'aisance financière ⁽²⁾							
				<0,0001			
N'y arrive pas sans faire de dettes	37	40,7	30,5 - 51,5		248	2,3	2,0 - 2,6
Y arrive difficilement				797	7,3	6,9 - 7,8	
C'est juste	19	20,9	13,1 - 30,7		3 460	31,8	31,0 - 32,7
Ca va	25	27,5	18,6 - 37,8		3 640	33,5	32,6 - 34,4
Plutôt / Vraiment à l'aise	10	11,0	5,4 - 19,3		2 722	25,0	24,2 - 25,9
	(91)				(10 867)		
Couverture sociale en début de grossesse ⁽²⁾							
				<0,0001			
PUMa (Protection Universelle Maladie)	67	73,6	63,4 - 82,3		10 521	96,3	95,9 - 96,6
AME (Aide Médicale d'Etat) - Autre	13	14,3	7,8 - 23,2		295	2,7	2,4 - 3,0
Aucune	11	12,1	6,2 - 20,6		110	1,0	0,8 - 1,2
	(91)				(10 926)		
Couverture maladie complémentaire ^(2,5)							
				<0,0001			
Mutuelle, assurance privée, institution de prévoyance	14	15,2	8,6 - 24,2		8 910	81,6	80,9 - 82,4
CSS (Complémentaire Santé Solidaire)	32	34,8	25,2 - 45,4		1 237	11,3	10,7 - 11,9
Aucune	46	50,0	39,4 - 60,6		768	7,0	6,6 - 7,5
	(92)				(10 915)		
Indice de précarité ^(2,6)							
				<0,0001			
0 (non défavorisé)	20	21,5	13,7 - 31,2		9 264	84,6	83,9 - 85,2
1	37	39,8	29,8 - 50,5		1 130	10,3	9,8 - 10,9
2	21	22,6	14,6 - 32,4		424	3,9	3,5 - 4,3
3 (très défavorisé)	15	16,1	9,3 - 25,2		138	1,3	1,1 - 1,5
	(93)				(10 956)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Si plusieurs sources de revenu, classement suivant l'ordre présenté ici

(4) Revenus après prélèvement à la source

(5) La CSS comprend l'Ex-CMU-C (Complémentaire Maladie Universelle Complémentaire et, l'ex-ACS (Aide au paiement de la Complémentaire Santé))

(6) Cumul des 4 critères suivants : ne pas vivre en couple, percevoir le RSA, être assurée par l'AME ou ne pas avoir d'assurance sociale, ne pas avoir de logement personnel

Tableau 6 : Contraception et consultation préconceptionnelle ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane			p	France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %		n	%	IC à 95 %
Dernière méthode de contraception utilisée ^(2,3)				<0,0001			
Aucune	30	32,3	22,9 - 42,8		1 290	11,8	11,2 - 12,4
Pilule	24	25,8	17,3 - 35,9		5 750	52,6	51,7 - 53,6
Dispositif intra-utérin	11	11,8	6,1 - 20,2		1 529	14,0	13,4 - 14,7
Implant, patch, anneau vaginal	15	16,1	9,3 - 25,2		557	5,1	4,7 - 5,5
Préservatif masculin	13	14,0	7,7 - 22,7		1 338	12,2	11,6 - 12,9
Retrait				308	2,8	2,5 - 3,2	
Autre méthode/Abstinence périodique				155	1,4	1,2 - 1,7	
	(93)				(10 927)		
Motif d'arrêt de la contraception ^(2,3,4)				<0,0001			
Souhait d'avoir un enfant	23	36,5	24,7 - 49,6		6 784	70,9	70,0 - 71,8
La méthode ne convenait pas	22	34,9	23,3 - 48		1 366	14,3	13,6 - 15,0
Etait enceinte (grossesse sous contraception)	18	28,6	17,9 - 41,4		858	9,0	8,4 - 9,6
Arrêt de la contraception lors de la dernière grossesse				320	3,3	3,0 - 3,7	
Autre motif ⁽⁵⁾				239	2,5	2,2 - 2,8	
	(63)				(9 567)		
Consultation en prévision de cette grossesse ⁽²⁾				0,0011			
Oui	20	21,5	13,7 - 31,2		4 145	37,9	37,0 - 38,8
Non	73	78,5	68,8 - 86,3		6 788	62,1	61,2 - 63,0
	(93)				(10 933)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Si plusieurs réponses, sélection selon l'ordre présenté ici

(4) Rapporté au nombre de femmes ayant déjà utilisé une méthode de contraception

(5) Autre = contre-indication médicale, mauvaise tolérance, mauvaise observance

Tableau 7 : Contexte psychologique durant la grossesse ⁽¹⁾*(Naissances vivantes)*

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Réaction à la découverte de la grossesse ⁽²⁾				0,0012			
Heureuse d'être enceinte maintenant	51	54,8	44,2 - 65,2		7 788	71,4	70,5 - 72,2
Grossesse souhaitée plus tôt	15	16,1	9,3 - 25,2		1 312	12,0	11,4 - 12,7
Grossesse souhaitée plus tard	27	29,0	20,1 - 39,4		1 374	12,6	12,0 - 13,2
Aurait préféré ne pas être enceinte				436	4,0	3,6 - 4,4	
	(93)				(10 910)		
État psychologique durant la grossesse ⁽²⁾				0,1190			
Bien	53	57,0	46,3 - 67,2		6 904	63,2	62,3 - 64,1
Assez bien	22	23,7	15,5 - 33,6		2 668	24,4	23,6 - 25,3
Assez mal	18	19,4	11,9 - 28,9		975	8,9	8,4 - 9,5
Mal				372	3,4	3,1 - 3,8	
	(93)				(10 919)		
Vécu de la grossesse							
Au moins 2 semaines consécutives, avec le sentiment d'être triste, déprimée, sans espoir ⁽²⁾				0,0785			
Oui	31	33,7	24,2 - 44,3		2 799	25,6	24,8 - 26,5
Non	61	66,3	55,7 - 75,8		8 115	74,4	73,5 - 75,2
	(92)				(10 914)		
avec une perte d'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs ⁽²⁾				0,3667			
Oui	21	22,8	14,7 - 32,8		2 083	19,1	18,4 - 19,9
non	71	77,2	67,3 - 85,3		8 818	80,9	80,1 - 81,6
	(92)				(10 901)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 8 : Poids et taille des femmes ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine				
	n	%	IC à 95 %		p	n	%	IC à 95 %	
Taille ⁽²⁾					0,2291				
< 160 cm	19	26,8	16,9	- 38,6		2 080	19,2	18,4	- 19,9
160-169	39	54,9	42,7	- 66,8		6 261	57,6	56,7	- 58,6
≥ 170	13	18,3	10,1	- 29,3		2 520	23,2	22,4	- 24,0
	(71)					(10 861)			
Poids avant la grossesse ⁽²⁾					0,0492				
<50 kg	}	25	32,1	21,9 - 43,6		708	6,5	6,1 - 7,0	
50-59					3 135	29,0	28,1 - 29,8		
60-69		17	21,8	13,2 - 32,6		3 231	29,8	29,0 - 30,7	
70-79		13	16,7	9,2 - 26,8		1 824	16,8	16,2 - 17,6	
≥ 80		23	29,5	19,7 - 40,9		1 928	17,8	17,1 - 18,5	
		(78)				(10 826)			
IMC avant la grossesse ⁽²⁾					0,2948				
< 18,5 kg/m ²	}	38	57,6	44,8 - 69,7		627	5,8	5,4 - 6,3	
18,5-24,9					6 117	56,7	55,8 - 57,7		
25,0-29,9		14	21,2	12,1 - 33,0		2 481	23,0	22,2 - 23,8	
30,0-34,9	}	14	21,2	12,1 - 33,0		1 013	9,4	8,9 - 10,0	
≥ 35,0					542	5,0	4,6 - 5,5		
		(66)				(10 780)			
Prise de poids pendant la grossesse ⁽²⁾					0,0006				
< 5 kg		12	17,4	9,3 - 28,4		831	7,7	7,2 - 8,3	
5 à 9		20	29,0	18,7 - 41,2		2 000	18,6	17,9 - 19,4	
10 à 12		16	23,2	13,9 - 34,9		2 580	24,0	23,2 - 24,8	
13 à 15	}	21	30,4	19,9 - 42,7		2 390	22,2	21,4 - 23,0	
16 à 19					1 746	16,2	15,5 - 17,0		
≥ 20					1 206	11,2	10,6 - 11,8		
		(69)				(10 753)			

