

**UNIVERSITE PAUL VALERY -
MONTPELLIER**
**UFR 3 – SCIENCES HUMAINES ET
SCIENCES DE L'ENVIRONNEMENT**



LA POLITIQUE DE MAITRISE DE LA FECONDITE A MAYOTTE
ACCENT SUR LA PREVENTION PRIMAIRE

**MASTER 2 SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES,
MENTION INGENIERIE ET GESTION TERRITORIALES,
SPECIALITE SANTE ET TERRITOIRE**

présenté et soutenu publiquement

le 23 septembre 2015

par

Zainaba MALIDI

Sous la direction

de M. Olivier PIAU, directeur de Mémoire
et Mme. Mado LIBOLT, tutrice de stage

JURY

M. Christophe EVRARD.....Président du Jury
M.Olivier PIAU.....Directeur de mémoire

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements à Mado LIBOLT, qui m'a suivi, soutenu, conseillé et encouragé tout le long du stage effectué au réseau périnatal de Mayotte. Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe du réseau périnatal de Mayotte de m'avoir permis de réaliser ce stage dans l'association et de m'avoir fait confiance en me confiant la responsabilité d'un projet aussi important.

Je remercie également Mr Olivier PIAU pour son accompagnement et son suivi dans la rédaction de cette étude ainsi que pour ses conseils méthodologiques.

Je n'oublie pas aussi l'ensemble des membres du jury qui m'ont fait l'honneur de leur présence pour la soutenance de ce mémoire en ayant une profonde gratitude pour Mr Christophe EVRARD qui a accepté de présider le jury pour la soutenance.

Je suis également reconnaissante envers toutes les personnes qui m'ont apporté une contribution pour la rédaction de ce mémoire

Sommaire

Introduction	1
Première partie : approche contextuelle	3
Chapitre 1 : contexte socio-démographique et sanitaire de Mayotte	3
1.1 Situation géographique	3
1.2 La population Mahoraise	4
1.3 Offre de santé :	8
1.4 Aspect économique de l'île	15
Chapitre 2 : situation mahoraise sur la planification familiale	16
2.1 La notion de planification familiale	16
2.2 Données quantitatives sur la périnatalité	16
2.3 Où en est l'île dans la politique de planification familiale ?	18
Deuxième partie : la prévention primaire comme réponse aux besoins de la planification familiale.	26
Chapitre 1 : pourquoi la prévention primaire ?	27
1.1 Grossesse précoce et une représentativité importante des jeunes pour les demandes IVG à prendre en compte	27
1.2 Des raisons souvent liées à des problèmes d'information et de communication	28
Chapitre 2 : projet de séances d'éducation vie affective et sexuelle	30
2.1 Le contexte de la mise en place projet :	30
2.2 La présentation du projet	48
2.3 La plus-value du projet sur le territoire mahorais	52
Conclusion	55
Bibliographie	57
Annexes	61
Glossaire	85

Table des illustrations _____ **86**

Table des tableaux _____ **87**

Table des matières _____ **88**

INTRODUCTION

Environ 1 500 naissances à Mayotte tel est le chiffre annoncé par le Centre Hospitalier de Mayotte (2015) concernant la seule période du 1^{er} trimestre 2015. Selon les chiffres observés au cours de premier semestre 2015, on estime le nombre de naissances à plus de 9000 naissances pour cette année 2015. Ce chiffre reste très important si l'on compare celui-ci par rapport aux années précédentes. En effet, Mayotte, île française située dans l'océan indien, se caractérise, du point de vue démographique, par son nombre important de naissances chaque année qui lui donne la réputation de « première maternité de France ».

Ce taux de natalité élevé entraîne des conséquences sur le plan social, sanitaire et économique : chômage important chez les jeunes, délaissement de certains jeunes (ex : mineurs isolés), le manque d'établissements scolaires, de logements, des problématiques foncières. Ceux-ci impliquent une problématique de santé publique que les pouvoirs publics souhaitent maîtriser depuis des années. L'enjeu est de pouvoir emmener la population à avoir un véritable projet de planification familiale de façon à pouvoir assurer le futur des générations dans les meilleures conditions possibles en termes d'emploi, de sécurité, santé, éducation...

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit ainsi la planification familiale en tant que moyen permettant aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité.

A Mayotte, le taux de fécondité important des femmes qui reste la principale préoccupation des pouvoirs publics. Ainsi des campagnes de prévention lancées depuis les années 80 ont été programmées pour l'ensemble de la population en âge de procréer utilisant différents moyens de communication accessible prenant en compte les spécificités culturelles de l'île.

Dans un premier temps, ces campagnes n'ont pas forcément rencontré d'opposition nette et franche de la part des mahorais. Toutefois, ils semblent ne pas être convaincus de l'intérêt des techniques de contraception de leur pouvoir de maîtrise du corps féminin et de reproduction de la famille (S. BLANCHY, 1990).

Cependant, la thématique reste toujours d'actualité si l'on se réfère au nombre de naissances important chaque année. Une part importante de grossesses précoces chez les jeunes filles est à souligner.

Il m'a donc semblé opportun d'étudier les spécificités locales dans la première partie de cette étude. Elle dresse d'une manière générale des éléments de contexte sur Mayotte et sur la planification familiale, en particulier sur les croyances, traditions et sur les représentations qui existent. Cette première partie permet d'avoir un éclairage sur la situation économique, social et sanitaire de l'île qui m'a mené à poser le questionnement suivant : **Quels messages, quels publics pour la politique de planification familiale à Mayotte ?**

En effet, tout jeune département français depuis 2011, Mayotte est une île en pleine mutation où la culture et la religion musulmane pratiquée par 90% de la population sont étroitement liées, où la modernité se heurte à la tradition toujours avec un fort ancrage dans la société. La politique de planification familiale se doit donc de trouver une place dans tous ces aspects pour répondre au mieux aux besoins de la population. Mais quels sont donc ces besoins ? De quelle manière la planification familiale peut y remédier?

C'est donc à travers ces questionnements que s'est construite la deuxième partie de ce mémoire essentiellement orientée vers une piste de réponse possible qui fait l'objet d'un projet en cours de mise en place. En effet, ce projet axé essentiellement sur la prévention primaire dans le domaine de l'éducation à la vie affective et sexuelle constitue un élément pouvant répondre à la problématique. Ainsi, à travers la deuxième partie sera présentée la façon dont le projet a été initié par le biais des études et enquêtes effectués. Il sera aussi démontré dans quelle mesure celui-ci permet d'apporter une réponse globale par rapport aux diverses attentes de la population.

PREMIERE PARTIE : APPROCHE CONTEXTUELLE

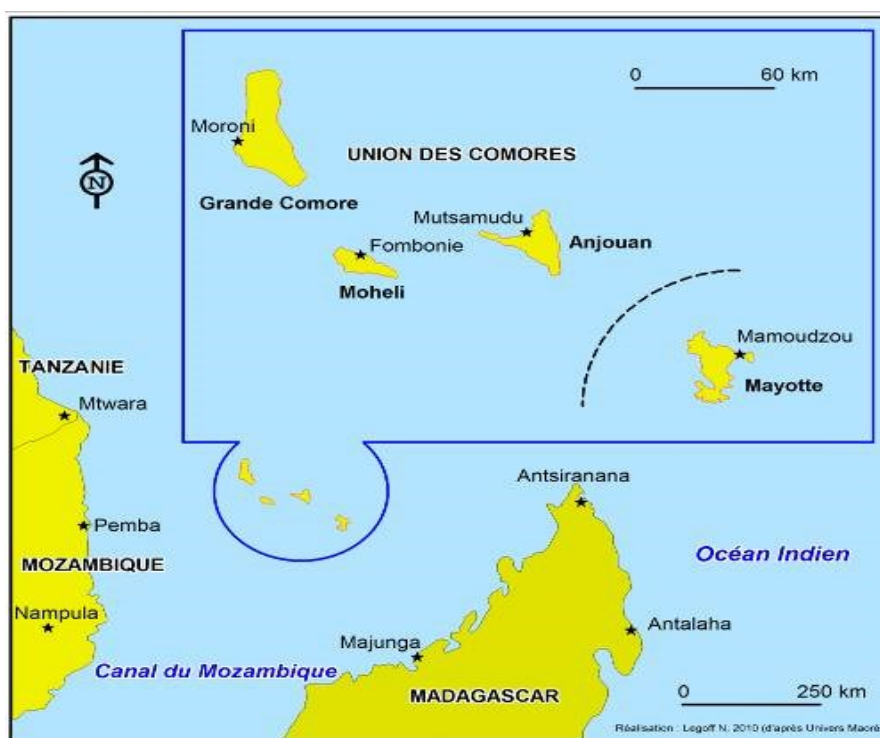
Cette première partie a pour but de dresser des éléments de contexte sur la société mahoraise. Cette partie permettra d'avoir une vision globale de la problématique de cette étude et d'orienter la personne sur le raisonnement vers lequel on souhaite tendre. Il est donc intéressant de faire le point sur la démographie, la société, ses croyances ainsi que sa religion en omettant pas de donner des indications sur le champ économique.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE DE MAYOTTE

1.1 Situation géographique

Mayotte est une île de 374 km² située dans l'océan indien, plus précisément dans le canal du Mozambique entre l'Afrique et Madagascar à environ 8000 kilomètre de la métropole. Elle fait partie de l'archipel des Comores qui regroupe 3 autres îles. Les 4 îles sont nées du même volcan d'où l'appellation les 4 « îles sœurs ». Mayotte est la plus vieille des quatre.

Figure 1: l'archipel des Comores et sa situation géographique



Mayotte comprend deux îles principales, Grande-Terre et Petite-Terre, entourées d'un des plus grands lagons au monde.

1.2 La population Mahoraise

En 2012, l'INSEE estime la population mahoraise à 212 646 habitants. La population s'accroît nettement chaque année (*voir graphique ci-dessous*). Depuis 2007, le taux de croissance enregistré tous les ans est de l'ordre de + 2,7%. La densité de la population est estimée à 569 habitants par km².

Le taux de natalité ainsi que l'immigration clandestine sont principales raisons qui expliquent cette croissance démographique (O. Hebert, J.C Hebert 2011).

Sur l'échelle de la France entière, Mayotte ne représente que 0,3% de la population française. Cependant, les naissances sur le territoire mahorais représentent 1% des naissances sur le plan national (O. Hébert, J. C. Hebert, 2011)

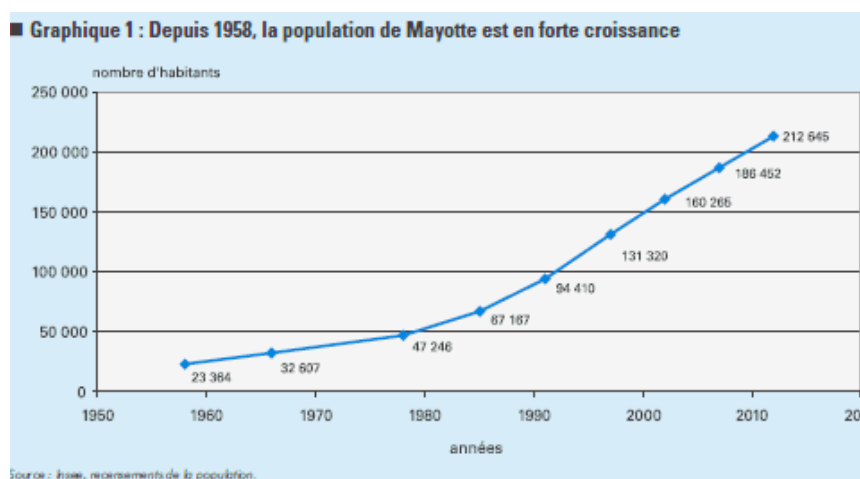


Figure 2: évolution de la population mahoraise de 1958 à 2012 (INSEE, 2012)

La population mahoraise est particulièrement jeune avec un peu plus de la moitié de la population âgée de moins de 25 ans (INSEE, 2012). En effet, c'est ce que l'on peut observer sur la pyramide ci-dessous. En comparaison avec la pyramide de la France hors Mayotte à la même période, une différence semble se remarquer. Pour celle de la France, la base qui

représente la population comprise entre 0 et 30 ans est moins large de celle qui ont entre 35 et 65 ans autant chez les hommes que chez les femmes. La population française pour la majorité est dans la tranche d'âge 35-65 ans.

L'espérance de vie à Mayotte en 2007 est de 73 ans, chiffre inférieur par rapport à celle de la Réunion et Métropole (données 2012). En effet, à la Réunion elle est de 76,6 ans pour les hommes et 83,2 ans pour les femmes. Pour la métropole, elle est de 78,5 ans pour les hommes et 84,9 ans pour les femmes (*ARS OI, Statiss 2014*).

Figure 3: pyramide des âges de Mayotte (2007/2012)

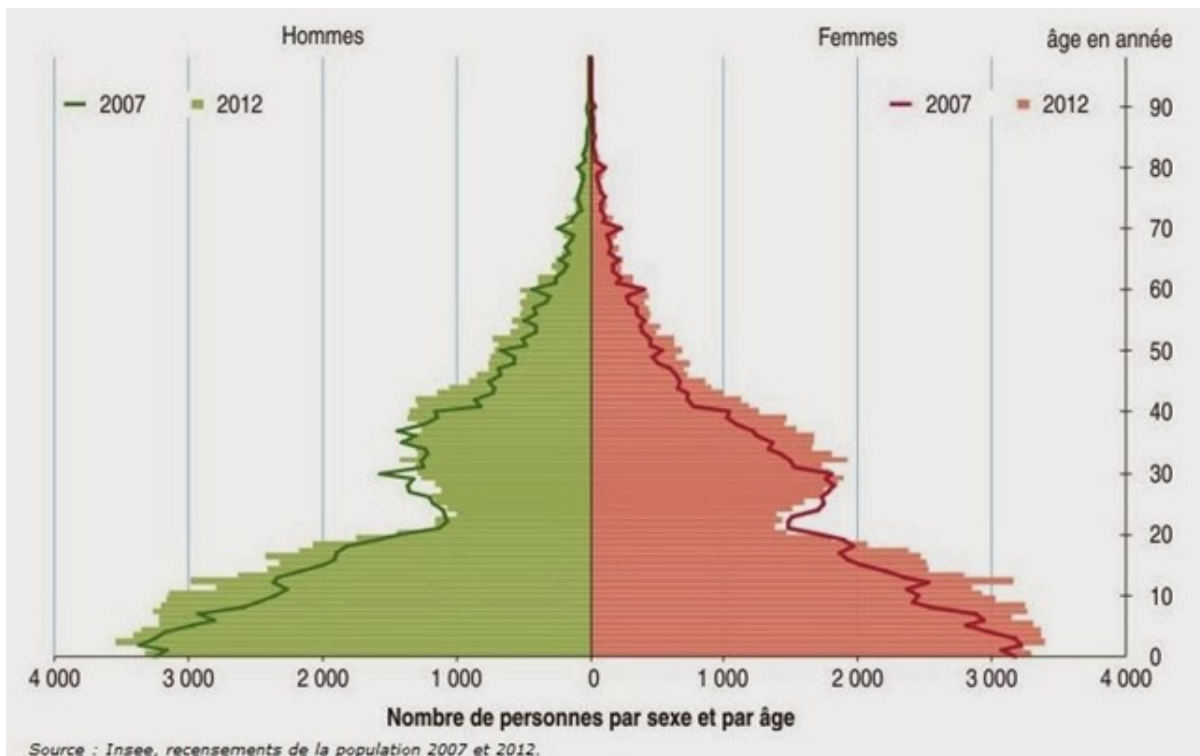
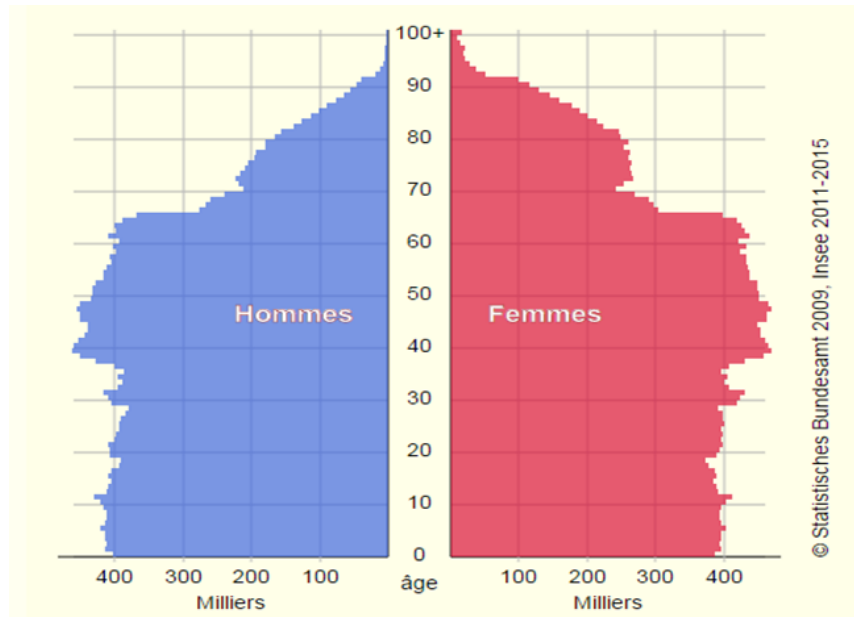


Figure 4: Pyramide de la population française en 2012 (France entière hors Mayotte)



On estime à 40% la part de la population étrangère sur l'île (INSEE 2012). Les personnes immigrantes viennent principalement des îles voisines proches appartenant aux Comores. Sur le plan géographique et au regard du droit international, Mayotte fait partie de l'archipel des Comores qui est composé de 4 îles (Grande Comore, chef-lieu de l'archipel, Anjouan, Mohéli et Mayotte). Cependant, Mayotte sur le plan statutaire est un département français ce qui n'est pas le cas pour les trois autres îles.

Cette spécificité remonte à l'époque coloniale où l'archipel des Comores dans son ensemble était une colonie française. En effet, Mayotte devient une colonie française en 1841 jusqu'à la mise en place d'un référendum en 1973. Ce référendum visait à consulter chaque île sur leur souhait d'acquiescer leur indépendance ou de rester français. Les trois autres îles (Anjouan, Grande-Comores et Mohéli) décident d'être indépendants sauf Mayotte qui a fait le choix de rester une île française en 1975. Un nouveau référendum sur l'évolution statutaire du territoire mahorais de collectivité en département a été organisé en mars 2011. Les mahorais ont répondu largement « oui » à ce changement.

Des inégalités se creusent entre Mayotte et les trois autres îles en termes de niveau de vie, santé, éducation, logement et protection sociale qui semblent être meilleurs à Mayotte. En effet, les Comores se situent au 134^{ème} rang mondial sur 177 pays en termes d'Indice de Développement Humain (IDH). Au vu de la situation, certaines personnes provenant des îles voisines dont la plus proche se situe seulement à 70km tentent d'immigrer clandestinement vers Mayotte. Les raisons de l'immigration clandestine sont multiples et varient selon la personne. Cela peut être pour des raisons sanitaires telles que l'accès aux soins, accouchement plus sécurisé, suivi de grossesse, prise en charge handicap. Toutefois, selon Nazli Joma, psychologue clinicienne « L'école et la santé sont les principales raisons qui motivent les familles à partir » (les *mineurs isolés : le syndrome de l'enfant espoir in être adolescent à Mayotte : quelle histoire, quels avenir ?*). Il est à noter que les raisons ne sont pas exhaustives.

Le terme immigration clandestine à proprement parlé est plutôt récent. Il débute en 1995 avec l'instauration du « visa dit Balladur » qui règlemente la circulation entre Mayotte et les îles comoriennes. Avant la mise en place de ce dispositif, les échanges, les allées et venues entre les îles étaient tout à fait libres.

Aujourd'hui, les personnes venant des îles voisines ont perdu cette liberté, le simple fait de pouvoir marcher dans la rue devient synonyme de peur de se faire attraper par la police aux frontières.

Mayotte représente « l'eldorado » pour les personnes venant des îles voisines puisqu'il est 10 fois plus riche que les autres îles de l'archipel.

