Université Paul Sabatier – TOULOUSE III
Facultés de médecine de Toulouse

Année 2017 2017 TOU3 1043

Thèse d'Exercice pour le Doctorat de Médecine Générale

Facteurs influençant l'utilisation de la contraception à Mayotte,

Enquête auprès des femmes consultant en dispensaire.

Présentée et soutenue publiquement
le 16 mai 2017
Par

GOMARD Marine
Née le 28 avril 1989 à Reims

Directeur de thèse : Dr THORE-DUPONT Emmanuelle

Président du Jury : Pr OUSTRIC Stéphane
Membres du Jury :
Dr ESCOURROU Brigitte
Dr FREYENS Anne
Dr EDOUART Corinne
Dr ANSELMI CLARENC Françoise

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER Université de Toulouse

Université Paul Sabatier – TOULOUSE III
Facultés de médecine de Toulouse

Année 2017 2017 TOU3 1043

Thèse d'Exercice pour le Doctorat de Médecine Générale

Facteurs influençant l'utilisation de la contraception à Mayotte,

Enquête auprès des femmes consultant en dispensaire.

Présentée et soutenue publiquement
le 16 mai 2017
Par

GOMARD Marine
Née le 28 avril 1989 à Reims

Directeur de thèse : Dr THORE-DUPONT Emmanuelle

Président du Jury : Pr OUSTRIC Stéphane
Membres du Jury :
Dr ESCOURROU Brigitte
Dr FREYENS Anne
Dr EDOUART Corinne
Dr ANSELMI CLARENC Françoise

TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier

au 1er septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. GEDEON André
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. RIBET André
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur CONTÉ Jean
Professeur MURAT
Professeur MANELFE Claude
Professeur LOUVET P.
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur CARATERO Claude
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur ADER Jean-Louis
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur LARENG Louis
Professeur JOFFRE Francis
Professeur BONEU Bernard
Professeur DABERNAT Henri
Professeur BOCCALON Henri
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur SIMON Jacques
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur ARBUS Louis
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur MOSCOVICI Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex — **Doyen : E. SERRANO**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry	

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Octobre 2016

Remerciements aux membres du jury :

M. Le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président du jury :

Docteur en Médecine Générale
Professeur Universitaire de médecine générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III
Directeur du Département Universitaire de Médecine Générale

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de m'accorder votre temps pour juger ce travail
Merci de votre investissement auprès des internes de médecine générale.
Soyez assuré de mon profond respect et de ma considération

Mme Le Docteur Brigitte ESCOURROU

Docteur en Médecine générale
Maître de Conférence des Université de médecine générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III
Directrice du Département Universitaire de Médecine Générale

Je vous remercie d'honorer ce travail de votre attention en acceptant de participer à ce jury de thèse.
Merci pour vote engagement envers les internes de médecine générale, ainsi que de votre soutien et de votre disponibilité en tant que tutrice.

Mme Le Docteur Anne FREYENS

Docteur en Médecine générale
Maître de Conférence Associé de médecine générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III
Co-Responsable du pôle Santé de la femme

Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury de thèse.
Merci pour vote engagement envers les internes de médecine générale, pour vos cours clairs et vos conseils pratiques.

Mme Le Docteur Corinne EDOUART

Docteur en Médecine générale
Maître de Stage de médecine générale, Université Paul Sabatier, Toulouse III

Je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.
Je n'aurais pas imaginé le faire sans toi car c'est un peu grâce à toi que je me suis intéressée à la gynécologie de ville. Ces 6 mois de stages à tes côtés m'ont beaucoup appris. Merci de ton professionnalisme, de ta patience et de ta gentillesse.

Mme Le Docteur Françoise ANSELMI CLARENC

Docteur en Gynécologie médicale
Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Régional de Rodez,
Responsable du centre et de planification et d'éducation familiale de Rodez

Je vous remercie d'avoir honoré ce travail de votre attention en acceptant de participer à ce jury de thèse. Je tiens à vous remercier de m'avoir accompagnée dans mes premiers pas auprès des patientes du planning familial. Votre bienveillance est d'un grand secours pour toutes ces jeunes femmes. J'espère que ce travail vous plaira.

A ma Directrice

Mme le Docteur Emmanuelle THORE-DUPONT

Docteur en médecine générale
Praticien hospitalier à la PASS du Centre Hospitalier Gabriel Martin à Saint Paul, Réunion.
Enseignante au département de médecine générale, faculté de médecine.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse, merci de ta confiance. Merci d'avoir partagé mes moments de stress et d'avoir su rester disponible. J'espère que ce travail sera digne de tes attentes.