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 9 : Attention portée à la consommation de tabac et d'alcool par les professionnels pendant le suivi de grossesse

(1)

(Naissances vivantes)

	Guyane			France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	n	%	IC à 95 %
Consommation de tabac un an avant la grossesse ⁽²⁾	< 10 %			2 984	27,3	26,5 - 28,1
	(93)			(10 932)		
Question sur la consommation de tabac ⁽²⁾						0,0012
Oui	77	82,8	73,6 - 89,8	10 044	92,0	91,4 - 92,5
Non / Ne sait pas	16	17,2	10,2 - 26,4	879	8,0	7,5 - 8,6
	(93)			(10 923)		
Un an avant la grossesse						
Consommation d'alcool ⁽²⁾						0,0198
Jamais	37	39,8	29,8 - 50,5	4 312	39,5	38,6 - 40,4
< 1 fois / mois	31	33,3	23,9 - 43,9	2 456	22,5	21,7 - 23,3
Au moins une fois / mois	25	26,9	18,2 - 37,1	4 156	38,0	37,1 - 39,0
	(93)			(10 924)		
Si oui, nombre de verres hebdomadaire un an avant la grossesse ⁽²⁾						0,0580
Moins d'un verre	18	41,9	27,0 - 57,9	1 864	28,7	27,6 - 29,8
1 à 4	25	58,1	42,1 - 73,0	4 119	63,5	62,3 - 64,7
5 ou plus				506	7,8	7,2 - 8,5
	(43)			(6 489)		
Question posée sur la consommation d'alcool ⁽²⁾						0,0875
Oui	76	81,7	72,4 - 89,0	8 067	73,9	73,1 - 74,7
Non / Ne sait pas	17	18,3	11,0 - 27,7	2 847	26,1	25,3 - 26,9
	(93)			(10 914)		
Conseils donnés par le professionnel ⁽²⁾						0,0193
Pas de conseils reçus / Ne sait pas	34	38,6	28,4 - 49,6	4 690	45,0	44,0 - 46,0
Conseils pour ne pas boire du tout /	31	35,2	25,3 - 46,1	2 291	22,0	21,2 - 22,8
Conseils pour diminuer				70	0,7	0,5 - 0,9
Possibilité de boire occasionnellement	23	26,1	17,3 - 36,6	3 372	32,4	31,5 - 33,3
Ne boit jamais	(88)			(10 423)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 10 : Soutien et accompagnement des femmes pendant la grossesse ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Soutien de l'entourage pendant la grossesse (2)				0,0569			
Très bien entourée	47	51,1	40,4 - 61,7		6 857	63,1	62,2 - 64,0
Bien entourée	34	37,0	27,1 - 47,7		3 087	28,4	27,6 - 29,3
Peu entourée	11	12,0	6,1 - 20,4		736	6,8	6,3 - 7,3
Pas du tout entourée				185	1,7	1,5 - 2,0	
	(92)				(10 865)		
Réception du carnet de maternité (2)				<0,0001			
Oui	64	69,6	59,1 - 78,7		4 410	40,4	39,5 - 41,3
Non / Ne sait pas	28	30,4	21,3 - 40,9		6 507	59,6	58,7 - 60,5
	(92)				(10 917)		
Entretien avec une assistante de service social pendant la grossesse (2)				0,1991			
Oui	11	11,8	6,1 - 20,2		892	8,2	7,7 - 8,7
Non	82	88,2	79,8 - 94,0		10 038	91,8	91,3 - 92,4
	(93)				(10 930)		
Visites à domicile par une sage-femme (2)				<0,0001			
Oui	32	35,2	25,4 - 45,9		2 015	18,5	17,8 - 19,3
Non	59	64,8	54,1 - 74,6		8 865	81,5	80,7 - 82,2
	(91)				(10 880)		
Entretien prénatal précoce (EPP) (2)				<0,0001			
Oui	15	16,1	9,3 - 25,2		3 985	36,5	35,6 - 37,4
Non / Ne sait pas	78	83,9	74,8 - 90,7		6 940	63,5	62,6 - 64,4
	(93)				(10 925)		
Préparation à la naissance et à la parentalité chez les primipares (2)				<0,0001			
Oui	12	42,9	24,5 - 62,8		3 631	80,2	79,1 - 81,4
Non	16	57,1	37,2 - 75,5		894	19,8	18,6 - 21,0
	(28)				(4 525)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