1.2.1 Culture et religion marquée par un fort ancrage dans la société

90% de la population mahoraise est musulmane sunnite de rite chaféite. Le courant religieux sunnite « considère le Coran comme une œuvre divine : l'imam est un pasteur nommé par d'autres hommes, faisant office de guide entre le croyant et Allah pour la prière ; dans certaines situations, il peut s'autoproclamer ». (*Le Monde, 2014*)

La pratique de la religion est plutôt modérée. L'islam est présent sur l'île depuis le XV^{ème} siècle. La religion a été héritée du premier peuplement de Mayotte, les arabes. En effet, du Xe siècle au XVIe siècle les shiraziens et peuples d'origine arabopersique s'installent sur l'île introduisant ainsi l'islam et développant le commerce. L'islam est omniprésente dans la

vie quotidienne des mahorais (justice, mariage, circoncision, naissance...). En effet, Jusqu'en juin 2010 le droit musulman et la justice cadiale¹ s'appliquait sur l'île. Avant cette date, le cadi était consulté et agissait pour des questions liées au mariage, la filiation, divorces... et pour des petits litiges. Actuellement, le droit musulman a laissé place au droit commun et le cadi n'exerce que sur des questions de médiation sociale (*O. et J.C HEBERT, 2011*).

L'éducation religieuse est inculquée dès le plus jeune âge par l'intermédiaire de l'école coranique. Dès la naissance d'un enfant, il est de coutume que le père ou un « foundi² » (maître d'école coranique) ou encore un proche de la famille de l'enfant murmure à son oreille droite une prière, la shahada (profession de foi islamique), une invocation à dieu qui explique qu'il n'existe qu'un seul dieu (Allah) et Muhammad³ est son messager. Ce rituel a pour but d'accueillir l'enfant dans la religion, de formuler des vœux bienveillants pour son avenir et de lui donner de bons conseils sur des éléments extérieurs (soleil, pluie, le ciel, l'eau...). Il est même courant à Mayotte que l'enfant étant grand reçoivent les enseignements religieux et laïques en même temps.

Au sein de l'école coranique sont enseignées les bases de l'alphabet arabe pour pouvoir lire et écrire.

Une autre croyance comme l'animisme est présente dans la société héritée de l'Afrique de l'est. Les traditions sont encore très ancrées au sein de la société même si on remarque ces derniers temps une légère déperdition.

1.3 Offre de santé :

En matière de santé des efforts de structuration ont été mis en place pour permettre l'accès à la santé pour tout le monde malgré le manque considérable de professionnels de santé. Le champ de la périnatalité est exclusivement englobé par le CHM et la PMI ce qui peut s'éloigner de leurs missions premières. L'offre libérale quant à elle est plutôt faible.

¹ Adjectif issu du nom « cadi » qui désigne un juge fonctionnaire musulman nommé par l'administration

² En langue locale mahoraise, il peut désigner à la fois le maître coranique ou celui qui a la connaissance

³ Le prophète

1.3.1 Une structuration sanitaire récente, fragile :

La structuration sanitaire à Mayotte est plutôt récente. Elle débute à la fin des années 1960 avec la mise en place des premiers dispensaires ruraux. En ce temps-là, il n'existait qu'un seul hôpital l'hôpital militaire situé à Dzaoudzi (Petite-Terre, capital de l'archipel des Comores en ce temps-là) construit par les colons. La construction de l'hôpital entre 1848 et 1851 faisait partie des priorités du ministère de l'époque. Cet hôpital était destiné aux militaires et aux fonctionnaires.

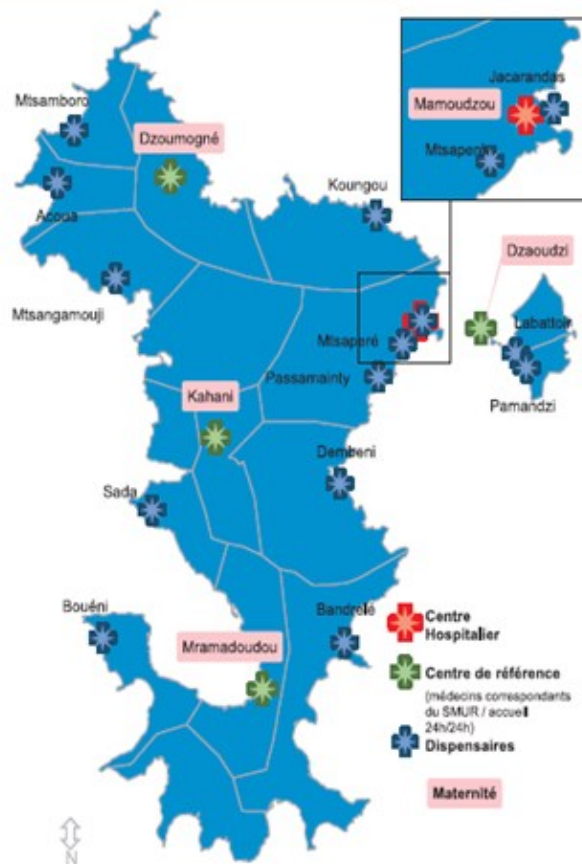
En 1975-76 avec l'installation de la DASS (Direction des Affaires Sanitaires et Sociales), Mayotte a été divisée en sept secteurs sanitaires dotés de dispensaires et de maternités rurales sous la responsabilité d'un médecin. La commune se chargeait de mettre à disposition le foncier, le conseil général construisait les bâtiments et la DASS gérait les structures et recrutement des médecins, les infirmiers étaient formés localement. Chaque individu pouvait bénéficier d'un soin gratuit dans sa commune.

Ces dispensaires locaux sont destinés essentiellement à des missions bénévoles et préventives de vaccination. Ils ont aussi été créés dans le but de palier aux difficultés de transport sur l'île : absence de transports collectifs, mauvais état des routes, faiblesse de l'équipement individuel en automobiles, etc. La restructuration débute en 1997, avec la consolidation du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), établissement public de santé territorial sous tutelle de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) de la Réunion.

Les maternités rurales sont rattachées au CHM en 2000. En 2004, dans le cadre de la réforme de l'organisation des soins à Mayotte, les dispensaires ont été rattachés au CHM, et leur financement est passé du département à l'assurance maladie.

Ce rattachement avait comme objectif de pallier au manque de médecins libéraux. Les différents services du CHM assurent aujourd'hui la quasi-totalité des soins à Mayotte via les hôpitaux de référence et les centres de soins (anciennement dispensaires) répartis sur le territoire (voir la carte ci-dessous). L'activité du CHM a connu un développement important depuis les vingt dernières années.

Figure 5: carte des établissements sanitaires à Mayotte (capture d'écran, ARS OI 2014)



« Entre 1995 et 2002, le nombre de médecins est passé de 15 à 89. Le personnel est passé de 293 à 704 salariés ». Les locaux ont été progressivement reconstruits, et, en 2012, le CHM comptait près de 300 lits et 2 000 agents.

Actuellement l'offre sanitaire se divise en 5 secteurs :

- Secteur 1 : Nord
- Secteur 2 : Centre
- Secteur 3 : Sud
- Secteur 4 : Grand Mamoudzou
- Secteur 5 : Petite terre

Comme l'on peut le constater sur la carte⁴, la plus grande offre en termes de structures de santé se concentre plus au niveau du chef-lieu du département Mamoudzou (secteur 4), plus on s'éloigne de la ville plus les structures se font rares.

L'activité de soins s'organise principalement autour du CHM qui dispose ainsi de 4 centres de référence situés dans les quatre secteurs de Mayotte (Dzoumogné, Kahani, M'ramadoudou et Dzaoudzi). 13 centres de soins sont aussi rattachés au CHM pour les soins de premier recours.

Bien que la prise en charge médicale se soit améliorée au cours des années précédentes, l'île souffre toujours d'un manque de personnel médical et paramédical. On compte 46 médecins généralistes pour 100 000 habitants, alors que le taux pour la métropole est de 162 pour 100 000 (*Préfecture de Mayotte, 2012*).

L'offre libérale est peu développée et mal répartie sur le territoire. Selon le rapport publié par le Sénat, « la raison du non développement de l'offre médicale libérale semble essentiellement tenir à l'incapacité financière de la majorité de la population à avancer les frais de soins et à prendre en charge le ticket modérateur ». Il faut noter aussi que l'île suscite une moindre attractivité de la part des professionnels libéraux. Le peu de professionnels qui sont sur place sont débordés de demandes. La plupart des professionnels libéraux sont installés dans la zone du grand Mamoudzou. En septembre 2014 on comptait :

- 13 sages-femmes libérales
- 2 gynécologues
- Moins de 15 médecins généralistes

A la Réunion, département français voisin de Mayotte, le nombre de professionnels de santé dépasse largement celui de l'île. Au 1^{er} janvier 2014, on comptait 2 267 médecins dont 1143 généralistes et 1 124 spécialistes à la Réunion soit une densité de 270 médecins pour 100 000 habitants. Quant à Mayotte, on enregistre seulement 152 médecins en activités avec 87 généralistes et 65 spécialistes ce qui représente 71 médecins pour 100 000 habitants⁵ (*ARS OI, 2014*).

⁴ Voir annexe 1 : offre sanitaire et médico-sociale Mayotte page 62

⁵ Voir annexe 2 : tableau des professionnels de santé Mayotte, Réunion, Métropole (2014) page 63

Le terme de désert médical s'applique donc aussi pour Mayotte (*rapport diagnostic territorial stratégique de Mayotte, 2012*). Un *turn-over* important des professionnels de santé chaque année sont à observer. Plusieurs raisons expliquent la faible attractivité de Mayotte par les professionnels de santé. En effet, certains professionnels déplorent l'absence de convention entre les médecins et la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Les professionnels demandent à être exemptés des taxes pour les équipements médicaux venant de la métropole qui coûte 30 à 40% plus cher par rapport à la métropole. Ils dénoncent aussi le manque d'infrastructure pour l'entretien des équipements médicaux. (*La Parisienne, 30 septembre 2013*).

En 2013, un décret a été mis en place à Mayotte pour rendre l'île plus attractive par les professionnels de santé. En effet, le décret n° 2014-1024 du 8 septembre 2014 « portant création d'une indemnité particulière d'exercice pour les praticiens hospitaliers à temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques dans le Département de Mayotte. » a mis en place une indemnité d'exercice particulière pour les professionnels dans les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques exerçant dans un établissement public de santé à Mayotte et qui s'engage à y exercer pendant une durée minimale de 4 années consécutives.

Malgré les efforts qui sont faits, des inégalités sont à constater quant à l'accès aux soins au niveau de la population.

1.3.2 Un accès aux soins inégalitaire

Jusqu'en 2004, les soins faits auprès des dispensaires étaient gratuits pour tous les patients. A partir de juillet 2004, une ordonnance relative à « l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte » est venue instaurer le régime de sécurité sociale qui fait une distinction entre les assurés sociaux et les non affiliés.

Ainsi, la gratuité des soins c'est-à-dire la prise en charge à 100% par la sécurité sociale est maintenue pour les assurés sociaux ce qui n'est pas le cas pour les non assurés (*Ordonnance n° 2004-688 du 12 juillet 2004 relative à l'adaptation du droit de la santé publique et de la sécurité sociale à Mayotte*). Cette prise en charge à 100% ne concerne cependant que les actes et soins réalisés au CHM ce qui n'est pas le cas pour ceux qui sont effectués auprès des

professionnels libéraux. L'ordonnance, parle de la mise en place de ces dispositions comme étant une façon de limiter « l'effet d'attraction que le dispositif mahorais exerçait jusqu'à présent sur les pays voisins ». Pour bénéficier du régime d'assuré social, il faut justifier de la nationalité française ou avoir une carte de séjour.

Les non assurés sont pour la majorité, la population en situation d'immigration clandestine. Les soins sont donc payants pour ces derniers et le montant de ceux-ci peuvent varier suivant le motif des soins de 10€ pour une simple consultation jusqu'à 300€ pour suivi de grossesse et accouchement. La dépense de santé par habitant à Mayotte est estimée à 739 euros en 2007 (ARS, 2010).

En ce qui concerne le paiement des soins et consultations quelques exceptions sont prévues pour les mineurs et les enfants à naître. En effet, l'ordonnance « n°2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au département de Mayotte » modifie l'article 6416-5 du code de la santé publique. Selon cet article, « les frais d'hospitalisation, de consultations et d'actes externes sont acquittés directement par les personnes qui ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte »

Cependant, pour la protection des mineurs et enfants à naître, il stipule qu'une exonération des frais d'hospitalisation, de consultations et d'actes externes peut être mise en place si les revenus sont insuffisants pour les mineurs et femmes enceintes. Les ressources de ces derniers sont comparées par rapport à un montant fixé.

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est inexistante à Mayotte. Toutefois, l'Etat participe au financement «au titre des frais d'hospitalisation et de consultations externes des personnes non affiliées au régime d'assurance maladie-maternité de Mayotte » suite à l'ordonnance du 12 juillet 2004. Cette incapacité financière peut s'observer à travers la situation économique de l'île.

1.3.3 La PMI, le CHM deux structures omniprésentes dans la périnatalité :

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) effectue le suivi de grossesse et le CHM réalise les accouchements. L'offre libérale est peu présente dans ce domaine par manque de professionnels.

La PMI effectue tous les suivis de grossesse physiologique d'une manière totalement gratuite pour tout le monde jusqu'au 8^{ème} mois. La consultation du 8^{ème} mois quant à elle, est réalisée au CHM. Au CHM ainsi que chez les professionnels libéraux cela reste payant pour les femmes n'étant pas affilié à la sécurité sociale.

D'une manière générale, le suivi de grossesse n'est pas la mission première d'une PMI. Cependant, face à l'insuffisance de professionnels qui ne peuvent prendre en charge toutes ces personnes et la part importante de personnes qui sont en situation de précarité à Mayotte, la PMI assure ce rôle. La PMI offre les médicaments et fait des vaccins aux jeunes enfants ce qui est censé être une compétence de l'Etat d'après l'article de presse « l'Etat face à ses responsabilités » (*Upanga n° 12 du 3 novembre 2009*).

Selon les propos de la cadre des sages-femmes de PMI, la précarité existe belle et bien chez certaines personnes. Cependant elle estime qu'à Mayotte « les personnes savent se donner les moyens là où il faut⁶ ».

Le CHM et la PMI effectuent des missions complémentaires.

Ces deux structures sont les référents pour la prise en charge des femmes durant leur grossesse.

Actuellement, selon la PMI (2015), il y a 20 sages-femmes de PMI en poste sur l'île. Ils réalisent les missions suivantes :

→ Au niveau des maternités les sages-femmes prennent en charge :

- Les consultations en urgence de gynécologie et obstétrique
- Les consultations de suivi de grossesses pathologiques
- Consultation du 9^{ème} mois
- Les accouchements

→ A la PMI, les missions des sages-femmes sont les suivantes :

- Le suivi des grossesses physiologiques,

⁶ Voir annexe 4 : entretien n°2 page 67

- les consultations pré et post-IVG,
- les consultations gynécologiques de prévention,
- l'éducation à la sexualité soit au sein de la PMI ou dans les établissements scolaires
- Organisation de visites à domicile pour les personnes jugées en grande précarité et qui ne peuvent pas se rendre vers les points de consultations. Selon, la cadre des sages-femmes (*voir entretien annexe...*), ces visites sont peu fréquentes compte tenu du manque de moyens.

Les sages-femmes jouent un rôle important dans les suivis de grossesse par insuffisance de nombre de gynéco-obstétriciens.

- La PMI est divisée en 2 pôles, d'un côté le pôle «femmes » et de l'autre le pôle « enfants ».

1.4 Aspect économique de l'île

L'économie mahoraise se caractérise par une forte économie informelle majoritairement dans les secteurs de l'agriculture, la pêche, le commerce. Souvent, ce sont des emplois précaires effectués par des personnes en situation irrégulière.

22% des logements sont insalubres à Mayotte au sein desquels les habitants n'ont pas accès ni en eau ni en électricité. 25% des ménages n'ont pas accès à un point individuel d'eau potable.

Le taux de chômage est estimé à 26%. Les prestations sociales (ex : le revenu de solidarité active) ont été mises en place que récemment à Mayotte. Leurs montants sont encore très éloignés de celui de la métropole et selon Françoise Guillemaut dans son étude, (*Prostitution et échanges economico-sexuels à Mayotte, des réponses à co-construire, 2013*) il faudrait attendre 20 à 25 ans pour que ce montant soit aligné avec celui de la métropole à cause de la crise économique actuelle.

A Mayotte, 1 habitant sur cinq vit avec moins de 100€ par mois (*ARS, 2010*).

CHAPITRE 2 : SITUATION MAHORAISE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

Après 35 ans, depuis son lancement, le programme de planification familiale à Mayotte a connu quelques évolutions du fait du changement de la société. Certaines problématiques se sont résolues, d'autres semblent être toujours d'actualité. Une rapide présentation historique et statistique permettra de mieux visualiser la situation.

En amont, il serait opportun de s'intéresser à la notion de planification familiale.

2.1 La notion de planification familiale

D'après la définition donnée par l'OMS, « la planification familiale permet aux individus et aux couples d'anticiper le nombre d'enfants désirés, d'espacer les naissances et de planifier leur naissance. Ceci est possible grâce à l'utilisation de méthodes contraceptives et au traitement de l'infertilité. »

« La capacité d'une femme à espacer et à limiter ses grossesses a un impact direct sur sa santé et le bien-être ainsi que sur l'issue de chaque grossesse. »

2.2 Données quantitatives sur la périnatalité

En 2013, le CHM a enregistré 1344 IVG, chiffre en augmentation par rapport aux années précédentes à savoir 2011 (1299) et 2012 (1325). L'unité fonctionnelle d'orthogénie a mené une étude afin d'avoir une idée sur les raisons de recours à l'IVG. Elle a donc identifié les raisons suivantes :

- des erreurs liées à la contraception,
- le manque de communication entre les générations sur le sujet de la sexualité,
- la polygamie : elle est tolérée dans la religion musulmane mais interdite par la loi française depuis 2010 sur l'île. A Mayotte il est difficile d'estimer la polygamie puisque les mariages sont organisés de façon traditionnelle.
- l'inceste le viol

- la situation économique de la personne.

En dehors de celles qui sont citées, une autre comme celle identifiée par Joëlle Rastami n'est pas à exclure. Elle parle de l'évolution du rite sexuel à Mayotte. Selon elle, on est passé du « gourouwa⁷ » au pinceau et du pinceau à la pénétration. Le « gourouwa est une technique connue de toutes les générations et réservée aux adolescents qui évite la défloration et le contact sexuel complet » (S.Blanchy 1988). La pénétration étant un acte sexuel non toléré avant le mariage, les jeunes filles s'appliquaient à utiliser d'autres alternatives pour ne pas perdre leur virginité. Cependant, elles ne restent pas sans risques de grossesse.

Le taux de fécondité à Mayotte est supérieur à celui de la Réunion. On enregistre pour Mayotte 125 naissances pour 1000 femmes en âge de procréer contre 65,6 pour mille à l'île de la Réunion. Il est à constater sur Mayotte, une différence entre le taux de fécondité des femmes de nationalité étrangère (comoriennes pour la plupart) et celles de nationalité française. Pour une femme de nationalité française il est de 3,5% pour une femme de nationalité étrangère il est de 6,4% (O. Hébert, J.C. Hebert 2011).

La plupart des femmes venant des îles voisines immigrent clandestinement sur Mayotte pour pouvoir accoucher par manque d'infrastructures de prise en charge sur leur île d'origine.

Peu d'entre elles décident de retourner aux Comores après leur accouchement. Deux tiers des mères à Mayotte sont comoriennes avec une majorité en situation irrégulière (O. Hébert, J.C. Hebert 2011).

En 2013, 31,2 pour mille est le taux de natalité enregistré à Mayotte et pour la Réunion, il est 16,7 pour mille. On estime qu'à Mayotte chaque jour il naît l'équivalent d'une salle de classe.

⁷ Dénomination en Shi-maoré (langue locale) qui désigne le coït intercrural

2.3 Où en est l'île dans la politique de planification familiale ?

2.3.1 Retour sur l'historique

La planification familiale à Mayotte a débuté dans les années 80, c'est en même temps à cette période que les moyens de contraception ont été introduits.

En effet, les pouvoirs publics à cette époque ont estimé qu'il était important de se positionner sur cette thématique car elle entraînait plusieurs conséquences sur la société (*Anchya Bamana, le stérilet et la femme mahoraise, 1999*) :

- Chômage important
- Surpeuplement des établissements scolaires
- Insuffisance des infrastructures sanitaires et sociales
- Augmentation de la délinquance juvénile

D'après l'entretien que j'ai eu avec une professionnelle de santé installée depuis des années sur l'île⁸, le premier moyen de contraception qui a été utilisé était la dépoprodasone.