Remerciements personnels

A ma famille et mes parents pour m'avoir soutenue tout au long de ces rudes années, à mon père pour ses conseils et ses relectures.
A tous mes grands-parents, sans qui tout cela n'aurait pas été possible. Merci de votre accueil toujours chaleureux, de vos petits plats et de votre amour.
A Mamie, notre Mc Gyver préféré, partie trop tôt et qui n'aurait raté ce moment pour rien au monde.
A Florence et Arthur, qui m'ont aidée à m'adapter au climat métropolitain.
A mes frères et sœurs que j'aime tendrement. Je vous souhaite une grande et belle vie.
Aux cousins, cousines (présents et futurs), aux tatas et tontons pour ces moments partagés.

A Béatrice et Patrick pour leur accueil toulousain et leur aide dans mes galères de voiture.

A mes amis d'enfance, Violette, Manu, Théo. Nos retrouvailles sont à chaque fois de grands bols d'air frais. Vos messages d'encouragement me sont allés droit au cœur, merci.

Aux Michels, Bastien, Delphine, Eva, Gaëlle S. et Gaëlle V., Jessica, Joséphine, Marjorie, Marianne, Marine, Martin, Mathieu, Raphael, Umberto, et Yohan pour ces années d'externat inoubliables et toutes ces micheleries passées et à venir. Un gros bisou à mes partenaires de sous conf' (gastronomiques plus que studieuses).

Aux amis toulousains, Marie Agnès avec qui j'ai découvert la vie d'interne, les montagnes pyrénéennes, et le vacarme des urgences, et Hugo, mon homologue voyageur-réunionnais.
Aux amis ruthénois, Aurore, Bruno, Flore, Justine, Lucie, Marie, Olivier et Sevcan pour tous ces souvenirs lors de cet été aveyronnais (sans oublier le cochon !).
Spéciale dédicace à François le coloc beau gosse sauveur de baleine. A bientôt à Mada !

Aux amis mahorais et réunionnais et tout spécialement à Léa, ma compagne de voyage et à Marie-Jo, en souvenir de ces premiers jours de galères mahoraises. On se retrouve très vite!

Aux Dr Lacombe, Pialat, Blanc et Edouart pour avoir guidé mes premiers pas dans la médecine générale et m'avoir donné le goût de la médecine rurale. Aux Dr Boudes et Anselmi pour m'avoir initiée aux actions de la PMI et du planning familial.

A toute l'équipe du dispensaire de Jacaranda, de l'ARS de Mayotte (Dr Barbail) et de REPEMA (Mado), et spécialement à Hadidja, pour son travail, et à Sandaati, pour son implication et ses fous rires.

"Toute culture peut être considérée comme un ensemble de systèmes symboliques au premier rang desquels se placent le langage, les règles matrimoniales, les rapports économiques, l'art, la science, la religion. Tous ces systèmes visent à exprimer certains aspects de la réalité physique et de la réalité sociale, et plus encore, les relations que ces deux types de réalité entretiennent entre elles et que les systèmes symboliques eux-mêmes entretiennent les uns avec les autres".

Lévi-Strauss

SOMMAIRE :

I- APPROCHE CONTEXTUELLE 1

1. HISTOIRE ET GEOGRAPHIE **1**
2. SITUATION ECONOMIQUE, SOCIALE ET DEMOGRAPHIQUE **1**
3. LA FEMME ET L'ENFANT DANS LA CULTURE MAHORAISE **2**
4. LA CONTRACEPTION **3**
5. DONNEES CONNUES A MAYOTTE **4**
6. SYSTEME DE SANTE A MAYOTTE **5**

II- MATERIEL ET METHODE 7

1. TYPE D'ETUDE **7**
2. POPULATION **7**
3. LE QUESTIONNAIRE **8**
4. ANALYSE DES DONNEES **8**

III- RESULTATS ET ANALYSE 9

1. FEMMES NE PRENANT PAS LA CONTRACEPTION (GROUPE « SANS ») **9**
2. FEMMES PRENANT UNE CONTRACEPTION (GROUPE « AVEC ») **10**
3. ANALYSE COMPARATIVE **12**
4. CONNAISSANCES **14**
5. ACCES AUX SOINS **16**
6. AGE DES PREMIERS RAPPORTS **17**