Tableau 11 : Consultations prénatales : professionnels consultés pendant la grossesse ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Professionnel principalement consulté durant les 6 premiers mois ^(2,3)				<0,0001			
GO libéral	28	31,5	22,0 - 42,2		4 288	39,4	38,5 - 40,3
GO en maternité publique/Médecin en CPP					1 321	12,1	11,5 - 12,8
Sage-femme libérale	36	40,4	30,2 - 51,4		2 494	22,9	22,1 - 23,7
Sage-femme en maternité publique/ en CPP	12	13,5	7,2 - 22,4		1 755	16,1	15,4 - 16,8
PMI	13	14,6	8,0 - 23,7		202	1,9	1,6 - 2,1
Généraliste					469	4,3	3,9 - 4,7
Plusieurs professionnels					356	3,3	2,9 - 3,6
	(89)			(10 885)			
Au moins une consultation avec l'équipe médicale de la maternité ⁽²⁾				<0,0001			
Oui	77	85,6	76,6 - 92,1		10 331	94,9	94,5 - 95,3
Non	13	14,4	7,9 - 23,4		554	5,1	4,7 - 5,5
	(90)				(10 885)		
Consultation en urgence ou non programmé à la maternité ou à l'hôpital, pour un motif lié à la grossesse ⁽²⁾				0,7354			
Oui	45	48,4	37,9 - 59,0		5 482	50,1	49,2 - 51,1
Non	48	51,6	41,0 - 62,1		5 450	49,9	48,9 - 50,8
	(93)				(10 932)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) GO = Gynécologue-Obstétricien, CPP = Centre Périnatal de Proximité, PMI = Protection Maternelle et Infantile

Tableau 12: Examens de dépistage et de diagnostic anténatal ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Nombre total d'échographies ⁽²⁾				<0,0001			
< 3	} 24	26,4	17,7 - 36,7		43	0,4	0,3 - 0,5
3					1 422	13,1	12,5 - 13,8
4 ou 5		42	46,2	35,6 - 56,9	4 064	37,5	36,6 - 38,4
≥ 6		25	27,5	18,6 - 37,8	5 315	49,0	48,1 - 50,0
	(91)				(10 844)		
Moyenne ± écart-type	5,0	± 2,4			6,3	± 3,1	
Mesure échographique de la clarté nucale ⁽²⁾				<0,0001			
Oui	50	53,8	43,1 - 64,2		9 833	90,2	89,7 - 90,8
Non	15	16,1	9,3 - 25,2		447	4,1	3,7 - 4,5
Ne sait pas	28	30,1	21,0 - 40,5		616	5,7	5,2 - 6,1
	(93)				(10 896)		
Dépistage de la trisomie 21 ⁽²⁾				<0,0001			
Oui	60	64,5	53,9 - 74,2		9 927	90,9	90,3 - 91,4
Non	18	19,4	11,9 - 28,9		815	7,5	7,0 - 8,0
Ne sait pas	15	16,1	9,3 - 25,2		182	1,7	1,4 - 1,9
	(93)				(10 924)		
Dépistage réalisé par ⁽²⁾							
Les marqueurs sériques	24	42,9	29,7 - 56,8	<0,0001	8 689	87,8	87,2 - 88,5
Le dépistage prénatal non invasif	<10				1 539	15,6	14,9 - 16,3
Ne sait pas	31	55,4	41,5 - 68,7	<0,0001	931	9,4	8,8 - 10,0
	(56)				(9 891)		
Dépistage du diabète gestationnel ⁽²⁾				0,8041			
Oui	69	75,0	64,9 - 83,5		8 317	76,1	75,3 - 76,9
Non / Ne sait pas	23	25,0	16,6 - 35,1		2 611	23,9	23,1 - 24,7
	(92)				(10 928)		
Dépistage du cancer du col au cours des 3 dernières années ou pendant la grossesse ^(2,3)				<0,0001			
Oui	40	43,0	32,8 - 53,7		6 686	61,2	60,3 - 62,1
Non	34	36,6	26,8 - 47,2		3 910	35,8	34,9 - 36,7
Ne sait pas	19	20,4	12,8 - 30,1		332	3,0	2,7 - 3,4
	(93)				(10 928)		
Présence d'IgG spécifiques vis-à-vis de la toxoplasmose ⁽²⁾	39	30,7	22,8 - 39,5	0,1180	2 965	24,7	23,9 - 25,5
	(127)				(12 008)		
Prise d'acide folique en prévention des AFTN ^(2,4)				0,0112			
Oui	63	67,7	57,3 - 77,1		8 582	78,6	77,8 - 79,4
Non / Ne sait pas	30	32,3	22,9 - 42,8		2 338	21,4	20,6 - 22,2
	(93)				(10 920)		
Prise d'acide folique avant la grossesse ⁽²⁾		< 10 %			2 982	28,3	27,4 - 29,1
	(93)				(10 550)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Comprend le frottis cervical et l'auto-prélevement vaginal

(4) AFTN = Anomalies de fermeture du tube neural

Tableau 13 : Littératie en santé durant la grossesse ^(1,2)
(Naissances vivantes)

	Guyane			p	France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %		n	%	IC à 95 %
Pendant la grossesse, possible de/d'							
Avoir de bonnes discussions sur la santé avec ... ⁽³⁾				0,0020			
Impossible ou toujours difficile	10	11,2	5,5 - 19,7		32	0,3	0,2 - 0,4
Généralement difficile					131	1,2	1,0 - 1,4
Parfois difficile					550	5,1	4,7 - 5,5
Généralement facile	40	44,9	34,4 - 55,9		3 442	31,7	30,8 - 32,6
Toujours facile	39	43,8	33,3 - 54,8		6 697	61,7	60,8 - 62,6
Discuter avec les professionnels de santé jusqu'à comprendre tout ... ⁽³⁾							
Impossible ou toujours difficile	17	19,1	11,5 - 28,8		40	0,4	0,3 - 0,5
Généralement difficile					147	1,4	1,2 - 1,6
Parfois difficile					999	9,2	8,7 - 9,8
Généralement facile	38	42,7	32,3 - 53,6		3 615	33,3	32,4 - 34,2
Toujours facile	34	38,2	28,1 - 49,1		6 051	55,8	54,8 - 56,7
Poser des questions aux professionnels de santé ... ⁽³⁾							
Impossible ou toujours difficile	14	15,7	8,9 - 25,0		40	0,4	0,3 - 0,5
Généralement difficile					145	1,3	1,1 - 1,6
Parfois difficile					734	6,8	6,3 - 7,3
Généralement facile	40	44,9	34,4 - 55,9		3 341	30,8	29,9 - 31,7
Toujours facile	35	39,3	29,1 - 50,3		6 592	60,7	59,8 - 61,7
S'assurer que les professionnels de santé comprennent ... ⁽³⁾							
Impossible ou toujours difficile	19	21,3	13,4 - 31,3		44	0,4	0,3 - 0,5
Généralement difficile					167	1,5	1,3 - 1,8
Parfois difficile					825	7,6	7,1 - 8,1
Généralement facile	39	43,8	33,3 - 54,8		3 372	31,1	30,2 - 32,0
Toujours facile	31	34,8	25,0 - 45,7		6 444	59,4	58,5 - 60,3
Se sentir capable de discuter des problèmes de santé ... ⁽³⁾							
Impossible ou toujours difficile	17	19,1	11,5 - 28,8		54	0,5	0,4 - 0,7
Généralement difficile					144	1,3	1,1 - 1,6
Parfois difficile					608	5,6	5,2 - 6,1
Généralement facile	41	46,1	35,4 - 57,0		3 180	29,3	28,5 - 30,2
Toujours facile	31	34,8	25,0 - 45,7		6 866	63,3	62,4 - 64,2
Moyenne ± écart-type ⁽³⁾	4,1	± 0,7			4,5	± 0,6	
Score < 3,5 ⁽³⁾	11	12,4	6,3 - 21,0	0,0064	612	5,6	5,2 - 6,1
	(89)				(10 852)		