La dépoprodasone est un contraceptif administré sous forme d'injection de progestérone⁹ qui dure 3 mois. Actuellement elle n'est plus utilisée que dans le cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives.

Selon la professionnelle de santé, RASTAMI Joëlle, cette méthode contraceptive à cette époque était adaptée pour les femmes étant donné le contexte. En effet, certaines femmes ne souhaitent pas que leur mari sache qu'elles utilisaient un moyen de contraception, cette méthode semblait donc être la mieux adaptée puisqu'elle n'était pas « visible ».

De plus, ce moyen a été jugé moins contraignant que la pilule qui elle, nécessite de la prendre à une heure précise et exige une certaine régularité dans sa prise. Les femmes n'ont pas forcément en tête la notion du temps, elles n'étaient pas capables de se repérer dans le temps. La prise de contraceptif de façon régulière constituait donc un frein pour elles.

⁸ Voir annexe 3 : entretien n° 1 page 64

⁹ Hormone produite par le corps et fabriqué synthétiquement, notamment pour les contraceptifs

En 1989, la dépoprodasone fut supprimée en raison des effets secondaires qu'elle provoquait chez certaines femmes (ex : saignements abondants). C'est un moyen qui ne peut s'utiliser sur le long terme. L'arrêt de celle-ci a été difficile à Mayotte.

La mise en place de la dépoprodasone et le lancement des campagnes de planification familiale se sont effectués à la même période. La première campagne a été concrètement lancée à la fin de l'année 1979. La planification familiale avait comme objectif de réduire la natalité pour des raisons de santé publique et démographique.

Ces campagnes étaient destinées à toute la population en âge de procréer. Elles ont été mises en place suivant 3 phases respectives selon le Docteur Abdoulkarime ABABINE¹⁰, ancien médecin coordonnateur de la PMI. Ces 3 phases avaient comme objectif d'emmener la population d'une manière progressive dans la compréhension de la planification et son acceptation. Pour bien faire passer les messages, des fameux proverbes mahorais ont été repris comme slogan à titre d'exemple : « Kandre Karamba bass¹¹ » et « Pandza ata pandza réhéma¹² ».

La première phase consistait en l'espacement des naissances s'appuyant sur la religion musulmane, une façon de rassurer le public en prônant le message « vous pouvez le faire parce que l'islam le permet ! ». Espacer les naissances pour des raisons de santé de la mère et de l'enfant. D'après le Coran, le mari doit égalité de traitement à toutes ses épouses et il ne devrait pas avoir plus d'enfants qu'il ne peut en nourrir. Le Coran recommande également aux mères d'allaiter leurs enfants jusqu'au moins l'âge de 2 ans.

La deuxième phase était orientée vers le bien-être familial (des enfants, de la mère et du père) toujours sans trop s'éloigner des principes religieux. Le message ainsi véhiculé était « faire un enfant quand on est prêt » pour pouvoir répondre aux besoins de chacun.

Vient alors la troisième phase axée sur la limitation des naissances avec le slogan « 1, 2,3 bass¹³... ». Faire passer le message aux mahorais pour faire moins d'enfants. Selon les précisions données par madame Joëlle Rastami¹⁴, la campagne « 1, 2,3 bass... » a été mis en

¹⁰ Voir annexe 6 : entretien n°3 page 71

¹¹ « Qu'il ne marche pas, qu'il ne rampe pas ça suffit ! » terme utilisé par les mahorais qui désignait les enfants ayant peu d'écart en âge

¹² « Louange pour l'espacement des naissances ! »

¹³ 1, 2, 3 ça suffit !

place sous l'égide du Préfet qui estimait que les précédentes campagnes n'avaient pas données les résultats attendus. De plus, étant donné que les mahorais souhaitaient une évolution politique du statut de l'île, à savoir devenir collectivité départementale, l'Etat a déclaré qu'il était important de sortir Mayotte de son incapacité à maîtriser la natalité.

Un argument qui a fait polémique vis-à-vis des religieux et de la population puisqu'ils estimaient qu'il s'éloignait des principes de la religion. En effet, l'un des principes fondamentaux de l'islam est que « toute limitation imposée des naissances est contraire à la volonté divine ». La limitation des naissances était perçue par les femmes comme une façon de leur enlever leur liberté d'agir. L'interruption volontaire de grossesse quant à elle est strictement interdite sauf en cas de danger de la mère ou de l'enfant.

En 1990, dix ans après le premier lancement du programme de planification familiale, une étude a démontré que « le nombre absolu de femmes « contraceptées » et leur pourcentage par rapport à la population cible augmente chaque année » (*la contraception à Mayotte in premières journées mahoraises de la mère et de l'enfant, Hebert Odile ; Ouvrard Patricia*).

Néanmoins, les problèmes de natalité et de contraception semblent toujours revenir dans les discussions et semble même figurer dans les préoccupations politiques puisque selon un article (*l'étonogestrel en implant sous-cutané : un nouveau moyen de contraception à Mayotte ?*), « lors de la visite du président de la République Française à Mayotte en mai 2011, ces problèmes de natalité et de l'adhésion encore trop modérée à la contraception ont été évoqués ». La natalité devient un enjeu national.

Ce qui semble manquer dans les politiques de planification à Mayotte selon Joëlle Rastami, est la prise en compte de la santé génésique de la population (*voir entretien*). Elle déclare « Il n'y a pas eu d'accompagnement dans la santé génésique quand on voit que même actuellement certaines considèrent encore l'interruption volontaire de grossesse comme un moyen de contraception. »

¹⁴ Voir entretien page 64

2.3.2 Une politique de planification familiale qui ne répond pas forcément au concept de la santé génésique

La santé génésique c'est de prendre la femme avec sa vision économique, culturelle de façon globale, ainsi que son niveau de représentation de l'enfant et pouvoir proposer d'autres alternatives comme l'accès à l'école, le travail, épanouissement, avoir une reconnaissance en tant qu'individu.

Le concept de santé génésique ou santé en matière de reproduction est apparu lors de la troisième conférence mondiale sur la population qui s'est tenue en 1994 au Caire, en Egypte (*Pierre Martinot Lagarde, la santé génésique : nouveau concept démographique*). Cette conférence organisée par les Nations unies a regroupé les pays membres.

Selon Pierre Martinot Lagarde, la santé génésique est la synthèse de trois objectifs d'une politique pour le bien être de la population qui sont les suivants :

- les individus doivent pouvoir bénéficier d'une vie sexuelle épanouissante et sans risque
- les individus doivent pouvoir décider du nombre d'enfants qu'ils mettront au monde
- les individus doivent avoir « les meilleures chances » de mettre au monde des enfants bien-portants

Ce qui suppose selon l'auteur d'après le document issu de la conférence, « que tous, hommes et femmes, puissent avoir accès à des méthodes fiables de planification des naissances et, éventuellement, « quand la loi ne l'interdit pas », à des méthodes médicales pour interrompre des grossesses non désirées. Ces objectifs invitent en particulier à améliorer la protection maternelle et infantile, ainsi que la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Cependant, l'accès à la santé génésique doit aussi engager une amélioration des conditions de la vie humaine et des relations personnelles. »

Sur le dernier principe, de l'amélioration des conditions de vie humaine et relations humaines que le problème se pose à Mayotte et qui explique en partie le taux de fécondité important des femmes. En effet, les conditions de vie sont difficiles à Mayotte voir ci-après),

pour certaines femmes la solution qui reste est d'avoir des enfants pour assurer l'avenir économiquement parlant. Il y a évolution des besoins de la femme qui ne sont pas forcément pris en compte dans les campagnes. Aujourd'hui à Mayotte, les besoins des femmes ne sont plus les mêmes mais ont toujours la même finalité : acquisition d'un statut, être reconnue comme une femme par la société (*voir annexe 3*).

Selon l'OMS, « La santé génésique et sexuelle est fondamentale pour les individus, les couples et les familles, et pour le développement socio-économique des communautés et des nations ».

Au-delà de la dimension sanitaire et préventive, l'aspect sociologique notamment la représentation de l'enfant dans la société mahoraise semble entrer en compte dans le choix de la planification familiale.

2.3.3 La femme et l'enfant : deux personnages avec une place particulière dans la planification familiale

L'enfant dans la culture mahoraise symbolise la richesse, plus une femme aura des enfants mieux ce sera pour elle. L'enfant ainsi arrivé à maturité pourra subvenir aux besoins de sa famille. « Les enfants représentent avant tout une main d'œuvre et une assurance vieillesse » (O. Herbert, J.C Hebert, 2011). Culturellement le garçon pour apporter les besoins d'ordre matériel et la fille pour la prise en charge physique, pour les ménages, les soins des parents avancés en âge.

Depuis quelques années la représentation de l'enfant a quelque peu évolué. Plusieurs facteurs expliquent cela :

- L'émancipation des femmes mahoraises
- L'entrée des femmes dans la vie active
- Le désir d'offrir à l'enfant une vie meilleure

Dans la société mahoraise une femme n'a de statut qu'à partir du moment où elle devient mère. Pour être mère il faut déjà répondre à certaines normes autant du point de vue personnel que social (se marier, avoir un travail, construire sa maison...)

En effet, pour avoir un enfant il faut déjà se marier, un enfant en dehors du mariage coutumier est considéré comme une honte pour la famille. Dès le moment où la femme se marie, elle espère ensuite avoir un enfant puisque son statut change. Elle peut ainsi être autorisée à prendre la parole dans un groupe de femmes ce qui n'est pas le cas pour une jeune fille ou pour une femme mariée mais sans enfant (*J.C. Hebert, O. Hebert, 2011*). « Plus on a d'enfants, plus on passe dans une tranche d'âge supérieure du point de vue de l'expérience, du prestige, les enfants sont comme une extension de la mère » (*S. Blanchy, 1988*).

Les principes de travailler et construire sa maison par ses propres moyens sont des normes introduites plutôt récemment dans la société mahoraise. Avant la femme pouvait se marier même si elle n'avait pas de travail. La majorité n'était pas scolarisée, le mari s'occupait des besoins financiers et matériels de sa famille. La construction de la maison quant à elle, était à la charge du père de la femme. Le père devait donner une maison à chacune de ses filles, dans laquelle elle habiterait avec son futur époux.

Aujourd'hui, les femmes mahoraises sont de plus en plus émancipées. Une distinction entre deux catégories de femmes s'est construite: la femme traditionnelle et la femme moderne. C'est le constat que dresse J. RASTAMI lors de l'entretien. Selon elle, désormais on peut dire qu'on retrouve deux profils différents de femmes à Mayotte.

D'un côté, celle qui a eu « la chance » d'être scolarisée, qui se veut être indépendante matériellement que financièrement pour pouvoir ensuite planifier un projet d'avoir un enfant auquel elle pourra subvenir aux besoins. La prise de contraceptif est bien acceptée.

De l'autre, la femme plus traditionnelle ou bien dans une situation difficile (précarité, situation irrégulière...) dont le fait d'avoir un enfant ne sera pas forcément planifié. Elle est beaucoup plus dépendante de l'homme sur le plan financier. Plus elle aura d'enfants, mieux ce sera car ce sera pour elle sa richesse. Elle espère que l'un d'entre eux pourra subvenir à ses besoins personnels dans le futur. Pour certaines, avoir un enfant né d'un père français et / ou sur le sol français c'est une façon de pouvoir régulariser sa situation administrative (ex : avoir

la nationalité française, obtenir titre de séjour ...). C'est une manière aussi d'inciter l'homme (parfois polygame) ayant un enfant à sa charge, à apporter argent et biens matériels à la famille. La prise de contraceptif suscitera moins d'intérêt de leur part.

En effet, l'homme dans la société mahoraise possède une grande liberté, il peut se marier et répudier sa femme et parfois sans tenir compte des enfants. Ce qui constitue la plus grande angoisse des femmes qui s'empresse juste après le mariage ou remariage d'avoir un enfant, une sorte de ciment conjugal. (*S. Blanchy 1990*).

Le remariage souvent après répudiation est fréquent à Mayotte d'une part car la religion interdit toute relation qu'un homme peut avoir avec une femme en dehors du mariage. D'autre part, le remariage pour certaines femmes, est une manière de trouver en l'homme un soutien économique pour élever les enfants qu'elle a déjà. D'après Sophie Blanchy, « La femme mahoraise est mère inéluctablement et cherche à rester épouse le plus longtemps. »

L'idée de vouloir rester épouse le plus longtemps possible peu importe la situation dans laquelle le couple traverse est avéré. Un proverbe mahorais souvent employé par les femmes dans ce cas nous dit :

"hayiri ya shibao bombo raha na mulango wadzi"

(Il vaut mieux une vieille planche plutôt qu'une porte grande ouverte)

En l'appliquant au contexte, ce proverbe signifie pour les femmes qu'il vaut mieux rester épouse plus longtemps même si la vie conjugale ne fonctionne pas très bien que de se retrouver célibataire.

Sophie Blanchy, dans son étude anthropologique datant de 1990 (*la mère et l'enfant à Mayotte, 1990*) décrit la même catégorie de femmes que l'on rencontre de nos jours. En effet, selon elle « une autre génération, celle des adultes de ces prochaines années, a accès à la scolarisation et échappe à un plus grand nombre à la société traditionnelle qui était le seul univers de leurs parents. Les jeunes femmes de cette génération auront toujours besoin d'enfants

pour s'épanouir et s'affirmer dans le statut de leur sexe... ». On remarque dans ce passage un glissement vers une mentalité plus moderne et occidentale de la part des femmes laissant petit à petit de côté l'aspect traditionnel plutôt aux parents.

Par ailleurs, on constate que même si, il y a eu évolution, la place d'un enfant reste toujours aussi importante dans le plan de vie de chaque femme. Une véritable femme doit être en mesure de procréer. La stérilité à Mayotte n'est pas acceptée, perçue comme un drame autant du point de vue personnel, familial que social (*J.C. Hebert, O. Hebert, 2011*).

Même si deux profils de femmes de situation différentes semblent s'opposer. L'existence d'un lien économique semble malgré tous les rapprocher.

DEUXIEME PARTIE : LA PREVENTION PRIMAIRE COMME REPONSE AUX BESOINS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.

Depuis de nombreuses années, d'importants efforts en matière d'éducation à la vie affective et sexuelle ont été entamés à Mayotte même si certaines ont eu du mal à être acceptées par la société. Avec les efforts poursuivis, on remarque que la planification familiale trouve sa place petit à petit dans le plan de vie des couples grâce à la prévention notamment.

Il a été jugé nécessaire de poursuivre les efforts employés auprès du public jeune essentiellement, une meilleure façon de faire passer les messages à leurs aînés.

CHAPITRE 1 : POURQUOI LA PREVENTION PRIMAIRE ?

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a donné une définition précise de la prévention: « La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. »

1.1 Grossesse précoce et une représentativité importante des jeunes pour les demandes IVG à prendre en compte

Sur l'île de Mayotte, la maîtrise de la fécondité est un véritable enjeu de santé publique notamment si l'on se réfère aux chiffres concernant les naissances et le nombre de recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) selon les données issues du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) du Centre Hospitalier de Mayotte. En 2013, il y a eu 6 524 accouchements enregistrés et 1 344 IVG dont 176 ont été effectués sur des mineures. Entre 2003 et 2009 plus des 2 tiers des femmes qui ont avorté avaient entre 18 et 35 ans (PMSI CHM).

Selon les données du CHM, le taux de recours à l'IVG chez les femmes ayant entre 15 et 49 ans est de 25,4 pour mille en 2013 plus élevé qu'à la Réunion avec un taux de 19,4 pour mille (2012). Le taux de mineures qui ont déjà fait un acte d'interruption volontaire de grossesse est de l'ordre de 14% dont 2% ont moins de 15 ans sur la période 2012/2013 (PMSI CHM). La représentativité des mineures pour l'IVG est très importante.

Il n'existe pas d'indicateurs qui permettent de recueillir des informations pour savoir si les grossesses chez les jeunes sont désirées.

1.2 Des raisons souvent liées à des problèmes d'information et de communication

Il n'existe sûrement pas de liste exhaustive permettant de connaître les raisons qui peuvent expliquer le phénomène de grossesse précoce à Mayotte. Néanmoins une recherche sur les facteurs a permis de démontrer que les raisons sont souvent liées à des problèmes de communication et d'information.

En effet, dans le mémoire de madame Anchya BAMANA (*prévention des grossesses des adolescentes à Mayotte, 2002*) un certain nombre de facteurs ont pu être identifiés.

En premier lieu, la société en elle-même, du fait de sa culture et tradition, estime que la femme n'a de considération sociale qu'à partir du moment où elle se marie et devient mère. On évoque aussi dans ce mémoire toute cette problématique de manque de communication entre les générations sur le sujet de la sexualité, notamment entre les parents et enfants, qui prédominent encore actuellement. En effet, la société considère que les rapports sexuels ne peuvent se faire que dans le cadre du mariage coutumier. En dehors de cela, tout ce qui s'approche de la sexualité est tabou d'où cette absence de communication.

Une jeune fille qui tombe enceinte hors mariage est reconnue comme une honte pour la famille, ce qui s'accompagne souvent par un rejet du cercle familial. Dans le cas où la famille accepte d'accompagner la jeune fille cela se fait par des reproches jusqu'à ce qu'elle accouche.

En second lieu, l'auteur a constaté dans son étude deux problématiques : un manque d'informations sur la contraception et de fausses rumeurs négatives « Ari Ari » véhiculées par les personnes et qui ont tendance à dissuader les femmes d'avoir recours aux moyens de contraception. C'est un phénomène qui existe encore actuellement.

Un problème de décalage entre les expériences vécues par les aînés et celles des jeunes, en raison de la modernisation et des changements de l'île est à prendre en compte.

Ce décalage peut s'expliquer par le fait que les jeunes et les aînés n'ont pas eu forcément les mêmes informations sur la sexualité. En effet, d'après le mémoire de TOUMBOU DANI Mariama (*pour une prise en charge adaptée des jeunes filles enceintes à Mayotte, 2000*) ce n'est qu'en 1976 que les informations sur la contraception et sexualité sont apparues dans le

programme scolaire des élèves de 4^{ème}. Le service de santé scolaire quant à lui n'a été mis en place qu'en 1996.

L'auteur dresse le même constat que Mme Anchya BAMANA sur la problématique des tabous sur la sexualité. Du point de vue des parents, parler de la sexualité avec les enfants serait une façon de les inciter pour le passage à l'acte. Chez les jeunes, la prise de contraceptifs comme la pilule est rare voire inexistante par crainte de la réaction de la mère. Si celle-ci est utilisée, c'est souvent en cachette.

Des obstacles quant à la délivrance de certains moyens de contraception du fait des habitudes de la femme mahoraise ont été soulevés. Par exemple, dans le cas de la pose du stérilet, certains professionnels seraient réticents voire refusent de le poser car cela serait incompatible avec l'hygiène de la femme mahoraise car elles pratiquent le lavage vaginal.

Dans le département de Mayotte, où l'on connaît la jeunesse de la population (54% de la population a moins de 20 ans selon les chiffres de l'INSEE 2012), la prévention primaire en milieu scolaire apparaît comme une clé des comportements futurs de ces adultes en construction. En effet, l'école a pour mission d'instruire, d'éduquer et de développer chez les élèves des comportements responsables. Elle a en particulier un rôle spécifique, complémentaire de celui des familles, dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents dans la préparation à leur future vie d'adultes. L'éducation à la vie affective et sexuelle, composante de l'éducation du citoyen, contribue à cette construction individuelle. La prévention primaire dans ce contexte semble être la plus intéressante puisque les problématiques touchent même les plus jeunes.

CHAPITRE 2 : PROJET DE SEANCES D'EDUCATION VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

2.1 Le contexte de la mise en place projet :

2.1.1 Le cadre réglementaire et législatif

2.1.1.1 Au niveau national

Dans le cadre de l'évaluation de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation sur la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer, l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) a dressé un rapport¹⁵ en octobre 2009. Ce rapport révèle que sur l'ensemble des départements d'Outre-mer « *la prise en charge de l'IVG reste à améliorer, l'utilisation des contraceptifs est relative et des difficultés persistent pour diffuser l'éducation à la sexualité, notamment dans les établissements scolaires* ». Selon ce même rapport on remarque que les traditions, religions et mouvements sectaires ont une forte influence sur le choix des personnes concernant l'utilisation des contraceptifs.