IV- DISCUSSION 18

1. POINT FORTS ET LIMITES DE NOTRE ETUDE **18**
2. LES FREINS A LA CONTRACEPTION **19**
3. LES MOTEURS A LA CONTRACEPTION **24**
4. LEVIERS PROPOSES **27**

V- CONCLUSION 30

VI- BIBLIOGRAPHIE 31

VII- ANNEXES 35

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE……**35**

ANNEXE 2 : CARTE DE L'OFFRE SANITAIRE PUBLIQUE DE MAYOTTE, 2015……41

ANNEXE 3: LES PROFESSIONS MEDICALES A MAYOTTE. LOCALISATION DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES PUBLICS ET LIBERAUX AU 1E JANVIER 2016…….42

ANNEXE 4 : COMPOSITION DES GROUPES SANS ET AVEC CONTRACEPTION.……43

ANNEXE 5 : VILLAGE D'ORIGINE DES FEMMES CONSULTANT EN DISPENSAIRE……..44

ANNEXE 6 : REPARTITION DES MOTIFS EVOQUES PAR LES FEMMES CELIBATAIRES POUR JUSTIFIER L'ABSENCE DE CONTRACEPTION (N=45)……45

ANNEXE 7 : RAISONS EVOQUEES PAR LES FEMMES POUR PREFERER LA PMI OU LE DISPENSAIRE……..46

ANNEXE 8 : DONNEES DEMOGRAPHIQUES A MAYOTTE……47

ANNEXE 9 : EVOLUTION DU NOMBRE D'IVG ENTRE 1992 ET 2012 A MAYOTTE……48

ANNEXE 10 : LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION.……49

ANNEXE 11 : EFFICACITE CONTRACEPTIVE ET TAUX D'ABANDON DE LA METHODE APRES UN AN AUX ETATS-UNIS ET EN FRANCE……52

ANNEXE 12 : PREVALENCE CONTRACEPTIVE PAR TYPE DE METHODE PAR PAYS, UNION EUROPEENNE, PAYS DE L'AELE ET AUTRES PAYS SELECTIONNES……53

ANNEXE 13 : LES METHODES DE CONTRACEPTION EN FRANCE……..54

ANNEXE 14 : LES DIFFERENTS ARI-ARI (PREJUGES NEGATIFS) ET CROYANCES SUR LA CONTRACEPTION A MAYOTTE……56

ANNEXE 15 : CARTE DE L'ARCHIPEL DES COMORES……59

ANNEXE 16 : CLASSIFICATION DES VILLAGES DE MAYOTTE, DE MEILLEURES CONDITIONS DE VIE SUR LE LITTORAL OUEST……..60

ANNEXE 17 : DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES COMPARATIVES, COMORES-MAYOTTE-METROPOLE ……61

ANNEXE 18 : LISTE DES CONTRACEPTIFS DISPONIBLES DANS LA PHARMACIE A USAGE INTERIEUR DU CHM ET PMI……..62

ANNEXE 19 : RITES AUTOUR DE LA FEMME ET DE L'ENFANT A MAYOTTE ……63

LISTE DES ABREVIATIONS :

AME : Aide Médicale d'état

CPEF : Centre de Planification Et D'Education Familiale

CHM : Centre Hospitalier De Mayotte

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSSM : Caisse De Sécurité Sociale De Mayotte

DOM : Département D'outremer

f : femme (nombre de femmes, dans les tableaux)

HAS : Haute Autorité de Santé

Insee : Institut National De La Statistique Et Des Etudes Economiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire De Grossesse

OMS : Organisation Mondiale De La Santé

ONU : Organisation Des Nations Unies

PMI : Protection Maternelle Infantile

REPEMA : Réseau Périnatalité De Mayotte, réseau de santé qui suit et fait de la prévention sur tous les soins de santé autour de la femme et du nouveau né.

GLOSSAIRE :

Boueni : femme

Dagoni : la maison

Gourouwa : méthode de stimulation sexuelle pratiquée par les adolescents de Mayotte au cours de laquelle la femme va frotter le pénis de son partenaire entre ses cuisses. Ceci évite la pénétration et préserve la virginité mais ne protège pas d'une éventuelle grossesse.

Koko : grand mère

Kwassa-kwassa : pirogues dans lesquelles s'entassent des clandestins, principalement comoriens, pour rejoindre Mayotte en traversant les 70km qui sépare l'île d'Anjouan.

M'zungou : blanc, métropolitain

Matrilocalité : La matrilocalité est un principe de fonctionnement de certaines sociétés traditionnelles selon lequel l'épouse reste dans le village ou le lieu de résidence de sa mère une fois le mariage contracté. L'époux réside donc dans la localité d'origine de sa femme.