(1) Littératie en santé = motivation et la capacité des personnes à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé

Module 6 du Health Literacy Questionnaire (HLQ)

(2) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(3) Rapporté au nombre de femmes ayant répondu aux 5 questions du module

Tableau 14 : Etat de santé : antécédents médicaux maternels et obstétricaux⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Antécédent familial de diabète⁽²⁾				0,7331			
Oui	23	24,7	16,4 - 34,8		2 539	23,2	22,4 - 24,0
Non / Ne sait pas	70	75,3	65,2 - 83,6		8 390	76,8	76,0 - 77,6
	(93)				(10 929)		
Nombre d'IVG⁽²⁾				0,0004			
0	100	78,7	70,6 - 85,5		10196	84,8	84,2 - 85,5
1	15	11,8	6,8 - 18,7		1 445	12,0	11,4 - 12,6
≥ 2	12	9,5	5,0 - 15,9		381	3,2	2,9 - 3,5
	(127)				(12 022)		
Parité⁽²⁾							
0	34	26,6	19,2 - 35,1	<0,0001	4 974	41,3	40,5 - 42,2
1	32	25,0	17,8 - 33,4		4 217	35,0	34,2 - 35,9
2	18	14,1	8,6 - 21,3		1 766	14,7	14,1 - 15,3
≥ 3	44	34,4	26,2 - 43,3		1 076	8,9	8,4 - 9,5
	(128)				(12 033)		
Antécédents obstétricaux							
Accouchement prématuré^(2,3)	18	19,1	11,8 - 28,6	<0,0001	439	6,2	5,7 - 6,8
	(94)				(7 054)		
Nouveau-né hypotrophe^(2,3)	18	19,4	11,9 - 28,9	<0,0001	479	6,8	6,2 - 7,4
	(93)				(7 041)		
Mort-né, mort néonatale, accouchement prématuré ou hypotrophie^(2,3)	32	34,0	24,6 - 44,5	<0,0001	923	13,1	12,3 - 13,9
	(94)				(7 058)		
Césarienne^(2,3)				0,4853			
Aucune	71	76,3	66,4 - 84,5		5 596	79,3	78,3 - 80,2
1	22	23,7	15,5 - 33,6		1 163	16,5	15,6 - 17,4
2 ou plus				298	4,2	3,8 - 4,7	
	(93)				(7 057)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Chez les multipares

Tableau 15 : Hospitalisation et pathologies durant la grossesse ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine			
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %	
Corticothérapie anténatale ⁽²⁾				<0,0001				
Oui	18	14,1	8,6 - 21,3		580	4,8	4,5 - 5,2	
Non	110 (128)	85,9	78,7 - 91,5		11 392 (11 972)	95,2	94,8 - 95,5	
Si oui, première cure ≤ 33 SA ⁽²⁾	17 (17)	100,0	80,5 - 100,0	0,6160	536 (568)	94,4	92,1 - 96,1	
MAP avec hospitalisation ^(2,3)				0,0002				
Oui	15	11,7	6,7 - 18,6		572	4,8	4,4 - 5,2	
Non	113 (128)	88,3	81,4 - 93,3		11 429 (12 001)	95,2	94,8 - 95,6	
Durée totale d'hospitalisation (Moyenne ± écart-type)	6,5 ± 7,1				6,0 ± 8,1			
HTA pendant la grossesse ^(2,3)				<0,0001				
Oui, avec protéinurie ⁽⁴⁾	}	18	14,1	8,6 - 21,3		273	2,3	2,0 - 2,6
Oui, sans protéinurie			241	2,0	1,8 - 2,3			
Non		110 (128)	85,9	78,7 - 91,5		11 457 (11 971)	95,7	95,3 - 96,1
Si oui, hospitalisation ⁽²⁾	17 (17)	100,0	80,5 - 100,0	<0,001	314 (483)	65,0	60,6 - 69,3	
Diabète gestationnel ⁽²⁾				0,2351				
Oui, sous régime	}				1 365	11,4	10,8 - 12,0	
Oui, sous insuline, par antidiabétiques oraux ou traitement non renseigné		16	12,5	7,3 - 19,5		602	5,0	4,6 - 5,4
Non		112 (128)	87,5	80,5 - 92,7		10 025 (11 992)	83,6	82,9 - 84,3
Anémie en cours de grossesse ^(2,5)	85 (128)	66,4	57,5 - 74,5	<0,0001	3 001 (11 912)	25,2	24,4 - 26,0	
Suspicion d'anomalie de poids fœtal ⁽²⁾				0,1038				
Oui, RCIU ou hypotrophie	}	11	8,9	4,5 - 15,3		589	5,2	4,8 - 5,7
Oui, macrosomie			985	8,7	8,2 - 9,3			
Non		113 (124)	91,1	84,7 - 95,5		9 709 (11 283)	86,0	85,4 - 86,7

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) MAP = Menace d'accouchement prématuré, HTA = Hypertension artérielle

(4) Avec protéinurie ≥ 0,3g/l ou par 24h

(5) Hémoglobine < 11g/dl

Tableau 16 : Lieu d'accouchement ⁽¹⁾*(Naissances vivantes)*

	Guyane				p	France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %			n	%	IC à 95 %
Type d'autorisation ^(2,3)					<0,001			
Type I	}	14	10,9	6,1	- 17,7	2434	20,2	19,4 - 20,9
Type II A						3490	28,9	28,1 - 29,7
Type II B		65	50,8	41,8	- 59,7	2923	24,2	23,4 - 25,0
Type III		49	38,3	29,8	- 47,3	3232	26,8	28,1 - 29,7
		(128)				(12 079)		
Taille de la maternité ^(2,4)					<0,001			
< 1000 accouchements/an	}	14	10,9	6,1	- 17,7	2261	18,7	18,0 - 19,4
1000-1499		0				1950	16,1	15,5 - 16,8
1500-1999		0				1647	13,6	13,0 - 14,3
2000-2999		0				2451	20,3	19,6 - 21,0
≥ 3000		114	89,1	82,3	- 93,9	3779	31,3	30,4 - 32,1
		(128)				(12 088)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Y compris les accouchements à domicile et ceux dans un autre lieu (SAMU, voiture...)