A ce sujet, à la Réunion il a été révélé que les formations des professionnels et représentants des secteurs associatifs ont permis d'atténuer les éventuels freins culturels et religieux liés à la prise de contraceptif. La question des grossesses précoces et des IVG des mineures y est une priorité de l'Etat qui a comme objectif de mobiliser l'ensemble des partenaires en impliquant les élus afin de mettre en place un plan régional de prévention pour améliorer la prévention en milieu scolaire.

Pour l'IGAS, du fait du nombre élevé de jeunes filles qui tombent enceinte dans les collectivités d'outre-mer, il apparaît important de renforcer la connaissance des situations et des comportements à risque de grossesse précoce, et de renouveler et pérenniser les actions sur l'information, la communication et l'éducation à la sexualité.

Elle préconise aussi de favoriser des campagnes d'information locales qui mêleraient directement les destinataires de ces informations. Elle cite le théâtre socio-éducatif comme un bon moyen de faire passer des messages puisqu'il y a une réelle interaction.

¹⁵ Evaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2011 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en outre-mer

A l'issue de cette évaluation, l'IGAS a formulé des recommandations générales pour les départements d'Outre-mer s'orientant vers cinq objectifs :

- Intensifier les actions d'éducation à la sexualité mais sous une forme adaptée
- Renforcer la place de la planification familiale dans le parcours contraceptif et l'IVG
- Faciliter l'observance de la contraception
- Intégrer cette thématique dans l'organisation régionale future
- Mieux adapter les actions d'information et de communication

2.1.1.2 Au niveau local

Le projet s'inscrit dans le cadre du Projet Régional de la Santé (PRS) de l'ARS Océan Indien (Mayotte et Réunion) 2012-2016. Un PRS, est un « outil stratégique de la politique de santé. Il définit les priorités, les objectifs et les actions de santé qui devront être conduits sur un territoire donné pour les cinq prochaines années. L'enjeu principal du projet de santé est de développer, en cohérence avec le parcours de vie des personnes, des coopérations transversales entre des secteurs jusqu'ici cloisonnés (promotion de la santé, prévention médicalisée, soins de ville, soins hospitaliers et prises en charge médico-sociales) et de définir une stratégie santé en complémentarité avec les autres politiques pour favoriser les synergies favorables à la santé et plus largement au bien-être des personnes. Ce même PRS est sectionné en 3 parties différentes (plan stratégique, schémas et programmes).

Pour l'élaboration du plan stratégique de santé, à savoir 5 domaines d'action ont été retenus :

- Périnatalité et petite enfance
- Maladies chroniques
- Handicap et vieillissement
- Santé et environnement
- Santé mentale, y compris addictions et la santé des jeunes

Ces domaines d'actions ont été déclinés en 22 priorités. Notre projet s'inscrit dans le premier domaine d'actions dont la priorité est la maîtrise pour chaque femme ou chaque couple de son projet d'enfant. Cette priorité a comme objectif de permettre aux femmes et aux hommes de maîtriser leur fécondité en développant l'information sur la sexualité et l'accès à la contraception et prévenir la survenue des grossesses précoces.

2.1.2 Etudes et enquêtes :

2.1.2.1 Etats des lieux réalisés par REPEMA

Le réseau de santé a également mené une étude au niveau local pour avoir des éléments concrets sur les problématiques que rencontre la population. En effet, le réseau lors de ses déplacements via les consultations dans l'antenne mobile (Repemobile) qui sillonne toute l'île deux fois par semaine vers les villages un peu éloigné où les personnes ont des difficultés d'accès aux soins et aux informations a relevé plusieurs constats. D'une part, un accès à la contraception très hétérogène sur le territoire et d'autre part, le manque de connaissances sur l'anatomie et la physiologie humaine qui rend difficile l'interprétation des symptômes. De ce fait, il a été décidé de mettre en place un état des lieux le plus global possible sur l'accès à la contraception.

Cet état des lieux a concerné aussi bien les professionnels de santé que les usagers pour avoir une vision plus globale.

Au niveau des professionnels de santé, quatre profils de professionnels ont été ciblés :

- les prescripteurs (sages-femmes, médecins généralistes, les gynécologues) :

Une réunion d'échange a donc été proposée dont l'objectif était double : identifier les freins à tous les niveaux du parcours de contraception (première contraception, renouvellement et contraception d'urgence) et échanger avec les professionnels directement impliqués dans les parcours de contraception existants ainsi que d'identifier les leviers possibles ¹⁶ et le partager. La réunion s'est passée le 25 juin 2014 avec la participation de 26 professionnels.

¹⁶ Voir annexe 5 : freins et leviers possibles page 69

- Les professionnels concernés par le renouvellement et la délivrance de contraception (les pharmaciens)

Les 17 pharmacies du territoire ont été conviées à la même réunion que les prescripteurs et renouveleurs. Seule une pharmacie était représentée, une relance par téléphone sur leurs pratiques a été faite. Tous ont régulièrement reçu des demandes d'informations sur la contraception. Une question a été posée sur leur pratiques quant au renouvellement de prescriptions de contraceptifs oraux pour 6 mois dans le cadre du décret du 17 juillet 2012 : globalement ils ont évoqué qu'ils renouvelaient pour 1 ou 3 mois mais rarement pour 6.

Une autre interrogation a été faite sur la délivrance de contraceptifs chez les mineurs. Très peu ont été face à une ordonnance avec la mention « contraception mineure » destinée à supprimer l'avance de frais et à ouvrir la possibilité de l'anonymat de la délivrance. Tous ne connaissaient pas cette procédure.

Concernant la contraception d'urgence, tous connaissaient la procédure d'anonymisation pour les mineures. Au niveau de l'information délivrée aux patientes venant se procurer la contraception d'urgence. Ils déclarent que celle-ci n'était pas toujours complète. Notamment, la recommandation d'effectuer un test de grossesse à distance (puisque la méthode n'est pas efficace à 100%) et de consulter un professionnel de santé pour une contraception pérenne n'était pas toujours évoquée.

- Les infirmiers libéraux :

Les infirmiers sont identifiés comme professionnels concernés par le renouvellement (selon le décret du 17 juillet 2012), l'orientation et le relais d'informations auprès des usagers. Ils jouent un rôle clé dans le parcours de contraception des femmes de tout âge, de par leur proximité (visites à domicile), le suivi régulier et la relation de confiance privilégiée qu'ils peuvent entretenir avec les patientes.

Un sondage par mailing en juillet et août 2014 a été effectué, par l'intermédiaire du syndicat départemental des infirmiers libéraux (SDIL), ceci n'a pu donner que très peu de réponses.

Ceux avec qui les échanges ont pu être faits ont indiqué qu'ils étaient surchargés au niveau de leur activité professionnelle. Ils ont évoqué qu'ils n'avaient jamais eu l'occasion de

renouveler une contraception car ils n'avaient pas de numéro professionnel et qu'ils ne se sentaient pas capables de le faire, aux vues des pathologies parfois multiples de leurs patientes. En revanche selon les résultats, ils ont évoqué un intérêt pour être informés sur les différents contraceptifs et les parcours de contraception existants afin de mieux orienter leurs patientes. Au vue de leur charge de travail, ils souhaiteraient plutôt des réunions d'information courtes, en particulier sur les heures de midi.

- les professionnels effectuant l'interprétariat (auxiliaire de puériculture, aide-soignant, agent de service hospitalier...) lors des consultations de contraception.

Ils ont évoqué l'existence de nombreux « Ari-Ari » autour de la contraception¹⁷ se propageant de bouche à oreille et ayant un impact important sur le choix des patientes. La liste a été complétée aussi au fur et à mesure notamment lors des formations organisées par le réseau. Le recueil de ces informations ont pu être fait par le biais d'un quizz¹⁸ réalisé et distribué lors de la formation afin d'évaluer les connaissances des professionnels en matière de contraception et pouvoir leur donner les bonnes informations.

Au niveau des usagers :

Ce sont des groupes de femmes d'une association. Ces femmes résidaient dans différentes communes de l'île. Au total cela a concerné 47 femmes âgées entre 16 et 45 ans dont la moitié ne maîtrisait pas la langue française.

Cette enquête menée par une sage-femme et une monitrice éducatrice (traductrice) s'était faite sous forme d'entretien libre. Elle a pu mettre en relief les informations suivantes :

Pour l'accès à l'information deux réalités s'opposent entre les jeunes et celles qui ont plus de 35-40 ans. Les jeunes déclaraient avoir des informations sur la contraception provenant principalement du milieu scolaire. Les parents étaient peu identifiés comme source d'information. Elles déclaraient vouloir avoir plus d'informations sur cette thématique mais plus par le biais de la télévision.

¹⁷ Voir annexe 7. : Tableau récapitulatif représentations autour de la contraception à Mayotte page 74

¹⁸ Voir annexe 8 : quizz contraception page 79

Chez les autres catégories de femmes (plus de 34/40 ans), elles disent ne pas avoir eu des informations sur la contraception durant leur scolarité du moins pour celles qui ont eu la chance d'être scolarisées. Elles déclarent aussi ne pas aborder le sujet avec leurs enfants que très rarement et plutôt pour les mettre en garde mais sans explication particulière. De plus elles pensaient que leurs enfants avaient plus de connaissances qu'elles, notamment par l'apport en milieu scolaire. Elles ont unanimement fait part d'une envie d'être plus informées. Tout comme les jeunes elles souhaitent avoir davantage d'informations mais plus sous forme de groupe de parole et de discussion ouverte où chacun peut poser des questions.

Concernant l'accès à la contraception, la sage-femme était assez unanimement évoquée comme professionnel de premier recours. Le secteur libéral était peu connu, ce qui peut s'expliquer en partie par le fait que les secteurs concernés sont peu pourvus en offre libérale. Cependant la plainte la plus fréquente quant à la qualité des consultations concernait le manque d'écoute et d'informations délivrées. Ainsi il n'était pas rare que ces femmes aient l'impression de ne pas avoir vraiment eu le choix sur la méthode contraceptive proposée. Certaines ont également rapporté un parcours extrêmement difficile pour retirer leur implant pour cause d'effets secondaires. Selon les personnes qui ont réalisé l'enquête 4 femmes ont même rapporté avoir enlevé leur implant à domicile au vue des difficultés rencontrées. Les femmes concernées se disaient être devenues de ce fait réticentes aux moyens de contraception qu'elles ne pouvaient pas gérer toutes seules (Dispositif intra-utérin, implant...).

Concernant les méthodes de contraception, il n'y a que quelques méthodes contraceptives qui sont connues, le dispositif intra-utérin (DIU) ou stérilet et la ligature des trompes étaient globalement peu connus. L'état des lieux a mis en évidence de nombreuses craintes par rapport au DIU. La plupart du temps, les femmes interrogées imaginaient qu'il se positionnait dans le vagin. Le préservatif féminin, le patch, l'anneau, le diaphragme et la cape cervicale étaient rarement connus.

Concernant les représentations, de nombreux Ari-Ari (idées reçues) ont été évoqués au cours de ces enquêtes. Ces Ari-Ari sont majoritairement liés au bouche-à-oreille et se véhiculent facilement par manque de connaissances anatomiques et physiologiques. Ces Ari-Ari ont un impact important sur le choix de contraception des femmes. Il n'est possible de les contredire qu'en apportant des explications anatomiques et physiologiques.

Concernant la contraception en général, la première peur évoquée était l'impact sur la fertilité. Dans le même esprit, l'impact sur les menstruations était fréquemment évoqué avec le risque d'aménorrhée secondaire à la prise d'un contraceptif. Et ensuite la prise de poids secondaire à la prise de contraceptif était également évoquée.

Concernant les contraceptifs type dispositif intra-utérin (DIU) et implant, la crainte s'orientait vers le risque de le perdre dans le corps. Concernant le DIU, la rumeur se désamorce assez simplement par un schéma anatomique de l'utérus. Concernant l'implant, ceci s'explique sûrement par ses débuts où le système de pose n'était pas optimal et certains professionnels ont pu le poser trop profondément ou le laisser dans le cathéter de pose. Le système de pose s'est optimisé depuis. La deuxième cause de ces rumeurs peut provenir du fait qu'en cas de prise de poids importante (qui peut être un effet secondaire de l'implant), la couche graisseuse se superpose à l'implant et le rend plus difficilement accessible lors du retrait.

L'ensemble de ces entretiens a pu clairement mettre en évidence, qu'il existe un manque d'informations dans l'éducation à la sexualité autant chez les jeunes que chez les personnes plus âgées. Il met aussi en évidence qu'il existe des informations véhiculées de bouche à oreille qui ne reflètent pas forcément la vérité.

Cependant il a été identifié la plus grande source d'information à part les pairs reste pour la majorité le milieu scolaire en plus d'une manière la plus fiable. Il m'a donc semblé important de réaliser un questionnaire pour connaître la façon dont les séances sont organisées dans les établissements scolaires qui servira comme base pour l'organisation future des prochaines séances en partenariat avec le vice rectorat de Mayotte.

2.1.2.2 Questionnaire aux infirmiers scolaires

Avant de réaliser le questionnaire¹⁹, nous sommes allées à la rencontre de l'infirmière conseillère technique du vice rectorat chargé de coordonner tous les infirmiers scolaires. Le but de la rencontre consistait avant tout à nous présenter ainsi que de présenter l'association et ses missions et de savoir de quelle façon les deux structures (Vice rectorat et REPEMA) peuvent

¹⁹ Voir annexe 9 : questionnaire infirmiers scolaires page 81

travailler ensemble autour de cette thématique. A cette occasion une ébauche du questionnaire a été présentée à l'infirmière pour avoir son avis et ajouter d'autres questions qui peuvent lui sembler importantes à poser.

Pour cela un questionnaire a été mis en place pour recueillir des informations sur l'organisation interne des séances en milieu scolaire afin de voir les pistes d'amélioration possibles.

Ce questionnaire réalisé avec l'outil « Le Sphinx² » a été divisé en 3 parties (discussion du projet, mise en place du projet et mise en place des séances collectives) de façon à avoir une analyse plus simplifiée et structurée par la suite.

Au total, 17 questions ont été rédigées dont la majorité sont de type fermées car certaines questions étaient ciblées et nécessitaient des réponses précises, parmi un choix établi. De plus les questions prennent moins de temps aux répondants.

30 personnes est la population définie ce qui correspond au nombre total d'infirmiers scolaires (IDE scolaires) répartis sur l'ensemble des 3 bassins (Est, Sud et Nord) de Mayotte. Dans chaque réunion une dizaine d'IDE étaient attendus.

Les questionnaires ont été remplis directement à l'occasion des réunions de bassin auxquelles nous avons été conviés. Cela a permis d'éviter des éventuels délais d'attente parfois très longs pour avoir les retours des questionnaires (par voie postale).

Trois réunions étaient prévues, les 20, 21 et 23 avril 2015 seulement 2 ont pu être mis en place en raison d'un incident sur le territoire. Au total je n'ai reçu que 16 questionnaires qui ont été répondus, soit plus de 50 %.

Lors des réunions il y a eu quelques absents, j'ai donc fait l'effort de relancer par email par le biais de l'infirmière conseillère technique ces infirmiers absents cependant, cela n'a pas donné de résultats sans doute du fait de la période des grandes vacances scolaires.

Néanmoins les répondants m'ont permis d'avoir une vue d'ensemble sur l'organisation des séances d'éducation vie affective et sexuelle qui se font dans les établissements scolaires qui pourra dégager quelques pistes de réflexion possibles.

2.1.2.2.1 Les résultats et analyse:

Globalement les infirmiers ont répondu que les établissements dans lesquels ils travaillent font un projet sur la thématique de la santé sexuelle. Sur 16 personnes, 15 ont choisi « oui » comme modalité de réponse pour la question 1. Parmi ces 15 personnes, la plupart d'entre eux déclarent que les projets sont discutés dans le cadre du projet d'établissement notamment dans le cadre des CESC (Comité d'Education pour la Santé et Citoyenneté) comme on peut le constater sur le tableau ci-dessous.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est un dispositif qui organise le partenariat en vue de la mise en œuvre de la politique de prévention des comportements à risques pour la santé des conduites addictives, de l'éducation à la citoyenneté, à la santé et à la sexualité.

Il est présidé par le chef d'établissement et regroupe les personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement, ainsi que des représentants des personnels enseignants, des parents et des élèves. Le CESC met en place un programme d'actions cohérentes intégré au projet d'établissement.

Le CESC exerce les missions suivantes²⁰ :

- il contribue à l'éducation à la citoyenneté
- il prépare le plan de prévention de la violence
- il propose des actions pour renforcer les liens avec les parents en difficulté et pour lutter contre l'exclusion
- il définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et des actions pour prévenir les comportements à risques.

Le CESC est réuni à l'initiative du chef d'établissement ou à la demande du conseil d'administration

²⁰ Education à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet p36
<http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf>

Tableau 1: discussion projet dans le cadre du projet d'établissement

<i>Si projet</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
<i>Non réponse</i>	2	12,5%
<i>oui</i>	11	68,8%
<i>non</i>	3	18,8%
<i>TOTAL OBS.</i>	16	100%

Le projet est discuté en particulier avec les enseignants, les parents et avec des partenaires externes. Les élèves quant à eux sont moins sollicités comme on peut le constater sur le graphique.

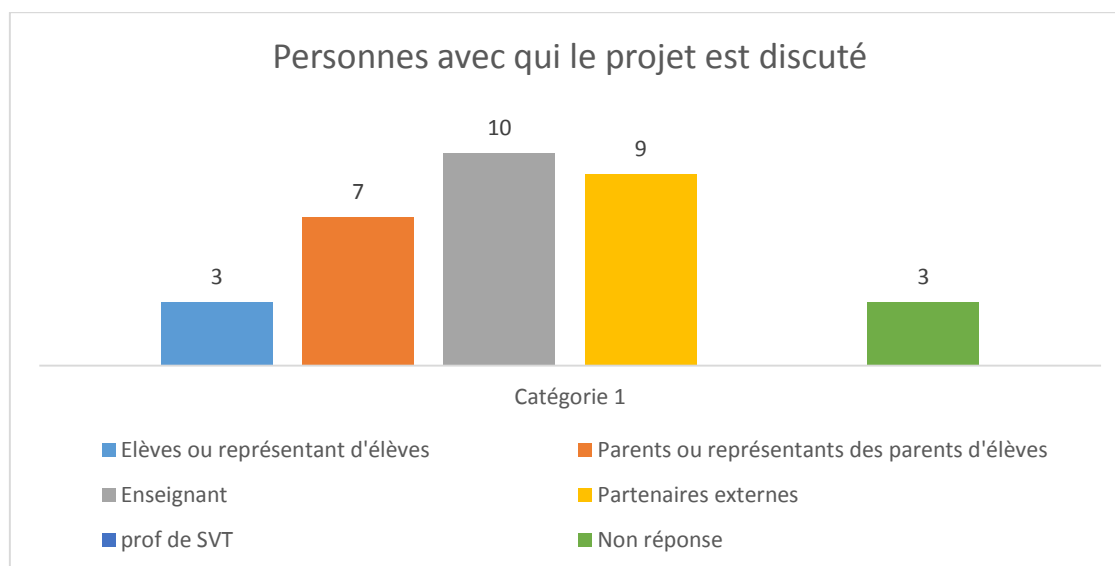


Figure 6: *les personnes associées dans la discussion du projet*

Le projet est discuté en prenant en compte le programme de SVT comme le déclare 13 d'entre eux.

A la question « est-ce que c'est vous qui planifiez les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle au sein de l'établissement ? », tous les infirmiers ont répondu « oui ». Les infirmiers sont ainsi les référents dans la planification des séances à la vie sexuelle. En effet, cela rentre directement dans leur champ de compétences.

La planification de ces séances s'adresse prioritairement aux classes de 4^{ème}, 3^{ème} car le programme de SVT sur la reproduction ne débute qu'à partir de 4^{ème}. Néanmoins certains établissements semblent commencer les séances même à partir de 5^{ème} comme l'ont répondu 5 personnes avec des séances étendues même au lycée.