Matriarcale : Régime d'organisation sociale dans lequel la femme joue un rôle politique prépondérant.

Mogné : homme

Unité de consommation : Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation

I- Approche Contextuelle

1. Histoire et géographie

Mayotte est une île de 374 km2 située dans le canal du Mozambique. Elle fait partie de l'archipel des Comores qui regroupe 3 autres îles : Grande Comore, Mohéli et Anjouan, les « îles sœurs ». Mayotte comprend deux îles principales, Grande-Terre et Petite-Terre, entourées d'un des plus grands lagons au monde avec ses 1100 km^2 (1)(2).

La population des Comores vient d'Afrique de l'est et de Madagascar et s'est formée au gré de multiples vagues d'immigration, dues au trafic d'esclave et aux conflits entre les sultans des îles de l'Océan Indien. Des invasions arabes du XIIIe siècle, l'archipel des Comores gardera la culture swahilie et la religion islamique(2), pratiquée aujourd'hui encore par 95% de la population (3). En 1841 le sultan Andriantsouli offre l'île de Mayotte à la France en échange de sa protection. La colonisation s'étendra peu à peu à toutes les îles des Comores (2). En 1972 l'Union des Comores demande son indépendance à l'Organisation des Nations Unies (ONU), son territoire comprenant l'ensemble des 4 îles. Mais lors du référendum, largement en faveur de l'indépendance, Mayotte déclare vouloir rester française. Ce choix est confirmé lors du référendum de 2009 qui fait de l'île le 101^e département français. La présence française sur Mayotte est considérée encore aujourd'hui par l'Union des Comores, comme par l'ONU, comme une occupation illégale du territoire. Les Comores sont aujourd'hui l'un des pays les plus politiquement instables et pauvres du monde. En 1995, le visa Balladur interdit la libre circulation coutumière entre les différentes îles des Comores et Mayotte. Des familles entières sont séparées et les visas rarement accordés. Beaucoup prennent le risque de la traversée sur de petites embarcations de fortune appelées « kwassa-kwassas ». La plupart s'échouent en pleine mer provoquant plusieurs centaines de morts chaque année. (1)

2. Situation économique, sociale et démographique

Lors de l'enquête de l'Institut National De La Statistique Et Des Etudes Economiques (Insee) en 2012, la population à Mayotte était de 212600 habitants dont 40% d'immigrés, très majoritairement comoriens. La densité était de 511 habitants/km^2, ce qui en fait la seconde île la plus peuplée du sud-ouest de l'Océan Indien, après l'île Maurice. Mayotte est un

département très jeune avec une forte natalité : l'indice de fécondité est de 4,1 enfants par femme (2,0 en France en 2012). La moitié de la population a moins de 17 ans et demi (contre 23 ans en Guyane et 39 ans en France métropolitaine)(4). En 2012, 36,6 % de la population était active et 71% des jeunes se déclaraient au chômage. Ce taux est le plus élevé des départements d'outre-mer (DOM) (28,1 % en Martinique, 34,4 % à La Réunion). A noter que 72 % de la population n'a aucun diplôme qualifiant. (5) Même si le niveau de vie des mahorais augmente, en 2011, la moitié de la population mahoraise vit avec moins de 384 euros par mois et par unité de consommation. De même les condition de logement s'améliorent avec 70% des habitations ayant un accès à l'eau (6) et 94% l'électricité (7). Une maison sur trois reste une case de tôle (6). Les villages de l'est semblent être les plus pauvres (7). Les clandestins vivent dans des bidonvilles qui sont régulièrement l'objet de dégradations et de rafles (1).

3. La femme et l'enfant dans la culture mahoraise

Dans la culture mahoraise la famille est fondamentale autant pour les hommes que pour les femmes. Les enfants à Mayotte sont considérés comme une richesse et une assurance vieillesse. La respectabilité d'une personne se fait en fonction du nombre de ses enfants et petits enfants (8).

La culture mahoraise obéit aux lois de l'islam, qui permet à la fois la polygamie (abrogée par la loi française 2003), et le divorce. Le divorce peut être demandé par l'époux à la prononciation d'une simple phrase (« je te répudie »), ou par la femme si elle prouve que l'homme ne remplit pas ses devoirs envers sa famille. A Mayotte les divorces sont nombreux et les remariages rapides, consolidés par la venue d'une naissance (8).