(4) Nombre d'accouchements en 2020 d'après le questionnaire Etablissement

Tableau 17 : Déroulement du travail ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Souhaits particuliers pour l'accouchement ⁽²⁾				0,0002			
Oui, rédaction d'un projet de naissance	11	12,1	6,2 - 20,6		1119	10,3	9,7 - 10,8
Oui, demandes particulières mais non écrites					2149	19,7	18,9 - 20,5
Non, pas de demande particulière	80	87,9	79,4 - 93,8		7648	70,1	69,2 - 70,9
	(91)				(10 916)		
Demandes exprimées auprès de l'équipe ⁽²⁾	11	100,0	71,5 - 100,0	1,0	3006	92,5	91,5 - 93,4
	(11)				(3 251)		
Mode de début du travail ⁽³⁾				0,8847			
Spontané	79	61,7	52,7 - 70,2		7686	63,8	63,0 - 64,7
Déclenché	35	27,3	19,8 - 35,9		3111	25,8	25,1 - 26,6
Césarienne programmée	14	10,9	6,1 - 17,7		860	7,1	6,7 - 7,6
Césarienne en urgence					384	3,2	2,9 - 3,5
	(128)				(12 041)		
Rupture de la poche des eaux							
<i>Parmi les tentatives de voie basse</i> ^(3,5)				0,0845			
Artificielle	45	40,5	31,3 - 50,3		4098	38,9	38,0 - 39,8
Spontanée avant travail	25	22,5	15,1 - 31,4		3323	31,5	30,7 - 32,4
Spontanée durant travail	41	36,9	28,0 - 46,6		3113	29,6	28,7 - 30,4
	(111)				(10534)		
<i>Parmi les femmes en travail spontané</i> ⁽³⁾				0,0349			
Artificielle	28	36,4	25,7 - 48,1		2484	33,2	32,1 - 34,2
Spontanée avant travail	15	19,5	11,3 - 30,1		2460	32,8	31,8 - 33,9
Spontanée durant travail	34	44,2	32,8 - 55,9		2546	34,0	32,9 - 35,1
	(77)				(7 490)		
Oxytocine durant le travail							
<i>Parmi les tentatives de voie basse</i> ^(3,5)	22	19,6	12,7 - 28,2	<0,001	4396	41,3	40,4 - 42,3
	(112)				(10 637)		
<i>Parmi les femmes en travail spontané</i> ⁽³⁾	12	15,2	8,1 - 25,0	0,0041	2282	30,0	29,0 - 31,1
	(79)				(7 599)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de naissances

(3) Rapporté au nombre de femmes

(4) Dans la catégorie "Méthodes mécaniques", l'utilisation du ballonnet est majoritaire

(5) Travail spontané, maturation cervicale ou déclenchement du travail

Tableau 18 : Accouchement ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				p	France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	n		%	IC à 95 %	
Antibiothérapie pendant le travail ⁽²⁾					0,0035			
Oui	51	40,8	32,1 - 50,0			3455	28,9	28,1 - 29,7
Non	74	59,2	50,1 - 67,9			8502	71,1	70,3 - 71,9
	(125)					(11 957)		
Mode d'accouchement ⁽²⁾					0,6774			
Voie basse	101	77,1	69,0 - 84,0			9655	78,6	77,9 - 79,3
Césarienne	30	22,9	16,0 - 31,1			2629	21,4	20,7 - 22,1
	(131)					(12 284)		
Professionnel ayant réalisé l'accouchement ⁽³⁾					0,4783			
Sage-femme	60	60,6	50,3 - 70,3			6422	57,1	56,1 - 58,0
Gynécologue obstétricien	39	39,4	29,7 - 49,7			4832	42,9	42,0 - 43,9
	(99)					(11 254)		
Pertes sanguines à l'accouchement ≥ 500 ml ⁽²⁾	11	9,9	5,1 - 17,0		0,5933	1174	11,5	10,9 - 12,2
	(111)					(10 176)		
Déchirure périnéale ⁽⁴⁾					<0,0001			
Oui, tout degré confondu	36	37,1	27,5 - 47,5			5678	59,9	58,9 - 60,9
Non	61	62,9	52,5 - 72,5			3799	40,1	39,1 - 41,1
	(97)					(9 477)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Rapporté au nombre de naissances à la maternité

(4) Rapporté au nombre de femmes ayant accouché par voie basse

Tableau 19 : Prise en charge de la douleur en salle de naissance ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Souhait d'une analgésie péridurale pour soulager la douleur ^(2,3)				<0,0001			
Oui, absolument	23	28,8	19,2 - 40,0		6299	65,6	64,6 - 66,6
Oui, peut être	13	16,3	9,0 - 26,2		1716	17,9	17,1 - 18,7
Non	44	55,0	43,5 - 66,2		1587	16,5	15,8 - 17,3
	(80)				(9 602)		
Analgésie durant le travail ^(2,3,4,5)				<0,0001			
APD, PRC ou rachianalgésie	46	43,4	33,8 - 53,4		9024	85,0	84,3 - 85,7
Aucune	60	56,6	46,6 - 66,2		1591	15,0	14,3 - 15,7
	(106)				(10 615)		
Si APD ou PRC, PC EA ^(2,3,4,6)				0,0093			
Oui	16	53,3	34,3 - 71,7		5876	74,2	73,2 - 75,1
Non	14	46,7	28,3 - 65,7		2046	25,8	24,9 - 26,8
	(30)				(7 922)		
Efficacité de la péridurale pour soulager la douleur ^(2,3,7)				0,2662			
Parfaitement efficace	24	68,6	50,7 - 83,2		5686	71,4	70,4 - 72,4
Efficace				407	5,1	4,6 - 5,6	
Peu ou partiellement efficace	11	31,4	16,9 - 49,3		1577	19,8	18,9 - 20,7
Totalement inefficace				289	3,6	3,2 - 4,1	
	(35)				(7 959)		
Utilisation d'une méthode médicamenteuse pour gérer la douleur ^(2,3)	44	55,7	44,1 - 66,9	<0,0001	2771	28,9	28,0 - 29,9
	(79)				(9 577)		
Médicaments par injection ou par perfusion ⁽⁷⁾	24	30,4	20,5 - 41,8		1335	13,9	13,3 - 14,7
Médicaments en comprimés ⁽⁷⁾	13	16,5	9,1 - 26,5		1009	10,5	9,9 - 11,2
Gaz à respirer ⁽⁷⁾	23	29,1	19,4 - 40,4		953	10,0	9,4 - 10,6
Utilisation d'une méthode non médicamenteuse ^(2,3)	47	60,3	48,5 - 71,2	0,0527	4714	49,2	48,2 - 50,3
	(78)				(9 572)		
Consommation de boissons (avec ou sans aliments) en salle d'accouchement ⁽²⁾	32	39,5	28,8 - 51,0	0,0001	5818	60,2	59,2 - 61,2
	(81)				(9 660)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Si tentative de voie basse