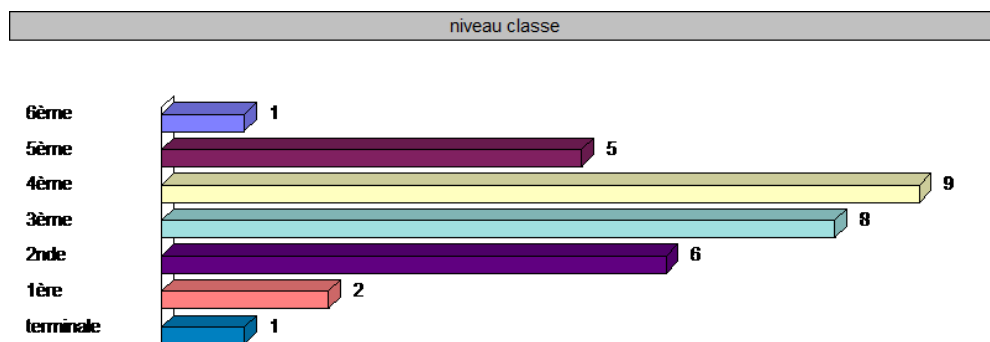


Figure 7: répartition des réponses selon les niveaux de classes

Dans chaque établissement les séances sont organisées au moins une fois dans l'année pour la majorité. Les interventions qui se font au-delà sont rares comme on peut le constater sur le graphique.

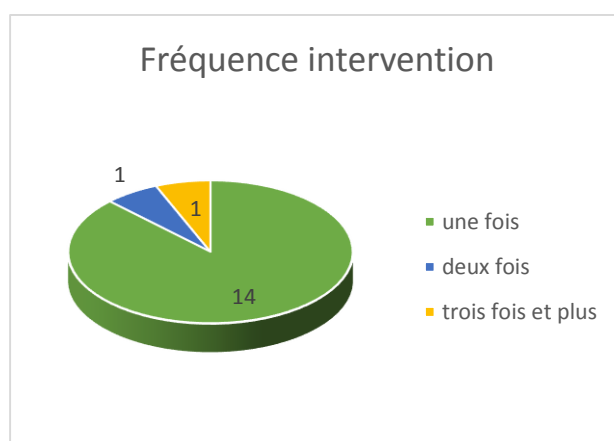


Figure 8: répartition des réponses selon la fréquence des interventions dans les établissements

Globalement les interventions restent les mêmes pour tous les niveaux de classes comme le disent 62,50 % des infirmiers. Ils semblent utiliser les mêmes supports de communication et transmettre les mêmes informations à tous les élèves pour tous niveaux de classes confondus.

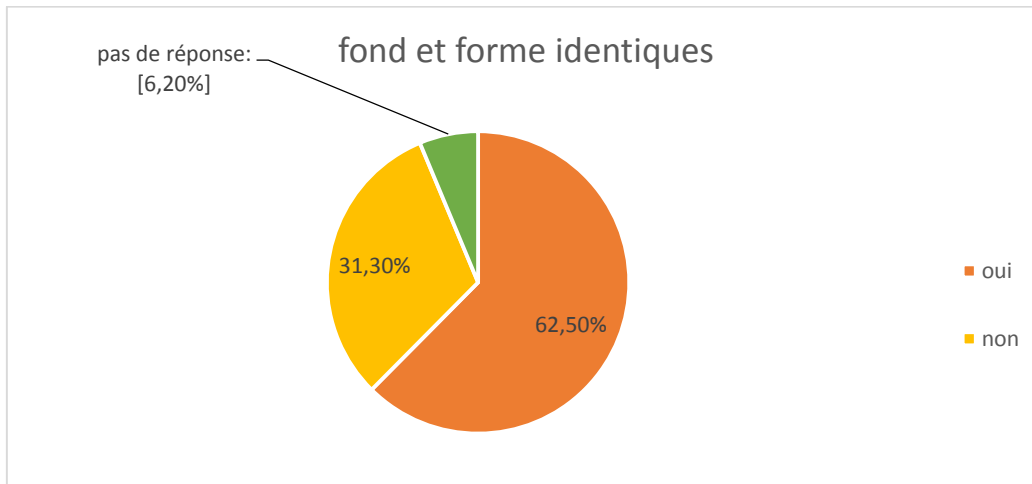


Figure 9: Utilisation de fonds et formes identiques selon interventions pour tous les niveaux de classes confondus

Seulement 5 d'entre eux, c'est-à-dire 31% disent adapter les séances en fonction des niveaux de classes, des questions posées, des programmes qui sont abordés ou pas. Même le temps est réparti en fonction de la classe, des effectifs. Selon l'un des infirmiers, il prévoit des séances de 2 heures à partir de la 3^{ème}, 1 heure en classe de 1^{ère} et 1 heure en demi groupe filles et garçons.

Il arrive que les infirmiers fassent eux-mêmes les interventions tout comme ils peuvent faire appel à des intervenants externes. En effet, 15 infirmiers disent effectuer les interventions eux-mêmes dont 13 c'est-à-dire 81% qui déclarent faire aussi appel à des intervenants externes.

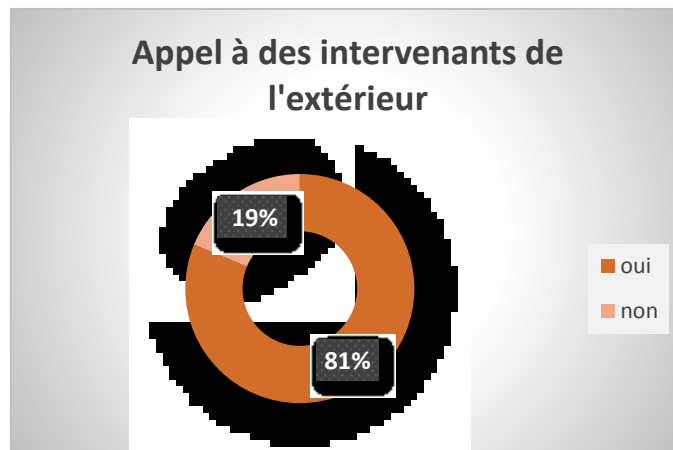


Figure 10: pourcentage des réponses des infirmiers qui déclarent faire appel à des intervenants externes

Le profil des intervenants est diversifié, néanmoins certains intervenants semblent être plus sollicités par rapport à d'autres comme l'indique le graphique ci-après. Le guide « Eduscol » sur l'éducation à la sexualité fait par l'éducation nationale indique que lors de ces séances, les partenaires extérieurs institutionnels et associatifs peuvent être associés à ce genre de projet à condition qu'ils soient formés, ou bien issus d'une association ayant reçu un agrément national ou académique. Ceci permet d'expliquer le fait que les sages-femmes soient les plus cités comme intervenants de l'extérieur.

Selon, la cadre des sages-femmes de PMI, sur l'année 2013, 156 interventions en éducation à la vie affective et sexuelle ont été effectuées soit 2 980 élèves sensibilisés. Un chiffre qui est satisfaisant mais très loin de combler les besoins si l'on se réfère au nombre d'élèves total concernés (voir plus loin).

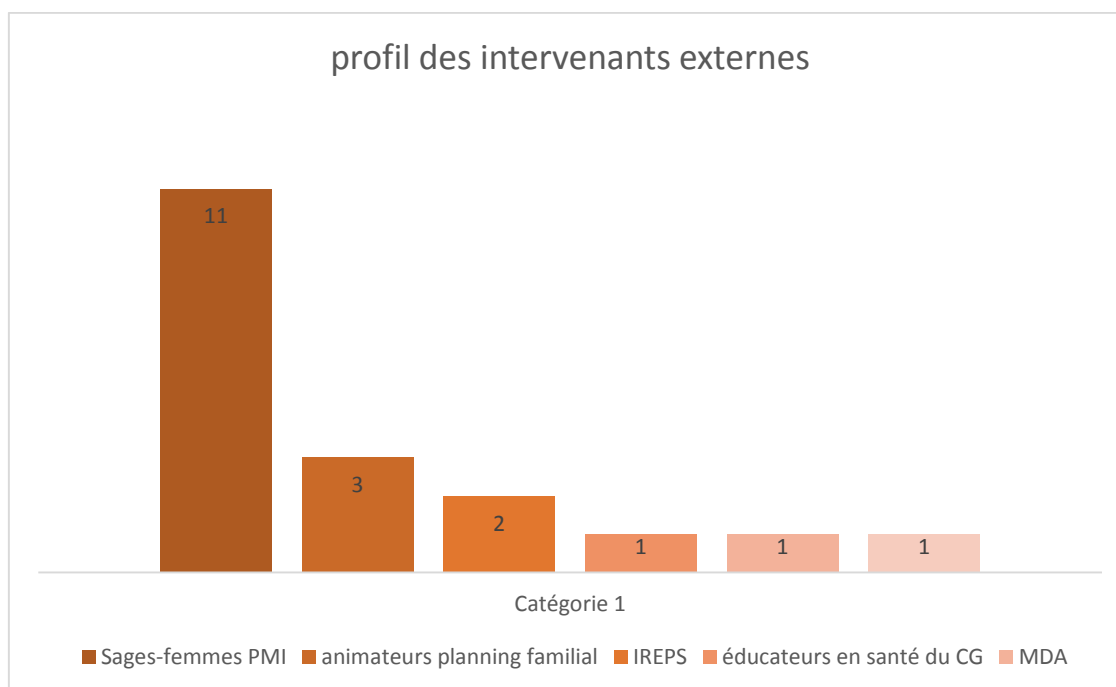


Figure 11: intervenants sollicités par les établissements scolaires

Lors de ces interventions, une diversité de supports de communication sont utilisés dont certains suscitent beaucoup plus de succès que d'autres. Ils sont plus dans l'utilisation des supports visuels comme les affiches citées 6 fois, les diaporamas et vidéos arrivent derrière citées 3 fois.

L'animation, les jeux et la créativité ne sont pas très employés peut être du fait du manque de temps comme ils semblent le souligner dans les propositions de pistes d'amélioration.

Dans l'ensemble, les infirmiers se disent être satisfaits des interventions. Sur les 16, 3 personnes seulement déclarent n'avoir été plutôt pas satisfaites des interventions et 2 qui ne se sont pas exprimées sur cette question.

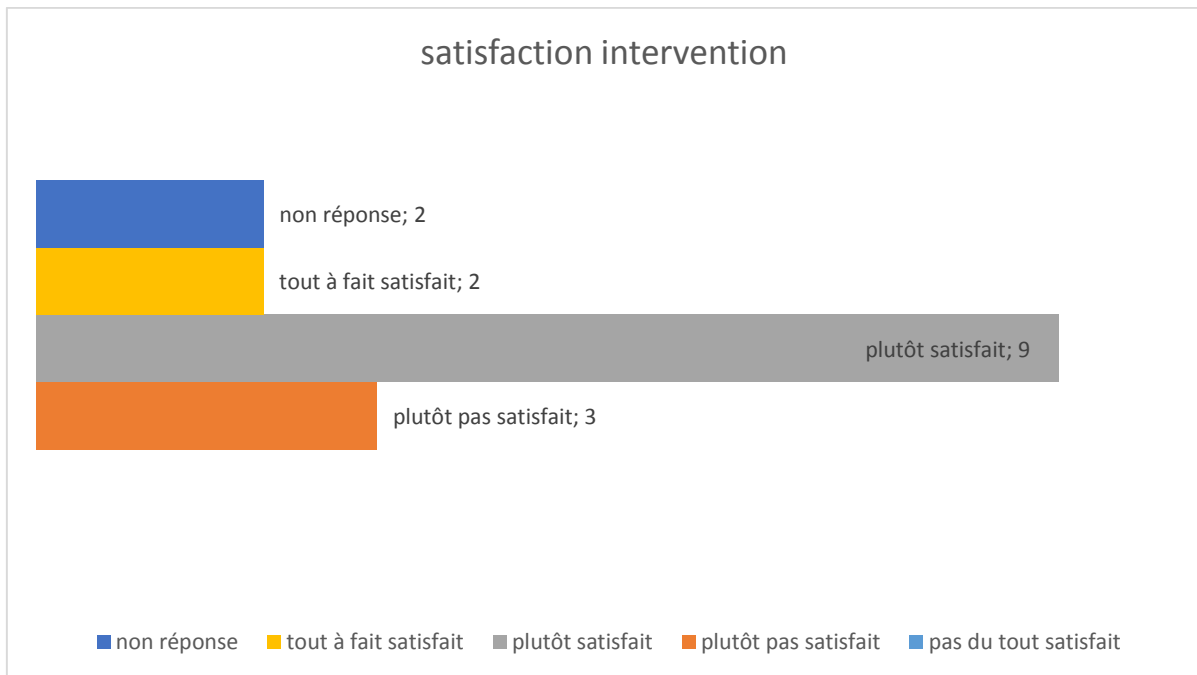


Figure 12: Niveau de satisfaction des infirmiers pour les interventions

Ensuite, au regard des problématiques qu'ils ont pu rencontrer lors de l'organisation de ces séances, une question a été posée pour sonder les infirmiers sur les pistes d'amélioration qu'ils peuvent proposer dans le cadre des prochaines interventions. Plusieurs exemples de pistes ont été cités (*voir encadré ci-dessous*). Cependant le fait d'avoir plus de temps, commencer les interventions le plus tôt (dès la 6^{ème} voire même CM2) ou encore le fait de pouvoir effectuer le plus d'interventions sur le long terme semblent ressortir le plus.

En effet, lors des réunions des 2 bassins, les infirmiers ont soulevé la problématique selon laquelle que les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective qui débute en classe de 4^{ème} sont souvent tardives puisque certains ont déjà une activité sexuelle voire même déjà des enfants.

Réponses sur les pistes d'amélioration :

1 : Faire des séances sur le long terme

2 : plus de temps pour les animations, avoir une salle de classe disponible

3 : plus de disponibilité des intervenants

4 : commencer l'éducation dès l'école primaire en classe de CM2

5 : organisation des séances par groupe de 15 élèves maximum. Commencer dès la 6ème avec poursuite en 5ème, 4ème et 3ème. Plus de temps et de la volonté pour l'organisation au niveau de l'établissement

6 : commencer dès la 6ème

8 : plus d'intervention dans l'année

9 : coordination avec les intervenants extérieurs

10 : plus de temps; plus de séances; moins d'élèves

11 : renouveler les interventions pour les niveaux supérieurs plus de temps d'intervention

12 : former le personnel

15 : travail en partenariat avec les intervenants sages-femmes ou éducateurs

16 : avoir des supports de communication: affiches, jeux...; connaître les techniques d'animation pour capter davantage l'attention des élèves

Pour finir, une question a été posée aux infirmiers scolaires pour savoir s'ils étaient intéressés pour une formation sur cette thématique. Par rapport à ses missions, le réseau est emmener à former les professionnels sur certaines thématiques qui peuvent les intéresser.

Néanmoins, plus de la moitié ont déclaré ne pas avoir besoin de formations dans ce domaine (*voir tableau ci-dessous*) alors que pendant les réunions plusieurs questionnements sur la contraception, les représentations sexuelles à Mayotte ainsi que sur le parcours et la prise en charge de l'IVG ont émergés.

Tableau 2: réponses des infirmiers pour les formations

<i>Proposition de formations</i>	<i>Nb. cit.</i>	<i>Fréq.</i>
<i>Non réponse</i>	1	6,3%
<i>oui</i>	6	37,5%
<i>non</i>	9	56,3%
<i>TOTAL OBS.</i>	16	100%

Six déclarent être favorables pour une formation principalement dans des domaines précis répertoriés dans le tableau ci-dessous

Tableau 3: thématiques citées pour une formation

Réponse	oui
contraception	1
éducation vie affective et sexuelle	1
grossesse précoce	1
informations par rapport au désir de grossesse chez les adolescentes.	1
spécificités locales (organisation du réseau de soins «qui fait quoi?")	1
TOTAL	5

Nous pouvons dire que tous les établissements scolaires œuvrent pour répondre aux objectifs de l'éducation nationale dans le domaine de la prévention du moins en ce qui concerne le champ de la vie affective et sexuelle. Les établissements scolaires notamment les infirmiers mettent en avant qu'ils rencontrent de nombreuses difficultés pour la mise en place des séances à cause de l'effectif important des élèves et du nombre de classes par établissement²¹.

En dehors de l'effectif, le temps semble aussi manquer aux infirmiers scolaires pour la bonne mise en place des séances sachant que l'éducation à la vie affective ne s'agit pas de l'unique priorité que doivent répondre les infirmiers. Ce manque de temps permet de comprendre la faible créativité (animations ludiques, réalisation de spot TV) employée lors des séances qui cependant, semble être la plus appréciée et demandée par les élèves. Il permet aussi de comprendre le fait qu'ils ne peuvent organiser des interventions qu'une seule fois dans l'année. Les infirmiers n'hésitent pas à faire appel à des intervenants de l'extérieur qui ont été au minimum formés sur la thématique. Au final ils se disent être plutôt satisfaits des interventions réalisées.

²¹ Voir annexe 10 : nombre de classes par collège page 83

Des informations restent encore floues sur le parcours IVG qui ne permettent pas forcément une bonne orientation des élèves.

Globalement, de la 6^{ème} jusqu'en classe de terminale les élèves peuvent bénéficier d'une intervention même si la majorité se font en classe de 4^{ème} et 3^{ème} étant donné que le programme de Sciences de la Vie et de la Terre n'aborde le sujet de la reproduction sexuelle qu'à partir de ces niveaux de classes. Les infirmiers jugent que les séances à partir de ces classes comme arriver trop tardivement au regard de l'âge de leur premier rapport sexuel.

Ce qui semble être déplorable est que les élèves sont rarement associés dans le projet de départ alors qu'ils sont les personnes les plus concernées par celui-ci. Les élèves peuvent être intégrés dans la discussion du projet notamment lorsque l'on remarque que la plupart des discussions sont faites dans le cadre des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) au sein desquels les élèves ou représentant d'élèves ont tout à fait leur place.

2.1.2.2.2 Propositions :

Il est important de réaliser que seuls, les infirmiers ne peuvent pas organiser les interventions dans le domaine de l'éducation à la vie affective et sexuelle. De même le fait de solliciter qu'un seul partenaire ne permet pas de combler tous les besoins et attentes au vu de l'effectif des élèves par classes mais aussi par établissement.

Il est utile qu'un travail de partenariat soit fait entre tous les professionnels identifiés comme pouvant réaliser ce genre d'interventions et les organisateurs. Afin de rendre ce partenariat officiel, une convention entre le vice rectorat, REPEMA ainsi que les intervenants serait intéressant à mettre en place dans une perspective de pérennisation des actions.

Dans une démarche de santé communautaire, toutes les parties concernées par le projet doivent y être associées notamment les élèves et les parents afin d'apporter une réponse plus globale. *« Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités²². »*

²² Manciaux M., Deschamps J.-P. La santé de la mère et de l'enfant, Flammarion Médecines Sciences, Paris, 1978, p. 31.

Afin de pérenniser, le renouvellement des actions chaque année pourra être envisageable en fonction de l'implication des bénévoles et de leur disponibilité.

Certains infirmiers témoignent d'un problème de disponibilité des intervenants externes d'où l'intérêt de pouvoir réunir le maximum de bénévoles possibles grâce à la diffusion au plus grand nombre de professionnels d'appel à volontariat afin de palier à ce souci.

En termes de fréquence des interventions dans l'année, il est vrai qu'une seule intervention ne permet pas de faire passer les messages et d'atteindre les objectifs souhaités. Il est donc nécessaire de faire en sorte de pouvoir répondre aux attentes des élèves dès la première intervention. Dans un premier temps, les actions seront entamées dans les établissements classés réseaux d'éducation prioritaires (REP+) ensuite dans les autres établissements.

De nombreuses interrogations ont émergé lors des réunions à savoir dans le champ de la représentation de la sexualité à Mayotte, du parcours IVG sur le territoire qui reste encore floue mais aussi sur l'utilisation des contraceptifs. Pour cela une formation positionnée sur ces thématiques pourra être mise en place par REPEMA à destination des infirmiers qui le souhaite mais aussi à destination des volontaires.

En plus de la formation, une fiche récapitulative pourra être mise à disposition aux infirmiers scolaires pour expliquer le parcours IVG.

Beaucoup d'infirmiers ont mis en avant le fait que certains élèves ont une méconnaissance du fonctionnement du corps ce qui pouvait rendre difficile l'explication des phénomènes comme les règles, l'ovulation et le fait de tomber enceinte.

Ainsi pour palier à cela, la création d'une planche anatomique représentant la vulve ainsi que le cycle menstruel pourra être mise en place par le réseau.

2.2 La présentation du projet

2.2.1 Objectifs

L'objectif général est de permettre une meilleure maîtrise de la fécondité chez les personnes en âge de procréer à Mayotte en développant l'information sur la santé sexuelle ainsi que sur l'accès à la contraception.

Cet objectif général se décline en **deux objectifs spécifiques** :

- Favoriser l'accès à l'information sur la santé sexuelle en milieu scolaire et associatif
- Développer les liens entre les différents acteurs impliqués dans le domaine de la santé sexuelle et contraception

Les objectifs opérationnels ont permis d'orienter les actions à mettre en place qui ont été détaillées dans des « fiches actions²³ ».

OBJECTIFS OPERATIONNELS	ACTIONS
Impliquer plus d'intervenants et de professionnels différents dans les séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire et associatif (en fonction de leur demande)	Mobiliser de nouveaux acteurs (sages-femmes hospitalières ou libérales....) par mailing, affichage d'annonces dans quel but effectifs élèves par classe important nécessite un certains nombres de professionnels
Inciter les professionnels à utiliser divers supports de communication qui favorisent les débats et échanges avec le public concerné	<p>→ Organiser un atelier de travail pour regrouper les outils et les acteurs déjà existants (IREPS, CG, sages-femmes...)</p> <p>→ Organiser des séances de formations pour présenter les différents outils de communication existants</p> <p>→ Diffuser les supports de communication à l'ensemble des professionnels intéressés par la création d'un référentiel</p>
Développer une prise de conscience chez les jeunes sur les comportements sexuels à risque.	Accompagner l'organisation des séances d'interventions au sein des associations et des établissements scolaires

²³ Voir annexe 11 : exemplaire fiche action page 84

2.2.2 Public concerné

Le public concerné est l'ensemble de la population en âge de procréer Mayotte. Un public prioritairement dans les structures.

→ En milieu scolaire

Tous les élèves des différents établissements scolaires de l'île inscrits dans le second degré : collèges et lycées.

Au total cela concernerait environ 40 000 élèves (chiffres de l'année scolaire 2013/2014) entre 11 et 20 ans.

Il a été décidé de cibler en priorité les jeunes puisqu'ils représentent la moitié de la population mahoraise. De plus on est dans une politique de prévention primaire, c'est-à-dire pouvoir apporter une réponse dès le début.

Pour le premier lancement des interventions, il a été décidé de cibler les établissements identifiés comme étant dans la zone prioritaire plus. Il s'agit de 8 établissements, on retrouve au moins un par bassin :

- Bassin nord : Collèges de Chiconi, M'tzamboro et Tsingoni
- Bassin sud : Collèges de Dembéli et Bandré
- Bassin Est : collèges de Kawéni, Majicavo et Doujani

Selon l'éducation nationale, « La politique d'éducation prioritaire a pour objectif de corriger l'impact des inégalités sociales et économiques sur la réussite scolaire par un renforcement de l'action pédagogique et éducative dans les écoles et établissements des territoires qui rencontrent les plus grandes difficultés sociales. »

Toute l'académie de Mayotte est classée réseaux d'éducation prioritaire (REP) avec 8 établissements en REP +. Une différence est faite entre les établissements REP et REP +. En effet les REP regroupent les collèges et les écoles rencontrant des difficultés sociales plus significatives que celles des collèges et écoles situés hors éducation prioritaire. Les « REP+ » sont des quartiers ou des secteurs isolés qui connaissent les plus grandes concentrations de difficultés sociales ayant des incidences fortes sur la réussite scolaire.

→En milieu associatif

Tous publics hommes/femmes en âge de procréer en fonction de la demande d'intervention venant des différentes associations. L'action a été étendue dans les associations pour pouvoir toucher un maximum de public possible étant donné que certains jeunes ne sont pas dans le système scolaire.

2.2.3 Acteurs/ partenaires

- Agence Régional de Santé (ARS)
- Le réseau périnatal de Mayotte
- La médecine scolaire (vice rectorat)
- Les sages-femmes hospitalières et libérales
- Le service éducation pour la santé du Conseil général
- Les associations
- Les autres personnes ou structures qui font des interventions dans le domaine de l'éducation sexuelle dans les écoles
- Le planning familial

Le renforcement des actions de partenariat sont très importantes surtout concernant cette thématique. En effet, plusieurs partenaires agissent mais ils ne travaillent pas forcément ensemble. Selon les propos du docteur Sylvain LERASLE, ancien médecin chargé de la politique de la prévention à l'ARS OI recueillis par le journal de Mayotte, la planification existe bel et bien mais le problème est que les actions sont faites par différentes structures (associations, PMI...) et qu'elles ne sont pas forcément coordonnées pour plus de cohérence sur le territoire.

C'est donc autour de la coordination que les actions de ce projet souhaitent mettre en avant.

2.3 La plus-value du projet sur le territoire mahorais

2.3.1 Une réponse coordonnée avec le réseau périnatal de Mayotte

Selon la loi du 4 mars 2002, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser, l'accès aux soins, la coordination la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».

Le Réseau Périnatal de Mayotte (REPEMA) a été créée en 2009. Il a le statut d'association loi 1901 à but non lucratif avec comme objectif d'améliorer la prise en charge et le suivi en périnatalité. Dans le cadre de ses missions, cette association agit sur 3 niveaux d'actions :

- Auprès des professionnels de santé :

L'association assure la coordination entre les différents professionnels de différents secteurs et de différents domaines d'activités. Le but étant de faciliter le lien entre les différents professionnels mais aussi de faciliter le lien entre patient et soignant.

Pour cela, elle organise des formations sur des thématiques autour de la périnatalité (contraception, secret professionnel...)

Elle tend aussi vers aussi la valorisation des professionnels tels que les aides soignant, agents de service hospitalier ... qui sont plus proche des patients.

Elle organise des journées de périnatalité (2 journées par an) avec les professionnels des différents secteurs

- Auprès des usagers :

Afin de palier aux difficultés d'accès aux soins et aux informations que peuvent rencontrer certains habitants pour des raisons de mobilité, de transport ou des raisons économiques. Différents moyens sont employés.

Le Répémobile (antenne mobile) : il s'agit d'un camion aménagé au sein duquel des consultations médico-sociales d'information et d'orientation de manière individuelle sont mises en place. Ce camion se déplace sur toute l'île 2 jours par semaine. Une sage-femme et une monitrice éducatrice qui s'occupe du volet social et qui intervient dans le cas d'un besoin de traduction.

Réalisation de spot radio en français et sur les 2 langues locales (Shi-maoré et kibushi). Format papier (affiches) avec des retranscriptions en arabe

Méthode de communication orale : de la bouche à oreille (meilleure façon de faire circuler l'info à Mayotte) car la plupart ne savent ni lire écrire ou parler en français : faire passer le message à une personne qui va se charger de diffuser aux autres personnes qu'elle va rencontrer.

- Auprès des organismes de service publics :

L'association est emmenée à collaborer avec les organismes de services publics sur des réflexions sur des projets.

Recueil de données sur les registres de malformation : une sage-femme est chargée de recueillir les données concernant les malformations en se déplaçant dans les différentes maternités et centre de permanences PMI des différents secteurs de l'île : les données vont donc être regroupés et codifiés pour envoi à la réunion qui

Financement :

Le réseau reçoit des subventions provenant exclusivement de l'ARS. La demande de cette subvention se fait chaque année. Ce financement est accordé au titre de fonds d'intervention régional.

La réalisation du projet par REPEMA permet d'avoir une approche différente de par des missions et du public avec qui il est emmené à travailler. L'approche sur 3 publics différents permet d'apporter une réponse beaucoup plus globale et coordonnée prenant en compte les besoins de chacun dans la mise en place de ce projet.

2.3.2 Un transfert de compétences et de connaissances

Les acteurs qui travaillent autour de cette thématique sont nombreux et n'ont pas tous la même formation, l'idée est de pouvoir les rassembler afin qu'ils puissent travailler ensemble sur un même objectif.

Les approches dans la technique de l'animation sont différentes. Certains seront plus à l'aise et d'autres le sont moins. Par le biais d'une collaboration, les différents partenaires seront emmenés à travailler ensemble par binôme constitués d'une sage-femme et d'un intervenant d'association ou d'un éducateur du conseil général. Il est vrai que la plupart des sages-femmes n'ont pas forcément la connaissance culturelle sur Mayotte et les autres n'ont pas forcément la formation sur la contraception et l'éducation à la vie sexuelle.

L'objectif étant de pouvoir rassembler les partenaires afin qu'ils puissent travailler ensemble, emmener à communiquer et à partager leurs expériences grâce à un travail d'équipe.

A cet effet, un atelier de travail sera organisé avec les différentes personnes impliquées dans l'éducation à la vie affective et sexuelle afin que chacun puisse rapporter à l'ensemble les techniques d'animations, leur point de vue ce qui leur semble fonctionner par rapport à d'autres et de pouvoir débattre autour de la question. Le but étant que les acteurs constituent ensemble une même base de travail qu'ils utiliseront lors des prochaines interventions. L'atelier de travail est aussi l'occasion pour les acteurs d'identifier leurs besoins en termes de formations, de méthodologies, de conseil et pouvoir voir comment le réseau périnatal pourrait y répondre.

A l'issue de l'atelier, un référentiel sur les techniques d'animation et sur les outils d'animation dans le cadre d'une intervention collective va être créé. Ce référentiel sera distribué à l'ensemble des acteurs afin que cela puisse leur servir de base pour les animations.

Le référentiel sera aussi mis en ligne sur le site internet du réseau de santé afin d'élargir son accès à tout le monde.

CONCLUSION

Selon l'OMS, « la planification familiale est essentielle pour ralentir une croissance de la population qui n'est pas viable à long terme et les conséquences négatives qui en résultent pour l'économie, l'environnement et les efforts de développement aux niveaux national et régional ».

Pouvoir ralentir la croissance importante de la population mahoraise tel est le défi que s'est donné les pouvoirs publics sur ce territoire qui ne fait que 375 km² pour une densité de population 569 habitants par km² classée parmi l'une des plus importantes de la France juste derrière l'île de France.

En effet, Mayotte est un tout récent département français où tout reste à construire. Il est donc important de pouvoir déterminer les besoins réels dans le futur.

D'énormes efforts en termes de prévention et de planification familiale ont été engagés depuis les années 80 pour tenter d'apporter une réponse à ce phénomène. Cependant le problème semble toujours persister.

Pourtant l'accès à la contraception qui constituait auparavant un frein s'est généralisé de même pour l'accès à l'information. Le nombre de personnes utilisant des moyens de contraceptions a augmenté mais le nombre de naissances pour chaque année est difficile à estimer.

Quels sont donc réellement les problèmes et de quelle manière nous pouvons y remédier ?

C'est donc à travers ce questionnement que s'est construit ce mémoire.

Nous avons constaté que dans la politique de planification familiale à Mayotte, la place de la culture et des traditions est très importante. Cependant comme dans toute société, des évolutions et des changements s'opèrent. C'est le cas aussi pour Mayotte qui selon les experts, se développe d'une façon très rapide où la tradition se perd laissant petit à petit place à la modernité.

Néanmoins les politiques de prévention n'ont pas forcément évolué avec cette société ce qui peut expliquer la faible adhésion de certaines catégories de personnes à cette politique. Ces personnes ne se sentent pas forcément concernées par ces messages ou encore jugent avoir

d'autres priorités en termes de situation sociale dans leur vie qui ne sont pas en adéquation avec ces politiques.

C'est peut être l'une des raisons qui peut expliquer l'échec des politiques de planification familiale qui ne prennent pas forcément en compte les besoins de la population d'une façon globale.

Il ne s'agit pas non plus de l'unique raison puisque d'autres éléments sont à prendre en considération tels que l'insuffisance de professionnels, le manque de structures dans la planification familiale, la forte influence de la société par ses propres représentations et normes.

A travers donc toutes ces raisons, il est donc important de trouver une solution permettant d'englober tout cet ensemble.

Ce qui semble être difficile dans les campagnes de prévention est de trouver la population cible et les bons messages à faire passer de façon à créer une adhésion du public.

Ainsi, sensibiliser les jeunes en priorité semble être la piste la plus intéressante à explorer dans une société où plus de la moitié de la population a moins de 25 ans. Ces jeunes pourront être touchés grâce à l'organisation au sein de leurs établissements scolaires de séances collectives d'éducation à la vie affective et sexuelle plus coordonnée et qui s'intéresseront davantage à leurs besoins d'une manière la plus globale possible. En effet, la santé et l'éducation sont des éléments étroitement liées : l'éducation contribue au maintien de la santé et la santé procure les conditions nécessaires aux apprentissages.

Les jeunes constituent aussi un public phare car en ayant reçu les bonnes informations, ils pourront les transmettre à la fois à leurs pairs mais aussi à leurs aînés.

Il est important de prendre en compte que les résultats d'un projet dans le domaine de l'éducation à la santé n'apportent pas de résultat immédiat. L'évaluation de l'impact de ces actions sur la population ne peut s'évaluer que sur le long terme. Se donner le temps pour évaluer, renouveler et adapter les actions le plus fréquemment reste la bonne démarche à suivre.

Nous concluons ainsi cette étude par un proverbe mahorais qui nous dit :

« pandza ata pandza ouréhéma »

(Laps de temps, après laps de temps issue heureuse : avec le temps tout fini bien !)

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et publications:

BLANCHY S. (1990). La mère et l'enfant à Mayotte. *In Premières journées mahoraises de la mère et de l'enfant*. Mayotte : G.R.A.M.E.S. p 19-25

GUILLEMAUT Françoise. (2013) Rapport : Prévention combinée du VIH, des IST et des hépatites, réduire les freins à l'accès universel: Prostitution et échanges économique-sexuels à Mayotte, des réponses à co-construire

HEBERT O. ; OUVRARD P. (1990) la contraception à Mayotte. *In Premières journées mahoraises de la mère et de l'enfant*. Mayotte: G.R.A.M.E.S. p 107-110.

Jean-Christophe Hébert et Odile Hébert, (2011) « parentalité à Mayotte. Le prisme d'un soignant », *in Jacques Besson et al. , parents et bébés du monde*, ERES « les Dossiers de Spirale » p 79-104.

JOMA Nazli. (2014) les mineurs isolés : le syndrome de l'enfant espoir (l'enfant sacrifice) in *Etre adolescent à Mayotte : quelle histoire, quels avenir ? Acte de colloque*

JOMA Nazli (2014) L'émancipation douloureuse de la femme mahoraise

JULVEZ Jean ; GALTIER Jérôme ; GAQUIERE Dominique (1988) *espacement des naissances à Mayotte : évaluation épidémiologique*, santé publique p.10. Disponible au Réseau Périnatal de Mayotte.

Lartigau-Roussin Celine. M. C. Receveur ; J. M. Roussin ; S. Bouffart ; A. Abaine (2005) L'étonogestrel en implant sous-cutané : un nouveau moyen de contraception à Mayotte ? *Thérapeutique*, manuscrit n°2384, p.11-14.

Médecine et santé à Mayotte et dans sa région du XIXème siècle à nos jours, une production des archives départementales de Mayotte, 2013 disponible aux archives départementales de Mayotte.

Observatoire régional de la santé-la Réunion « indicateurs autour de la grossesse à Mayotte », 2^{ème} édition Avril 2015 (tableau de bord)

Upanga n°12 du 3 novembre 2009 « L'Etat face à ses reponsabilités »

Mémoires et thèses:

BAMANA Anchya. (1999). *Le stérilet et la femme mahoraise : comment améliorer l'acceptation du stérilet à Mayotte*. Mémoire de licence des sciences sanitaires et sociales : faculté de médecine de Nancy

BAMANA Anchya. (2002). *Prévention des grossesses des adolescents à Mayotte : Analyse du comportement contraceptif et sexuel des jeunes du niveau 3^{ème} dans l'institution scolaire*. Mémoire de maîtrise de sciences sanitaires et sociales mention santé publique : université de Toulouse 3 Paul Sabatier

BLANCHY Sophie (1988). *La vie quotidienne à Mayotte : essai d'anthropologie compréhensive*. Thèse de doctorat d'Etat : université de la Réunion

HEBERT Odile ; RASTAMI Joëlle. (1991). *Un film sur la planification familiale à Mayotte : étude du degré de réceptivité de cet outil d'information*. Mémoire de diplôme d'université de santé publique : Ecole de santé publique de Nancy 1

TOUMBOU-DANI Mariama (2000). Pour une prise en charge adaptée des jeunes filles enceintes à Mayotte. Mémoire de diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé : IRTS de la Réunion

Sites internet :

ARS Océan Indien. Les professions de santé à Mayotte et à la Réunion [consulté en juillet 2015]

http://www.ars.oceanindien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/ETUDES_ET_STAT/Dossier_Stat/dossier-statistiques_web.pdf

ARS Océan Indien. Statistiques et indicateurs de la santé et du social [consulté en août 2015]

http://www.ars.oceanindien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Publications/icones/etude_stats/ARS_Statiss2014.pdf

GALLICA. La "santé génésique", nouveau concept démographique Pierre Martinot-Lagarde [consulté en juin 2015] Dans *Études* 1995/3 (Tome 382)

<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4421222/f20.image.r=j%C3%A9sus.langFR>

INPES. Education à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet [consulté en septembre 2015] <http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf>

INSEE. 212 600 habitants à Mayotte-la population augmente toujours fortement [consulté en juillet 2015] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=19214

La documentation française. Les organismes de conseil et d'éducation familiale : un bilan. [Consulté en mai 2015]

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/114000405.pdf>

La documentation française. Evaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer : rapport [consulté en août 2015]

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000050.pdf>

LEGIFRANCE. Code de la santé publique : Chapitre VI : Dispositions financières particulières applicables aux établissements publics de santé de Mayotte [consulté en août 2015]

http://www.legifrance.com/affichCode.do?sessionId=175DA7EE6F999B03FA368B7E379592CA.tpdila11v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171506&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121012

LEGIFRANCE. décret n° 2014-1024 du 8 septembre 2014 portant création d'une indemnité particulière d'exercice pour les praticiens hospitaliers à temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques dans le Département de Mayotte [consulté en septembre 2015]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029434962&dateTexte=&categorieLien=id>

Le Parisien. Mayotte : un désert médical et des médecins en grève illimitée [consulté en septembre 2015]

<http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/mayotte-un-desert-medical-et-des-medecins-en-greve-illimitee-30-09-2013-3183175.php#xtref=https%3A%2F%2Fwww.google.fr%2F>

OMS. Santé génésique : rapport du secrétariat [consulté en juin 2015]