(4) APD = Analgésie péridurale; PRC = Péri-rachianesthésie combinée

(5) Modalités "analgésie parentérale" et "autres" ignorées en raison d'effectifs trop faibles en Guyane

(6) Patient-controlled epidural analgésie : pompe pour gestion autonome de réinjection d'anesthésique

(7) Dénominateur calculé si au moins une réponse cochée

Tableau 20 : Satisfaction et douleurs à l'accouchement ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane			p	France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %		n	%	IC à 95 %
Satisfaction quant aux méthodes utilisées pour soulager la douleur ^(2,3,4)				<0,0001			
Très satisfaite	28	36,8	26,1 - 48,7		5901	62,6	61,6 - 63,6
Satisfaite	33	43,4	32,1 - 55,3		2607	27,7	26,8 - 28,6
Peu satisfaite	15	19,7	11,5 - 30,5		589	6,2	5,8 - 6,8
Pas du tout satisfaite				328	3,5	3,1 - 3,9	
	(76)				(9 425)		
Accouchement par voie basse spontanée, douleur ressentie lors de la sortie de tête du bébé ⁽²⁾				0,0002			
0 (pas de douleur)	25	37,3	25,8 - 50,0		1886	26,7	25,7 - 27,7
1 à 3				1200	17,0	16,1 - 17,9	
4 à 6				1098	15,5	14,7 - 16,4	
7 à 10 (insupportable)				42	62,7	50,0 - 74,2	2882
	(67)				(7 066)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Si tentative de voie basse

(4) Y compris péridurale

Tableau 21 : Âge gestationnel et poids de naissance ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane			p	France métropolitaine			
	n	%	IC à 95 %		n	%	IC à 95 %	
Âge gestationnel ⁽²⁾				<0,0001				
22-31 SA	}	21	16,0	10,2 - 23,5	146	1,2	1,0 - 1,4	
32-36		716	5,9	5,4 - 6,3				
37		15	11,5	6,6 - 18,2	779	6,4	5,9 - 6,8	
38		32	24,4	17,4 - 32,7	2021	16,5	15,9 - 17,2	
39		32	24,4	17,4 - 32,7	3370	27,5	26,8 - 28,3	
40	}	31	23,7	16,7 - 31,9	3017	24,7	23,9 - 25,4	
≥ 41					2186	17,9	17,2 - 18,6	
Prématurité (âge gestationnel < 37 SA) ⁽²⁾		21	16,0	10,2 - 23,5	<0,0001	862	7,0	6,6 - 7,5
		(131)				(12 235)		
Poids de naissance < 2 500 g ⁽²⁾		16	12,3	7,2 - 19,2	0,0203	852	7,1	6,6 - 7,5
Moyenne ± écart-type			2988,7 ± 557,3			3264,5 ± 552,9		
		(130)				(12 082)		
Petit poids pour l'âge gestationnel (<10ème percentile) ^(2,3,4)		23	17,8	11,7 - 25,5	0,0250	1300	11,0	10,4 - 11,6
		(129)				(11 824)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de naissances

(3) Courbes EPOPé, ajustées sur l'âge gestationnel et le sexe

(4) Données de France hexagonale légèrement différentes du rapport national car inclus les triplés ici

Tableau 22 : Nouveau-né en salle d'accouchement ⁽¹⁾*(Naissances vivantes)*

	Guyane			p	France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %		n	%	IC à 95 %
Sexe ⁽²⁾				0,2977			
Masculin	61	47,3	38,4 - 56,3		6143	51,9	51,0 - 52,8
Féminin	68	52,7	43,7 - 61,6		5695	48,1	47,2 - 49,0
	(129)				(11 838)		
Taille du nouveau-né ⁽²⁾				<0,0001			
≤ 47,9 cm	44	35,5	27,1 - 44,6		2172	19,6	18,8 - 20,3
48-49,9	33	26,6	19,1 - 35,3		3431	30,9	30,1 - 31,8
50-51,9	37	29,8	22,0 - 38,7		3846	34,7	33,8 - 35,6
≥ 52	10	8,1	3,9 - 14,3		1650	14,9	14,2 - 15,5
Moyenne ± écart-type	48,5 ± 2,5				49,4 ± 2,4		
	(124)				(11 099)		
Périmètre crânien ⁽²⁾				<0,0001			
≤ 32 cm	40	32,5	24,4 - 41,6		1238	10,8	10,2 - 11,4
33	30	24,4	17,1 - 33,0		1995	17,4	16,7 - 18,1
34	30	24,4	17,1 - 33,0		3095	27,0	26,2 - 27,8
35	13	10,6	5,8 - 17,4		2857	24,9	24,1 - 25,7
≥ 36	10	8,1	4,0 - 14,4		2289	19,9	19,2 - 20,7
Moyenne ± écart-type	33,3 ± 1,7				34,4 ± 1,6		
	(123)				(11 474)		
Apgar à 5 min ⁽²⁾				<0,0001			
≤ 7	12	9,3	4,9 - 15,7		297	2,5	2,2 - 2,8
8-9	117	90,7	84,3 - 95,1		824	6,9	6,4 - 7,3
10				10905	90,7	90,1 - 91,2	
	(129)				(12 026)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 23 : Prise en charge spécifique du nouveau-né⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane			p	France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %		n	%	IC à 95 %
PH artériel au cordon⁽²⁾				0,4765			
≤ 7,15	13	11,9	6,5 - 19,5		1077	9,9	9,3 - 10,5
> 7,15	96	88,1	80,5 - 93,5		9824	90,1	89,5 - 90,7
	(109)				(10 901)		
Prélèvement bactériologique en salle de naissance⁽²⁾				<0,001			
Oui	0	0,0	0,0 - 2,9		1222	10,3	9,7 - 10,8
Non	125	100,0	97,1 - 100,0		10674	89,7	89,2 - 90,3
	(125)				(11 896)		
Ventilation en salle de naissance⁽²⁾				0,0143			
Oui	17	13,7	8,2 - 21,0		923	7,8	7,3 - 8,3
Non	107	86,3	79 - 91,8		10955	92,2	91,7 - 92,7
	(124)				(11 878)		
Transfert du nouveau-né⁽²⁾				0,0925			
Oui	20	15,6	9,8 - 23,1		1309	11,0	10,4 - 11,5
Non	108	84,4	76,9 - 90,2		10647	89,1	88,5 - 89,6
	(128)				(11 956)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de naissances