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_13-fr.pdf

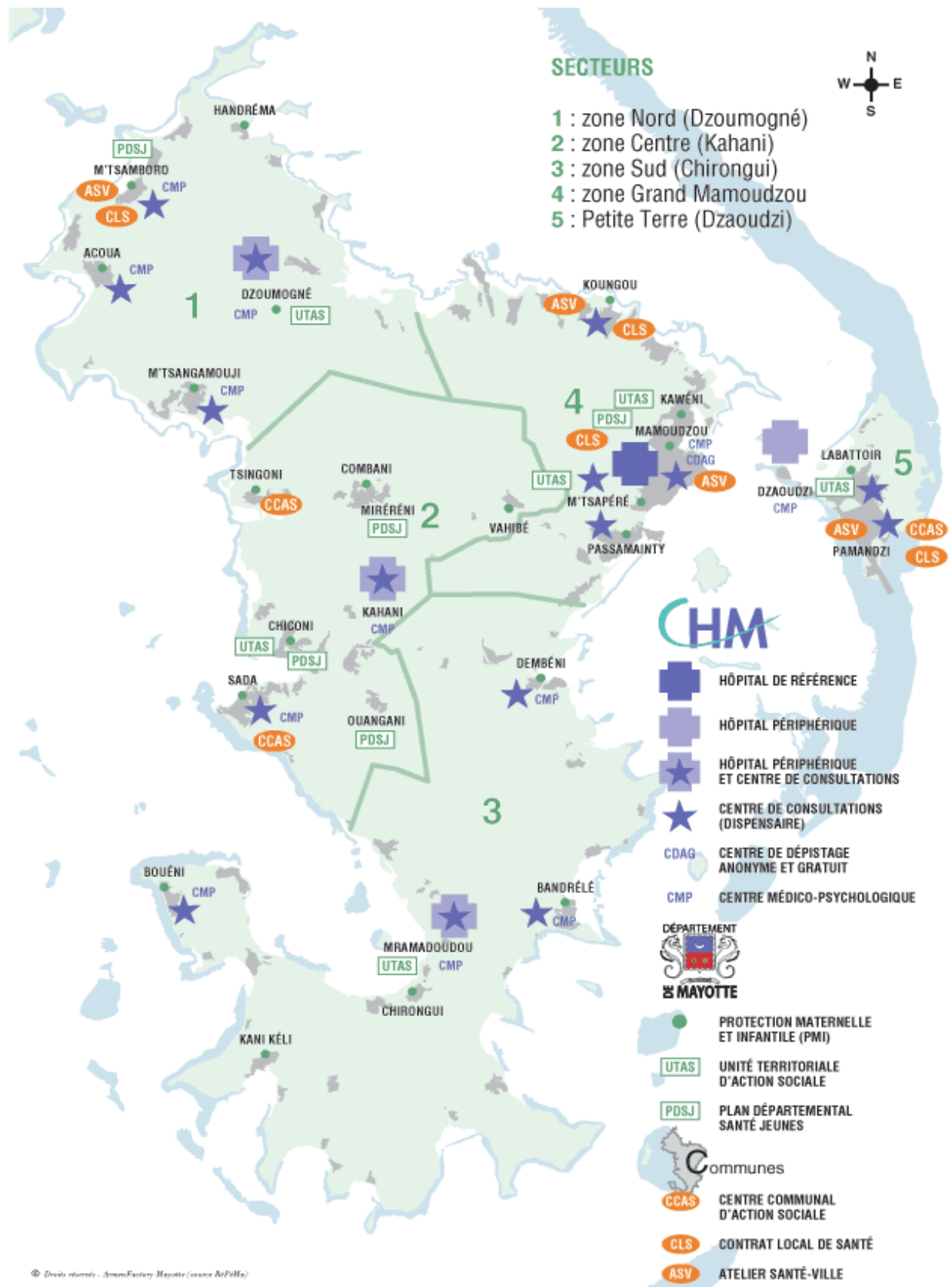
SENAT. Mayotte : un éclairage budgétaire sur le défi de l'immigration clandestine. [Consulté en mai 2015] <http://www.senat.fr/rap/r07-461/r07-46115.html>

SENAT. Projet de loi portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer : rapport. [Consulté en juillet 2015] <http://www.senat.fr/rap/106-025-1/106-025-173.html>

ANNEXES

<i>Annexe1 : offre sanitaire et medico-sociale</i>	62
<i>Annexe 2 : tableau des professionnels de sante mayotte, réunion, metropole (2014)</i>	63
<i>Annexe 3 : entretien n°1</i>	64
<i>Annexe 4 : entretien n°2</i>	67
<i>annexe 5 : freins et leviers possibles</i>	69
<i>Annexe 6: Entretien n°3</i>	71
<i>Annexe 7 : tableau récapitulatif des représentations autour de la contraception à Mayotte</i>	74
<i>Annexe 8: quizz contraception</i>	79
<i>Annexe 9: questionnaire infirmiers scolaires</i>	81
<i>Annexe 10 : nombre de classes par college</i>	83
<i>Annexe 11: exemplaire fiche action</i>	84

ANNEXE1 : OFFRE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE



ANNEXE 2 : TABLEAU DES PROFESSIONNELS DE SANTE MAYOTTE, REUNION, METROPOLE (2014)

Professionnels de santé

Professionnels de santé hors remplaçants au 1^{er} janvier 2014

Professions	Effectif total			Dont libéraux (y compris mixte)			Densité** (Effectif total)		
	Mayotte	Réunion	Métropole*	Mayotte	Réunion	Métropole*	Mayotte	Réunion	Métropole*
Médecins généralistes	87	1 143	99 366	22	811	67 428	41	136	156
Médecins spécialistes	65	1 124	115 224	10	481	59 973	31	134	181
Ensemble des médecins	152	2 267	214 590	32	1 292	127 401	71	270	337
Chirurgiens dentistes	13	437	40 338	9	430	36 229	6	52	63
Sages-femmes	192	378	19 780	14	119	nd	90	45	31
Infirmiers	659	6 462	600 170	151	1 612	98 249	310	768	943
Masseurs kinésithérapeutes	56	1 371	78 061	47	1 224	61 618	26	163	123
Orthophonistes	6	418	22 070	4	389	17 773	3	50	35
Orthoptistes	1	47	3 922	0	34	nd	0	6	6
Pédicures-podologues	0	56	12 660	0	56	12 431	0	7	20
Ergothérapeutes	2	104	8 919	0	4	nd	1	12	14
Psychomotriciens	1	95	9 299	0	5	nd	0	11	15
Audio-prothésistes	0	11	2 890	0	3	nd	0	1	5
Opticiens-lunetiers	9	209	28 579	4	31	nd	4	25	45
Manipulateurs ERM	18	251	31 663	0	0	nd	8	30	50
Nombre d'officines pharmaceutiques	17	249	22 252	-	-	-	-	-	-
Nombre de pharmaciens	54	709	71 949	17	357	nd	25	84	107
Nombre de laboratoires privés d'analyses médicales	1	59	3 890	-	-	-	-	-	-

Sources : DREES - ARS OI - ADELI - RPPS - FINESS - CHM - Ordre des médecins de Mayotte

* y compris remplaçants en métropole

** Densité pour 100 000 habitants (RP 2012 Mayotte / Estimation INSEE 2013 Réunion et Métropole)

ANNEXE 3 : ENTRETIEN N°1

Personne rencontrée : Madame Joëlle RASTAMI, professionnelle de santé d'origine métropolitaine installée sur le territoire depuis 1987 : elle s'est intéressée aussi sur cette question et a rédigé un mémoire.

Date : le 27 mai 2015

Objectif de l'entretien : apporter les informations en tant que professionnelle de santé sur cette thématique et avoir son point de vue extérieur sur la culture et la tradition mahoraise

Durée : 1H30

→ Retour sur l'historique du début de la politique sur la maîtrise de la fécondité à Mayotte :

La première contraception à Mayotte était la dépoprodasone sous forme d'injections qui dure 3 mois. Selon elle, c'était un moyen qui semble être adapté aux femmes mahoraises par rapport au contexte culturel. La plupart d'entre elles n'étaient pas en mesure de se repérer dans le temps. De plus c'était un moyen non visible pour les femmes qui souhaitaient prendre des contraceptifs en cachette de leurs maris contrairement à la pilule qui elle, nécessitait de respecter des horaires précises et de la prendre régulièrement.

Cependant, certaines femmes se sont plaintes des effets indésirables que cette injection leur provoquait (exemple : saignements abondants). Ces effets révèlent que ce moyen ne pouvait pas être utilisé sur le long terme. Son utilisation ne peut pas dépasser plus d'une année.

→ Les détails sur la campagne « 1, 2,3 Bass... »

En 1992, une campagne a été mis en place avec le slogan « 1,2,3 bass... » qui fait suite aux autres campagnes de maîtrise de la naissance telles que « Kandre karamba bass, pandza ata pandza réhéma »

Une campagne mise en place sous l'égide du préfet de l'époque, qui a jugé que les précédentes actions mis en place pour la maîtrise de la fécondité à Mayotte n'ont pas fonctionné du fait du nombre toujours important de naissances. L'Etat a donc estimé que compte tenu du souhait pour

une évolution politique de l'île par rapport à son statut politique (devenir collectivité départementale à l'époque) il était donc important de sortir l'île de cette incapacité de maîtrise des naissances.

Il citait ainsi l'Égypte comme exemple, un pays musulman comme Mayotte où la planification familiale a bien marché quand bien même que la religion est pro-nataliste. Pourquoi cela ne sera-t-il pas le cas à Mayotte ?

Cette volonté de campagne est venue aussi à la même période quand l'OMS indexée sur la Chine sa politique de l'enfant unique.

A cet effet, une réunion a été organisée par le préfet convoquant tous les professionnels de santé. L'objectif de cette réunion était de dire à tous les professionnels qu'ils s'approprient eux aussi les messages qu'ils font passer aux usagers que ce soit du point de vue professionnel que personnel. Pour la crédibilité des campagnes qu'ils passent ils doivent être des exemples

→ Polémique sur la campagne 1, 2, 3 Bass :

Campagne pour la limitation des naissances et non pour l'espacement ce qui a été mal perçu par la population. Donne l'impression de leur voler leur droit d'agir en tant que femmes.

→ Les évolutions de la société qui doivent être pris en compte dans la politique de planification familiale :

Il y a également une évolution du rite sexuel à Mayotte : on est passé du gourouwa (coït inter-fémoral) au pinceau et du pinceau à la pénétration. La pénétration étant un acte sexuel non toléré avant le mariage, les jeunes filles s'appliquaient à utiliser d'autres alternatives comme la sodomie pour éviter de tomber enceinte ou de perdre leur virginité.

Selon elle, pour mettre en place une campagne de planification il faut déjà s'intéresser à la santé génésique de la population. Chose qui n'a pas été prise en compte dans ces campagnes et qui peut témoigner de leur échec.

« Il n'y a pas eu d'accompagnement dans la santé génésique quand on voit que même actuellement certaines considèrent encore l'interruption volontaire de grossesse comme un moyen de contraception. »

La santé génésique : prendre la femme avec sa vision économique, culturelle de façon globale, ainsi que son niveau de représentation de l'enfant et pouvoir proposer d'autres alternatives comme l'accès à l'école, le travail, épanouissement, avoir une reconnaissance en tant qu'individu.

Aujourd'hui à Mayotte : les besoins des femmes ne sont plus les mêmes mais ont toujours la même finalité : acquisition d'un statut, être reconnue comme une femme par la société.

En effet, une femme n'a de statut et les privilèges qui vont avec (dot, maison, meubles, voiture...) que seulement après le mariage.

Pour qu'une femme puisse prétendre à la contraception il faut déjà qu'elle réponde à la norme sociale (se marier) et satisfaire ses exigences personnelles (avoir un travail, une maison et ensuite avoir un enfant).

Selon elle, on retrouve 2 profils de femmes dans la société mahoraise :

D'un côté : la femme qui fera des enfants car symbole de richesse plus elle en a mieux c'est. Elle n'acceptera pas forcément la prise de contraception. Pour certaines ce sera une façon pour elle de pouvoir ouvrir un droit à la demande d'une nationalité française (exemple des femmes qui sont en situation d'immigration clandestine). Un enfant né dans un territoire français avec l'un des parents français aura droit à la nationalité. Un enfant va être le symbole de ton attachement à un homme qui va être un soutien économique pour élever les enfants.

De l'autre : la femme qui a fait des études qui se veut être indépendante, qui se cherche et qui cherche à avoir un équilibre dans sa vie professionnelle que personnelle avant d'avoir un enfant pour pouvoir subvenir aux besoins futurs de celui-ci.

Ces deux profils de femmes sont certes différents mais on peut remarquer qu'il existe quand même un lien entre elles : lien du point de vue économique.

ANNEXE 4 : ENTRETIEN N°2

Personne rencontrée : Mme Chamsia MADI, cadre des sages-femmes PMI

Date : le 09 juin 2015

Durée : 1h30

Objectif : avoir un éclairage sur les missions de la PMI à Mayotte et avoir son point de vue sur la question de la fécondité en tant que sages-femmes.

→Description des missions de la PMI :

La mission première de la PMI est la prévention. Le suivi de grossesse est sensée être une mission hospitalière ou faite par les professionnels libéraux, mais face au contexte par rapport au nombre d'accouchement. Le CHM ne pouvait pas assurer ce rôle.

Les suivis de grossesse sont assurés par la PMI depuis 2006 dans le cadre d'un transfert de compétences de la DASS vers le Conseil Général. Elle assure le suivi des grossesses physiologiques. Les suivis de grossesses pathologiques s'effectuent à l'hôpital.

D'une manière général, la PMI réalise un suivi de grossesse qu'uniquement pour les personnes en situation de précarité. Situations de plusieurs femmes à Mayotte compte tenu de l'immigration clandestine et de la situation économique des ménages.

La PMI était d'accord pour prendre en charge les personnes affiliées cependant les personnes qui ne sont pas affiliés se retrouvent sans prise en charge. En 2009, le conseil général s'est opposé pour prendre en charge les non affiliés suite à cela, une convention a été signée entre l'Etat et le Conseil Général pour le financement tous les ans de la prise en charge de ces personnes.

Cette somme est allouée par l'ARS, elle constitue ainsi une alternative à l'Aide Médicale d'Etat.

Autre mission d'une sage-femme de PMI c'est la prise en charge des jeunes en les accueillant et orientant faute de centre de planification et d'éducation familiale sur l'île.

Pour la cadre, la situation de la précarité existe réellement à Mayotte mais pour elle, « les personnes savent se donner les moyens quand il le faut et là où il le faut » (la femme mahoraise est dans le paraître, s'occupe de l'image que l'on veut donner aux autres ex : mettre des moyens dans les tenues vestimentaires pour les grandes occasions plutôt que dans la prise en charge de sa santé). « On ne se pose pas les vrais problèmes ici à Mayotte » dit- elle :

Elle donne l'exemple d'un voyage qu'elle a fait en Tunisie.

Exemple de la TUNISIE : pays qui a réussi sa politique de planification familiale.

D'importantes actions qui ont été mis en place par le gouvernement afin d'arranger le statut de la femme. Dans le cas d'une séparation d'un couple, c'est la femme qui garde la maison ainsi que les enfants.

La séparation va être signalée à l'Etat ce qui va entraîner l'ouverture d'une procédure. Un compte bancaire au nom de la femme va être ouvert avec mise à disposition d'une certaine somme suffisante pour subvenir aux besoins de ses enfants. L'Etat se charge ensuite de poursuivre le père pour le remboursement. Cela constitue l'un des facteurs qui a permis la baisse de naissances. « Plus un pays est nanti moins les femmes ont des enfants puisque derrière il existe un véritable projet de famille (voyages, éducation...) »

➔ Activités de la PMI en chiffres

Nombre de naissances de 2009 à 2014 :

2009 : 7 518

2010 : 7 278

2011 : 6810

2012 : 6736

2013 : 6648

2014 : 7350

Suivi de grossesse par la PMI : 15 175 (suivi, nouvelle grossesse ➔ primo arrivant : personne qui ont débuté leur grossesse hors Mayotte).

Intervention éducation vie affective et sexuelle : 156 interventions pour 2980 élèves en 2013.

ANNEXE 5 : FREINS ET LEVIERS POSSIBLES

Freins identifiés	Leviers possibles proposés
<p>Les idées reçues (Ari-Ari) nombreuses sur la contraception en général et les différents moyens de contraception et leur diffusion massive étaient d'emblée identifiées comme ayant un impact important sur le choix des patientes et de leur conjoint. Il a été aussi évoqué que ces idées reçues n'étaient pas forcément évoquées en consultation par peur de réprimandes de la part des professionnels.</p>	<p>Recueillir ces idées reçues auprès de la population concernée afin que les professionnels concernés les connaissent et puisse être en mesure d'y répondre.</p> <p>Certaines idées reçues étant fondées sur des méconnaissances anatomiques et physiologiques, les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire apparaissent comme capitales en terme de prévention primaire. D'autre part, la diffusion de la bonne information par toutes les personnes vectrices de cette information paraît essentielle, notamment les acteurs en éducation pour la santé (infirmières scolaires, éducateurs en santé et agents sanitaires de proximité du service d'éducation pour la santé du conseil général, animateurs de l'IREPS, personnels du planning familial, animateurs/éducateurs en milieu associatif : Croix Rouge, TAMA, Solidarité Mayotte, Toioussi...)</p>
<p>Concernant les jeunes filles, avant l'officialisation de leur mariage, le manque de discrétion de la consultation en PMI apparaissait comme un frein important. En effet, le risque de croiser une personne de son entourage et la connotation « grossesse/contraception » associé à la PMI nuit à sa fréquentation par les jeunes filles</p>	<p>La possibilité d'orienter les mineurs vers les PMI d'autres villages que celle de leur village de résidence a été évoquée. Il s'agit donc dans un premier temps de pouvoir informer les jeunes filles concernées (importance du relais d'information en milieu scolaire notamment) et de pouvoir faire adhérer à cette idée les agents d'accueil des PMI et les sages-femmes concernées. Les sages-femmes présentes se sont montrées favorables ce jour.</p>
<p>Concernant les femmes de la tranche d'âge entre 40 et 50 ans, le frein évoqué concernait le fait que d'après les</p>	<p>La diffusion de connaissances anatomiques et physiologiques auprès de ces femmes apparaissait comme un</p>

<p>professionnels présents, elles se pensent fréquemment hors risque de grossesse.</p>	<p>levier possible. La possibilité d'approcher ces femmes par les associations culturelles formelles ou informelles apparaissait comme un levier possible.</p> <p>Un autre levier évoqué était la promotion du Dispositif Intra Utérin et une plus large diffusion de l'information sur les méthodes de stérilisation à visée contraceptive, notamment la ligature des trompes.</p>
<p>Les difficultés de réapprovisionnement par absence des sages-femmes dans les PMI (vacances, fin de contrat...) ou pénurie d'approvisionnement en contraceptifs oraux</p> <p>Le manque d'approvisionnement en contraceptifs d'urgence en PMI</p>	<p>La matérialisation systématique de l'ordonnance pour permettre aux patientes de se rendre en pharmacie</p> <p>Le renouvellement par les infirmiers (scolaires, libéraux)</p> <p>La prescription systématique d'un contraceptif d'urgence si besoin lors de l'initiation d'une contraception</p> <p>L'orientation possible vers les maternités périphériques (ouverture 24h/24, 7jours/7) ou en centre de soins.</p>

ANNEXE 6: ENTRETIEN N°3

Personne rencontrée : Docteur Abdoukarime ABAINÉ, Directeur service prévention des risques professionnels au Conseil Général et ancien médecin coordinateur de la PMI de Mayotte de 1993 à 2009

Date : le 12 juin 2015

Durée : 1H

Objectif: avoir son regard en tant qu'ancien médecin de la PMI sur la question de la planification familiale

Retour sur la structuration de la PMI à Mayotte. Auparavant, la PMI n'était pas un service séparé mais un service qui dépend de la DASS.

En 2006, il y a eu transfert de compétences entre l'Etat et le conseil Général. Cette décentralisation a permis à la PMI de devenir un service du conseil général.

Question 1 : Beaucoup de moyens ont été mis en place pour les campagnes sur la maîtrise de la fécondité, pourquoi le taux de fécondité est toujours important ?

On constate une différence de taux de fécondité entre une femme de nationalité française et une femme d'une autre nationalité. Depuis les années 80, début des campagnes sur la maîtrise de la fécondité jusqu'à de nos jours, le taux de fécondité pour les femmes de nationalité française a baissé.

Cette différence est due au fait qu'il est difficile de faire passer le message à cette catégorie de population. Ces personnes comprennent les messages mais d'autres arguments sont plus importants plus pesants que celle de la maîtrise de la fécondité. Un enfant est le symbole de la richesse, il permettra d'acquiescer à une vie meilleure. De plus, le fait d'accoucher sur un territoire français leur permettra de remplir une des conditions pour avoir droit à la nationalité française.

→Rappel historique des campagnes sur la maîtrise de la fécondité depuis les années 80 :

On peut identifier 3 phases :

La 1^{ère} phase : elle consistait en l'espace des naissances en compatibilité avec la religion musulmane. Avec comme argument « vous pouvez le faire parce que l'islam le permet ! » avec appui sur les versets du coran. L'ensemble des cadis (représentant de l'autorité religieuse) ont été consultés afin d'avoir leur avis sur cette question qui ont d'ailleurs adhéré. L'espace des naissances est ainsi important pour des raisons de santé aussi bien de la mère que de l'enfant.

La 2^{ème} phase : vient ensuite la 2^{ème} phase qui était orientée vers le bien être familial aussi bien des enfants que des deux parents sans trop s'éloigner des principes édictés par la religion. L'argument annoncé « faire un enfant quand on est prêt ». Ainsi en planifiant les naissances chaque enfant pouvait avoir sa place, les parents étaient plus aptes à répondre à leurs besoins. Il fallait mettre en avant le côté économique, éducation, santé....