Tableau 24 : Accompagnement à l'accouchement et contact peau à peau ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Présence personne de l'entourage au moment de la naissance ⁽²⁾				<0,0001			
Oui, le partenaire	33	35,5	25,8 - 46,1		9257	84,9	84,2 - 85,6
Oui, une autre personne	24	25,8	17,3 - 35,9		412	3,8	3,4 - 4,2
Non	36	38,7	28,8 - 49,4		1236	11,3	10,8 - 11,9
	(93)				(10 905)		
Si accouchement par voie basse				<0,0001			
Oui, le partenaire	29	40,8	29,3 - 53,2		7756	89,5	88,8 - 90,1
Oui, une autre personne	20	28,2	18,1 - 40,1		336	3,9	3,5 - 4,3
Non	22	31,0	20,5 - 43,1		575	6,6	6,1 - 7,2
	(71)				(8 667)		
Contact peau à peau après l'accouchement ⁽³⁾				0,0007			
Oui	60	76,9	66,0 - 85,7		8604	88,9	88,3 - 89,6
Non	18	23,1	14,3 - 34,0		1071	11,1	10,5 - 11,7
	(78)				(9 675)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatalogie

Tableau 25 : Alimentation du nouveau-né et mode de couchage ⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane				France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %	p	n	%	IC à 95 %
Choix d'alimentation du nouveau-né avant la naissance ^(2,3)				<0,0001			
Oui, avant la grossesse	28	31,8	22,3 - 42,6		6682	62,8	61,9 - 63,7
Oui, pendant la grossesse	46	52,3	41,3 - 63,0		3368	31,7	30,8 - 32,6
Non	14	15,9	9,0 - 25,2		586	5,5	5,1 - 6,0
	(88)				(10 636)		
Si oui, mode d'alimentation choisi ⁽²⁾							
Allaitement maternel exclusif	}	> 85,0			6675	64,8	63,8 - 65,7
Allaitement mixte					878	8,5	8,0 - 9,1
Lait premier âge du commerce					2753	26,7	25,9 - 27,6
	(78)				(10 306)		
Si allaitement, durée prévue ⁽²⁾				0,005			
Moins de 6 mois	17	26,6	16,3 - 39,1		3164	44,5	43,4 - 45,7
Plus de 6 mois	32	50,0	37,2 - 62,8		3000	42,2	41,1 - 43,4
Pas de durée prévue	15	23,4	13,7 - 35,7		941	13,3	12,5 - 14,1
	(64)				(7 105)		
Essai de mise au sein dans les 2 premières heures de vie ⁽⁴⁾				0,0086			
Oui	44	55,7	44,1 - 66,9		6728	69,4	68,5 - 70,3
Non	35	44,3	33,1 - 55,9		2969	30,6	29,7 - 31,6
	(79)				(9 697)		
Mode d'alimentation à la maternité ⁽⁴⁾							
Allaitement maternel exclusif	}	> 85,0			5494	56,3	55,3 - 57,3
Allaitement mixte					1312	13,4	12,8 - 14,1
Lait premier âge du commerce					2955	30,3	29,4 - 31,2
	(80)				(9 761)		
Conseils donnés sur le couchage du nouveau-né ⁽⁴⁾				<0,0001			
Oui	23	29,1	19,4 - 40,4		5126	52,7	51,7 - 53,7
Non / Ne sait pas	56	70,9	59,6 - 80,6		4600	47,3	46,3 - 48,3
	(79)				(9 726)		

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

(3) Données de la France métropolitaine légèrement différentes du rapport national, car les femmes ne se souvenant plus des la période n'ont pas été comptabilisées

(4) Rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatalogie

Tableau 26 : Séjour de la mère en maternité⁽¹⁾
(Naissances vivantes)

	Guyane			p	France métropolitaine		
	n	%	IC à 95 %		n	%	IC à 95 %
Durée du séjour dans la maternité d'accouchement après la naissance⁽²⁾				<0,0001			
≤ 2 jours	15	11,7	6,7 - 18,6		1481	12,4	11,8 - 13,0
3	51	39,8	31,3 - 48,9		5209	43,5	42,6 - 44,4
4	14	10,9	6,1 - 17,7		3355	28,0	27,2 - 28,8
5	25	19,5	13,1 - 27,5		1119	9,3	8,8 - 9,9
≥ 6	23	18,0	11,7 - 25,7		816	6,8	6,4 - 7,3
	(128)				(11 980)		
Moyenne ± écart-type		4,3 ± 2,2				3,7 ± 1,6	
Durée si accouchement par voie basse et enfant non transféré⁽²⁾				0,7765			
≤ 2 jours	12	14,1	7,5 - 23,4		1308	15,2	14,5 - 16,0
≥ 3	73	85,9	76,6 - 92,5		7281	84,8	84,0 - 85,5
	(85)				(8 589)		
Moyenne ± écart-type		3,6 ± 1,5				3,3 ± 1,0	

(1) Les indicateurs présentés portent sur de faibles effectifs et doivent être interprétés avec précaution (larges intervalles de confiance)

(2) Rapporté au nombre de femmes

ANNEXES

Annexe 1 : Membres du comité de pilotage de l'Enquête Nationale Périnatale 2021

- *Direction générale de la santé (DGS)*

Khadoudja CHEMLAL

Nathalie RABIER-THOREAU

- *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*

Philippe RAYNAUD

Thomas DEROYON

Annick VILAIN

Sylvie REY

Jeanne FRESSON

- *Direction générale de l'offre de soins (DGOS)*

Frédérique COLLOMBET-MIGEON

- *Santé publique France*

Nolwenn REGNAULT

Virginie DEMIGUEL

Elodie LEBRETON

Benoit SALANAVE

- *Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)*

Camille LE RAY

Nathalie LELONG

Hélène CINELLI

Béatrice BLONDEL

Annexe 2 : Membres du Comité d'Orientation de l'Enquête Nationale Périnatale 2021