La 3^{ème} phase : limitation des naissances avec la campagne « 1, 2,3 bass»

Le docteur Abdoul Djabbar porteur du projet a jugé que c'est le moment important d'en parler compte tenu des efforts qui ont été faits. Une campagne qui a fait polémique chez les religieux puisqu'ils n'étaient pas d'accord avec les arguments avancés. Il y a eu des discussions d'égal à égal entre ce médecin et les religieux puisque lui-même il connaît parfaitement le coran.

Il a été décidé de mettre en place ces 3 phases pour emmener progressivement la population à l'acceptation de la politique sur la limitation des naissances.

La maîtrise de la fécondité s'appuyant sur le seul sujet de la santé est quand même difficile à combattre. La planification familiale tout le monde est au courant, désormais on est dans le choix personnel. Il estime que la plupart des personnes ont un minimum de connaissances sur la contraception, maintenant le désir d'enfant émane d'un choix personnel.

Pour lui, le premier moyen contraceptif pour les femmes reste l'instruction (l'enseignement) vient ensuite le travail.

Expression favorite du docteur: « la planification familiale pour des raisons personnelles et familiales. »

Question 2 : Vous parlez de connaissances, cependant pouvez-vous dire de la même chose concernant la problématique des grossesses précoces chez les jeunes qui sévit actuellement ?

Je mettrai plutôt cela sur le compte de l'inconscience, de la nonchalance pour les grossesses précoces.

Il y a un réel besoin d'informer les jeunes sur les aspects techniques. Besoin d'apporter des aspects scientifiques à ces jeunes. Ils pensent savoir, ils ne sont pas forcément préparés.

La jeunesse aujourd'hui a besoin d'un lieu d'écoute, d'accueil. Actuellement le seul lieu où les jeunes peuvent se rendre à ce sujet, c'est la PMI. Cependant la PMI est aussi débordée.

Question 3 : Qu'en est-il des Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) alors ?

Pour le moment, il n'existe pas de CPEF sur l'île. Auparavant, il y avait un projet de création de 5 centres répartis sur toute l'île. Deux ont été déjà créés (un dans le sud et un autre dans le nord), mais ils étaient plus utilisés comme des services de PMI. Ces centres ont fermés, le projet n'a pas pu aboutir par manque de financement.

Question 4 : Est-ce que les parents ne peuvent pas assurer ce rôle d'écoute pour ces jeunes ?

De façon général, la discussion autour de la sexualité est taboue. Il faut mettre en place des moyens de sensibilisation auprès des parents. Les parents eux-mêmes n'ont pas la connaissance et ne peuvent donc pas répondre à leurs questions. Ils ont dû mal à maîtriser leur fécondité, ils ne constituent donc pas des exemples. Cependant il serait intéressant d'avoir leur point de vue grâce à un partage d'expériences.

ANNEXE 7 : TABLEAU RECAPITULATIF DES REPRESENTATIONS AUTOUR DE LA CONTRACEPTION A MAYOTTE

<p>La contraception en général</p>	<ul style="list-style-type: none"> - rend stérile - donne des cancers - utiliser un moyen de contraception, c'est comme faire une IVG - est interdite par la religion - provoque des saignements - enlève la libido - Lorsqu'un moyen de contraception provoque une aménorrhée, ça fait gonfler le ventre et cela peut provoquer des problèmes de santé - A Mayotte, tous les moyens de contraception ne sont pas accessibles - Si on saigne avec une contraception, c'est dangereux pour la santé - certaines contraceptions peuvent aider à tomber enceinte
<p>Le préservatif masculin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuent les sensations et le plaisir pour les hommes et les femmes - Peut se déchirer - L'odeur reste - Le lubrifiant des préservatifs peut provoquer des infections vaginales chez les femmes -Sont trop petits pour les africains -Il faut mieux en mettre 2

	-Les hommes préfèrent la peau à peau « gnama ha gnama »
Le préservatif féminin	- fait du bruit - peut être réutilisé pour plusieurs rapports
La pilule	- Rend stérile - Fait grossir - N'est pas un moyen de contraception sûr - Fait saigner - Entraîne une diminution de la libido/ désir - Reste dans le ventre - Donne le diabète (comprimés sucrés) - Les pilules s'entassent dans le corps et ont une action encore même une fois arrêtées - Donne des fibromes <ul style="list-style-type: none"> - Prendre une pilule le jour du rapport est suffisant - Si j'oublie une pilule, je la prend dès que je m'en rend compte + 1 à minuit et ça marche - Supprime les règles - Est cancérigène - N'est pas efficace
Le patch	- Se décolle à Mayotte
Le DIU	- Fait saigner - Arrête les règles - Provoque des vertiges - Fait grossir / fait maigrir

	<ul style="list-style-type: none"> - Rend stérile - Peut disparaître, se balader dans le bras, dans le dos et dans le corps - Ne fonctionne pas - Enlève la libido - Donne des boutons - Donne des nausées - Fait mal au ventre - N'est pas efficace
Le DIU	<ul style="list-style-type: none"> - Augmente les pertes blanches, pertes d'eau, écoulements vaginaux anormaux - Gène le mari = pique pendant le rapport - Peut gêner la femme - N'est pas efficace (naissances avec DIU dans la main du nouveau-né) - Provoque des infections - Rend stérile (comme son nom l'indique) - Est réservé aux femmes ayant déjà eu des enfant
La dépoprovera	<ul style="list-style-type: none"> - Fait saigner - Contient de la drogue - Est utilisée chez les animaux/ chez les femmes psychiatriques - Peut faire mal aux genous - Fait grossir - Supprime les règles

	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsqu'on prend longtemps la dépo, on aura des jumeaux quand on arrêtera
L'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> - Dès qu'on voit les règles, il faut reprendre une contraception - Si on allaite on ne peut pas tomber enceinte
La vasectomie	La vasectomie est comme la castration
La ligature des trompes	La ligature des trompes est parfois effectuée lors d'une césarienne sans l'accord de la patiente
Les moyens « alternatifs »	<ul style="list-style-type: none"> - Le retrait = coït interrompu marche très bien pour ne pas être enceinte (moyen très utilisé, indiqué dans le Coran) - Le calcul de l'ovulation - La méthode des températures - Le gourouha - Le pinceau - La sodomie - Boire beaucoup + nettoyage vagin après rapport + ou moins pipi - Après rapport : accroupi + pipi
Les faux moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Norlevo comme moyen de contraception - IVG comme moyen de contraception - Ananas vert lorsqu'il est jeune (abortif)

	<ul style="list-style-type: none"> - Feuilles de papaye (abortif) - Vinaigre (abortif) - Nivaquine (abortif) + ou – Coca-cola - Brèdes mourongues : feuilles pressées + sel ou tisanes de tiges + sel - Miel - Racines henné (abortif) - Riz brûlé - Aspirine + coca-cola (abortif) - Mikos avortifs (familial) - excision
La contraception d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - peut boucher les trompes si elle est prise trop souvent
IVG	<ul style="list-style-type: none"> - les IVG à répétition sont mauvaises pour la santé - Au bout de 3 IVG, on est stérile

ANNEXE 8: QUIZZ CONTRACEPTION

Testez vos connaissances sur la contraception en cochant la case correspondante

Vous êtes : un homme une femme

Age : Moins de 20 ans 20-30 ans 30-40ans 40 ans et +

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
1. Une contraception, si elle est efficace, je garde la même pour toute la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le retrait avant éjaculation est un moyen de contraception masculin efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Une interruption volontaire de grossesse (« Avortement ») est un moyen de contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Une femme peut tomber enceinte :			
- à tout moment de son cycle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lorsqu'elle a un rapport sexuel pendant ses règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Une femme qui allaite n'a pas de risque de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pilule, implant et stérilet sont efficaces dès le 1 ^{er} jour d'utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je n'ai oublié qu'une seule fois ma pilule donc je suis toujours protégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le préservatif :			
- il est plus sûr d'en utiliser 2 en même temps plutôt qu' 1 seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- peut être utilisé pour plusieurs rapports (ex : le préservatif féminin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le stérilet :			
- peut être posé uniquement à une femme ayant déjà eu un enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- peut se déplacer dans le ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- se pose dans le vagin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La contraception d'urgence :			
- est un moyen de contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- peut rendre stérile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- se prend uniquement le lendemain d'une prise de risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lorsqu'on n'a pas ses règles avec une contraception, cela peut poser des problèmes de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mise en situation :

Dans le cadre de mon exercice professionnel, je rencontre une jeune fille de 16 ans qui souhaite une contraception. C'est la fille d'une ami(e) !

- je peux en parler à sa mère sans son autorisation
- je dois en parler à sa mère
- je lui dis qu'à son âge elle n'a pas le droit de demander une contraception sans l'autorisation de ses parents

Dans le cadre de mon exercice professionnel, je surprends ma nièce qui se dirige vers le centre d'orthogénie (IVG) :

- j'ai le droit d'aller demander plus d'informations à la secrétaire
- la secrétaire a le droit de me donner des infos

ANNEXE 9: QUESTIONNAIRE INFIRMIERS SCOLAIRES

Organisation des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire

Dans le cadre de notre projet sur la maîtrise de la fécondité, le réseau périnatal s'intéresse à plusieurs volets notamment l'éducation à la vie affective et sexuelle. Nous souhaitons faire un état des lieux de ce qui se fait sur le territoire sur cette thématique afin de proposer des pistes d'amélioration en fonction des besoins évoqués.

Nous vous rappelons que ce questionnaire est anonyme et ne sera utilisé qu'à des fins strictement professionnelles.

Merci pour votre contribution

Discussion du projet en amont

1. Est ce que l'établissement dans lequel vous travaillez met en place un projet d'éducation à la vie affective et sexuelle?

oui non

Si "non" passer directement à la question 5

2. Est ce que le projet est discuté dans le cadre du projet d'établissement?

oui non

3. Avec qui est-il discuté?

- Elèves ou représentant d'élèves
 Parents ou représentant des parents d'élèves
 Enseignant(s):
 Partenaire(s) externe(s):

Indiquer la discipline de l'enseignant et citer les différents partenaires

4. Est ce que le projet est prévu en adéquation avec le programme de SVT?

oui non

Mise en place des séances collectives

5. Est ce que c'est vous qui planifiez les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle au sein de l'établissement?

oui non

6. Quels sont les niveaux de classes concernés?

6ème 5ème 4ème 3ème 2nde 1ère terminale

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

7. A quelle fréquence ces interventions s'effectuent dans l'année?

une fois deux fois 3 fois et plus

8. Le fond et la forme (informations, effectifs, supports...) des interventions sont-ils identiques pour l'ensemble des classes des niveaux concernés?

oui non

9. Si 'non', précisez :

10. Effectuez vous personnellement ce genre d'intervention?

oui non

11. Faites-vous appel à des intervenants de l'extérieur ?

oui non

12. Si oui, qui sont ces intervenants?

13. Quels sont les supports de communication utilisés lors de ces séances ? D'où viennent-ils?

14. Qu'avez-vous pensé des interventions effectuées ?

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

15. Selon vous, quelles sont les pistes d'amélioration pour l'organisation de ces séances ?

16. Pensez-vous avoir besoin d'informations ou de formations dans le domaine de l'éducation à la vie affective et sexuelle?

oui non

17. Si 'oui', précisez :

ANNEXE 10 : NOMBRE DE CLASSES PAR COLLEGE

Nombre de classes par division			2014-2015				ULIS
Bas	Statu	Adresse admin	6ème	5ème	4ème	3ème	ULIS
Sud	CLG +	Collège Bandrélé	9	8	7	6	1
Nord	CLG +	Collège Chiconi	17	14	12	11	
Sud	CLG +	Collège Dembéni	15	21	19	10	
Nord	CLG	Collège de Dzoumogné	10	9	10	10	
Est	CLG +	Collège Doujani	20	18	17	13	1
Sud	CLG	Collège Kwalé					
Sud	CLG	Collège Kani-Kéli	10	9	6	6	1
Est	CLG +	Collège Kawéni	12	17	15	13	1
Est	CLG	Collège Kawéni 2	23	11	10	10	
Est	CLG	Collège Koungou	15	17	16	14	1
Est	CLG	Collège Labattoir	15	15	14	14	
Est	CLG +	Collège Majicavo					
Est	CLG	Collège M'Gombani	17	15	14	12	1
Nord	CLG	Collège M'Tsangamouji	9	10	10	9	1
Nord	CLG +	Collège M'Tzamboro	11	10	8	9	1
Est	CLG	Collège Pamandzi	15	10	11	13	1
Sud	CLG	Collège Passamainty	23	13	12	14	2
Nord	CLG	Collège Sada	10	9	9	8	1
Sud	CLG	Collège Tsimkoura	10	9	11	10	
Nord	CLG +	Collège Tsingoni	13	14	11	10	1

ANNEXE 11: EXEMPLAIRE FICHE ACTION

Intitulé de l'action	Mobilisation de nouveaux intervenants professionnels
Description /pertinence de l'action	<p>Faire appel à tous les professionnels du territoire afin qu'ils travaillent ensemble pour des interventions sur la thématique de l'éducation à la vie affective et sexuelle au sein des établissements scolaires ou auprès des usagers d'une association.</p> <p>Créer du lien entre les professionnels (sages-femmes, animateurs, éducateurs de santé...)</p>
Objectifs	<p>→ Impliquer le plus de professionnels possibles dans les interventions</p> <p>→ Coordonner les professionnels afin de travailler ensemble</p>
Public concerné	Tous les professionnels de l'île qui peuvent être concernés par la thématique de l'éducation à la vie affective et sexuelle
Partenaires concernés	Associations, CHM, PMI
moyens	<p>Humains : 2 personnes</p> <p>Matériels : Appel à bénévolat, appel à partenariat par des affiches et par mail ou téléphone, groupe de travail qui vont en découler</p> <p>Financiers :</p>
Date de lancement	Le 31/03/2015
Contact	<p>Réseau Périnatal de Mayotte (REPEMA)</p> <p>Coordinatrice projets : Mado LIBOLT</p> <p>Chef de projet :</p> <p>Tél : 0269 62 28 15</p>
Evaluations	<p>Mobilisation : nombre et profils des professionnels qui se sont mobilisés</p> <p>Nombre de réunion réalisé</p>

GLOSSAIRE

AME: Aide Médicale d'Etat

ARH: Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS OI: Agence Régionale de la Santé Océan Indien

CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

CG: Conseil Général

CHM: Centre Hospitalier de Mayotte

DASS: Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

DIU: Dispositif Intra-Utérin

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

IDH : Indice de Développement Humain

IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE: Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

IREPS: Instance Régionale d'Education et Promotion de la Santé

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

OMS: Organisation Mondiale de La Santé

PMI: Protection Maternelle et Infantile

PMSI: Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

PRS: Projet Régional de la Santé

REP: Réseau d'Education Prioritaire

REPEMA: Réseau Périnatal de Mayotte

SDIL: Syndicat Départemental des Infirmiers Libéraux

UFO : Unité fonctionnelle d'Orthogénie

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1: l'archipel des Comores et sa situation géographique</i>	3
<i>Figure 2: évolution de la population mahoraise de 1958 à 2012 (INSEE, 2012)</i>	4
<i>Figure 3: pyramide des âges de Mayotte (2007/2012)</i>	5
<i>Figure 4: Pyramide de la population française en 2012 (France entière hors Mayotte)</i>	6
<i>Figure 5: carte des établissements sanitaires à Mayotte (capture d'écran, ARS OI 2014)</i>	10
<i>Figure 6: les personnes associées dans la discussion du projet</i>	39
<i>Figure 7: répartition des réponses selon les niveaux de classes</i>	40
<i>Figure 8: répartition des réponses selon la fréquence des interventions dans les établissements</i>	40
<i>Figure 9: Utilisation de fonds et formes identiques selon interventions pour tous les niveaux de classes confondus</i>	41
<i>Figure 10: pourcentage des réponses des infirmiers qui déclarent faire appel à des intervenants externes</i>	42
<i>Figure 11: intervenants sollicités par les établissements scolaires</i>	43
<i>Figure 12: Niveau de satisfaction des infirmiers pour les interventions</i>	44

TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1: <u>discussion projet dans le cadre du projet d'établissement</u></i>	39
<i>Tableau 2: <u>réponses des infirmiers pour les formations</u></i>	45
<i>Tableau 3: <u>thématiques citées pour une formation</u></i>	46

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Première partie : approche contextuelle	3
Chapitre 1 : contexte socio-démographique et sanitaire de Mayotte	3
1.1 Situation géographique	3
1.2 La population Mahoraise	4
1.2.1 Culture et religion marquée par un fort ancrage dans la société	7
1.3 Offre de santé :	8
1.3.1 Une structuration sanitaire récente, fragile :	9
1.3.2 Un accès aux soins inégalitaire	12
1.3.3 La PMI, le CHM deux structures omniprésentes dans la périnatalité :	13
1.4 Aspect économique de l'île	15
Chapitre 2 : situation mahoraise sur la planification familiale	16
2.1 La notion de planification familiale	16
2.2 Données quantitatives sur la périnatalité	16
2.3 Où en est l'île dans la politique de planification familiale ?	18
2.3.1 Retour sur l'historique	18
2.3.2 Une politique de planification familiale qui ne répond pas forcément au concept de la santé génésique	21
2.3.3 La femme et l'enfant : deux personnages avec une place particulière dans la planification familiale	22
Deuxième partie : la prévention primaire comme réponse aux besoins de la planification familiale.	26
Chapitre 1 : pourquoi la prévention primaire ?	27
1.1 Grossesse précoce et une représentativité importante des jeunes pour les demandes IVG à prendre en compte	27
1.2 Des raisons souvent liées à des problèmes d'information et de communication	28
Chapitre 2 : projet de séances d'éducation vie affective et sexuelle	30

2.1	Le contexte de la mise en place projet :	30
2.1.1	Le cadre réglementaire et législatif	30
2.1.1.1	Au niveau national	30
2.1.1.2	Au niveau local	31
2.1.2	Etudes et enquêtes :	32
2.1.2.1	Etats des lieux réalisés par REPEMA	32
2.1.2.2	Questionnaire aux infirmiers scolaires	36
2.1.2.2.1	Les résultats et analyse:	38
2.1.2.2.2	Propositions :	47
2.2	La présentation du projet	48
2.2.1	Objectifs	48
2.2.2	Public concerné	50
2.2.3	Acteurs/ partenaires	51
2.3	La plus-value du projet sur le territoire mahorais	52
2.3.1	Une réponse coordonnée avec le réseau périnatal de Mayotte	52
2.3.2	Un transfert de compétences et de connaissances	54
Conclusion		55
Bibliographie		57
Annexes		61
Annexe 1 : offre sanitaire et medico-sociale		62
Annexe 2 : tableau des professionnels de sante mayotte, réunion, metropole (2014)		63
Annexe 3 : entretien n°1		64
Annexe 4 : entretien n°2		67
annexe 5 : freins et leviers possibles		69
Annexe 6: Entretien n°3		71
Annexe 7 : tableau récapitulatif des représentations autour de la contraception à Mayotte		74
Annexe 8: quizz contraception		79
Annexe 9: questionnaire infirmiers scolaires		81
Annexe 10 : nombre de classes par college		83

<i>Annexe 11: exemplaire fiche action</i>	84
<i>Glossaire</i>	85
<i>Table des illustrations</i>	86
<i>Table des tableaux</i>	87
<i>Table des matières</i>	88

Résumé

Cette étude s'est particulièrement intéressée à la problématique de la maîtrise de la fécondité à Mayotte qui constitue une priorité de santé publique dans ce territoire.

Depuis les années 80 des campagnes de prévention ainsi que sur la planification familiale ont été mises en place pour tenter d'apporter une réponse au problème. Des efforts ont été faits quant aux outils de prévention et à l'accès à la contraception pour tous, cependant le problème persiste.

La première partie de ce mémoire s'est intéressée à la présentation de tous les éléments permettant de comprendre ce phénomène.

La culture, la tradition et les représentations autour de la sexualité semblent avoir un énorme impact dans la planification familiale surtout dans une société très collective comme Mayotte. D'autres problèmes comme par exemple les difficultés économiques et la précarité jouent aussi un rôle dans tous ceci.

La solution qui semble être adaptée est de renforcer davantage les actions de prévention en prenant en compte les besoins des professionnels et du public. Dans une société où plus de la moitié de la population est jeune, il semble que cibler les jeunes comme porteurs de messages par l'intermédiaire des établissements d'enseignements est la principale piste à explorer.

Mots clés : Maitrise de la fécondité, planification familiale, priorité, Mayotte