- *Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)*

Camille LE RAY
Nathalie LELONG
Hélène CINELLI
Béatrice BLONDEL

- *Direction générale de la santé (DGS)*

Grégory EMERY
Caroline BUSSIERE
Khadoudja CHEMLAL
Nathalie RABIER-THOREAU

- *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*

Benoit OURLIAC
Philippe RAYNAUD
Thomas DEROYON
Annick VILAIN
Sylvie REY
Jeanne FRESSON

- *Direction générale de l'offre de soins (DGOS)*

Céline CASTELAIN-JEDOR
Frédérique COLLOMBET-MIGEON

- *Santé publique France*

Nolwenn REGNAULT
Virginie DEMIGUEL
Elodie LEBRETON
Benoit SALANAVE

- *Agences régionales de santé (ARS)*

Laurence DESPLANQUES (Ile-de-France)
Valérie THOMASSIN (Bourgogne-Franche-Comté)

- *Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*

Philippe TUPPIN

- *Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF)*

Joëlle BELLAICHE-ALLARD

- *Collège national des sages-femmes de France (CNSF)*

Adrien GANTOIS

- *Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)*

Isabelle DERRENDINGER

- *Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)*

Sophie BUSQUET DE CHIVRE

- *Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)*

Jean-Louis SIMENEL

- *Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)*

Céline LECLERC

Claire CHERBONNET

- *Comité d'animation nationale des actions (CANA) de PMI*

Manuela CHEVIOT (Seine st Denis)

- *Société française d'anesthésie-réanimation*

Dan BENHAMOU

Laurent HEYER

- *Société française de néonatalogie (SFN)*

Elie SALIBA

- *Collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE)*

France ARTZNER

Abréviations et acronymes

AFNT	Anomalie de fermeture du tube neural
ARS	Agence régionale de santé
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNIS	Comité national de l'information statistique
COVID-19	Coronavirus virus disease appeared in 2019
CPAP	Continuous positive airway pressure : ventilation en pression positive continue
CSS	Complémentaire santé solidaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIM	Département d'information médicale
DPNI	Dépistage prénatal non invasif
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Départements et région d'outre-mer
ENP	Enquête nationale périnatale
EPOPé	Equipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique
EPP	Entretien prénatal précoce
GO	Gynécologue-obstétricien
HAS	Haute autorité de santé
HLQ	Health literacy questionnaire
HTA	Hypertension artérielle
IC	Intervalle de confiance
IMC	Indice de masse corporelle
IMG	Interruption médicale de grossesse
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JORF	Journal officiel de la république française
MAP	Menace d'accouchement prématuré
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins
PCEA	Patient controlled epidural analgesia
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
PEAA	Potentiels évoqués auditifs automatisés
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNP	Préparation à la naissance et à la parentalité
PPC	Pression positive continue
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PUMa	Protection universelle maladie
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RSA	Revenu de solidarité active
SA	Semaine d'aménorrhée
SFN	Société Française de néonatalogie

SFP Société Française de pédiatrie
SNDS Système national des données de santé

REFERENCES

Anselem O, et al. Does women's place of birth affect their opportunity for an informed choice about Down syndrome screening? A population-based study in France. *BMC Preg Child Birth*. 2021 Aug 30;21(1):590.

Blois A, et al. Exploitation annuelle du Registre d'Issue de Grossesse Informatisé (RIGI) de la région Guyane. Réseau de santé périnatale Guyane. 2020. 52p.

Cinelli H, et al. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 : Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements : Situation et évolution depuis 2016. Inserm, 2022.

CNGOF (2016) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique ; prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences (hors rupture des membranes) - Texte des recommandations (texte court). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Dec;45(10):1446-1456. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2016%252FRPC_2016_Prmaturit_spontane.pdf&i=21926

CNGOF (2010). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique ; Le diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39:S1-S342. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2010%252FRPC_DIABETE_2010.pdf&i=21950

Debussche X, et al. Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE Open Med*. 2018 Sep 21;6:2050312118801250.

Dupont C, et al. Oxytocin administration during spontaneous labour: Guidelines for clinical practice. Guidelines short text. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2017 Jan;45(1):56-61. French.

Ego A, et al. Customized and non-customized French intrauterine growth curves. I - Methodology. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Feb;45(2):155-64. French.

Guignard J, et al. Gestational anaemia and severe acute maternal morbidity: a population-based study. *Anaesthesia*. 2021 Jan;76(1):61-71.

HAS (2020). Haute Autorité de Santé. Actualité. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans#:~:text=La%20HAS%20pr%C3%A9conise%20de%20maintenir,de%2030%20%C3%A0%2065%20ans

HAS (2018). Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales#:~:text=Accouchement%20normal%20%3A%20accompagnement%20de%20la%20physiologie%20et%20interventions%20m%C3%A9dicales,-Recommandation%20de%20bonne&text=Cette%20recommandation%20de%20bonne%20pratique,pr%C3%A9sentant%20un%20bas%20risque%20obst%C3%A9trical

Hcini N, Maamri F, Picone O, Carod JF, Lambert V, Mathieu M, Carles G, Pomar L. Maternal, fetal and neonatal outcomes of large series of SARS-CoV-2 positive pregnancies in peripartum period: A single-center prospective comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021 Feb;257:11-18

HCSP (2021) Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations. Disponible sur hcspp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1007.

JORF (2019). Journal Officiel de la République Française. LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. NOR : CPAX1927098L. JORF n°0300 du 27 décembre 2019. Texte n°1 article 62.

JORF (1998). Journal Officiel de la République Française. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique ; NOR : MESH9822606D, JORF n°235 du 10 octobre 1998.

Leneuve-Dorilas M, Bernard S, Dufit V, Elenga N, Carles G, Nacher M. La prématurité en Guyane : particularités, évolution et facteurs de risque. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(2-3):51-60. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/2-3/2020_2-3_3.html

Opatowski M, et al. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. BMJ Open. 2016 Apr 5;6(4): e009511.

Osborne RH, et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013 Jul 16;13:658.

Renaud-Charest O, et al. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. J Psychiatr Res. 2021 Dec;144:129-137.

Sikias P, et al. Early-onset neonatal infection: assessment of professional practices in 14 maternity wards in the Île-de-France region in 2013. Arch Pediatr. 2015 Oct;22(10):1021-6. French.

Singata M, et al. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 22;2013(8):CD003930.

SFN SFP (2017) Société Française de Néonatalogie, Société Française de Pédiatrie. Recommandation de bonne pratique. Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection néonatale bactérienne précoce (\geq 34 SA). Méthode Recommandations pour la pratique Clinique. Texte des recommandations. Disponible sur : https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/documents/label_has_recommandations_inbp.09.2017.pdf