La société mahoraise est fondée sur la matrilocalité. C'est elle qui possède la maison, et qui élève les enfants, et ses filles s'installeront sur son terrain. La femme mahoraise trouve rarement un lien stable dans son couple et c'est le lien mère-enfant et surtout mère-fille qui est le lien social le plus stable pour elle. La matrilocalité favorise la sédentarité des jeunes filles dans leur village d'origine (8).

Les jeunes filles doivent être mariées vierges par leurs parents et le couple n'est viable que s'il est fertile. Elles ne sont considérées comme femmes qu'après leur mariage et n'obtiennent réellement leur place dans la société qu'après la naissance de leur premier

enfant. De plus, il n'y a que la présence d'un enfant qui oblige l'homme à son devoir financier envers sa famille, même en cas de divorce (8).

Même si les moeurs sont plus libres depuis quelques années il est encore extrêmement mal vu d'avoir des rapports avant le mariage ou, pire, de tomber enceinte sans être mariée. Pour pallier à ces problèmes les adolescents mahorais pratiquent le « gourouwa » où la jeune fille va frotter le pénis de son partenaire entre ses cuisses. Il n'y a ainsi pas de pénétration vaginale, mais la technique n'est pas parfaite, et plusieurs grossesses ont été référencées suite à cette pratique respectant la virginité (9).

La sexualité reste un tabou dans les familles, les mères ayant peur qu'en en parlant à leurs filles, elles encourageraient une entrée précoce dans la vie sexuelle. (8).

4. La contraception

Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. Ceci s'est vu en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Pourtant on estime à 225 millions le nombre de femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses dans les pays en développement mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception, à cause d'un manque de choix, d'un accès limité, de la crainte d'effets secondaires, d'opposition culturelle ou religieuse(10). La contraception d'urgence est disponible dans de nombreux pays mais reste peu utilisée(11).

Dans les pays d'Afrique de l'est, qui partagent la même culture que Mayotte, le recours à la contraception a augmenté depuis 20 ans (12). Il reste variable entre les communautés, et au Kenya, on ne retrouve pas de différence significative dans la prise de contraceptifs moderne entre musulmans et chrétiens (13). Toutefois le Nigeria, pays à forte proportion de musulmans n'a qu'une couverture contraceptive moderne de 10% (53% au Kenya et 33% à Madagascar)(14). Aux Comores elle est de 14%. (14). Les raisons invoquées pour une non prise des contraceptifs sont essentiellement une peur des effets secondaires notamment pour la mère et l'enfant et la peur d'une infertilité secondaire (13). Le désir d'enfant reste fort, notamment en Afrique de l'est et à Madagascar (15) (16).

En métropole la vente de contraceptifs est autorisée depuis 1967 (loi de Neurwirth) et les mineures n'ont plus besoin de l'accord parental depuis 2001 (17). En 2012 seules 3%

des femmes déclarent ne pas utiliser de méthode de contraception, taux stables depuis quelques dizaines d'années et plus de 70% utilisent une méthode dite « moderne » (18). Malgré tout une grossesse sur 3 est non désirée en France(19). Les inégalités sociales persistent : alors que les femmes cadres auront tendance à changer leur pilule pour un stérilet, les femmes plus précaires recourent plus aux méthodes naturelles ou à l'implant(20)(21). De plus ces femmes sont plus septiques vis à vis de la contraception (22). L'utilisation de l'implant notamment reste marginale, essentiellement pour des jeunes femmes que l'on juge insuffisamment observantes à la prise d'une pilule (20)(23).

Dans les DOM la situation reste préoccupante avec plus de grossesses non désirées et d'interruption volontaire de grossesse (IVG) qu'en métropole (24)(25). Ceci est dû à un moindre recours à la contraception moderne et du fait de projections négatives : la pilule « rend stérile » ou « fait grossir » à la Réunion(24) tandis qu'aux Antilles elle est « contraignante ».(25) A la Réunion, plus proche géographiquement de Mayotte, 46 % des femmes utilisent une contraception autre que le préservatif et les jeunes ont une bonne connaissance des moyens mais ne les utilisent pas, ce qui abouti à des taux d'IVG deux fois supérieurs à ceux de la métropole (26). En Guyane, où la situation se rapproche de celle de Mayotte (population très jeune, multiculturelle, précaire et avec une immigration très importante) le taux d'IVG est le plus fort des Antilles. Parmi les femmes se protégeant d'une grossesse non désirée le recours à une méthode médicale est de 56% (pilule, stérilet et implant dans l'ordre de préférence) (25)(27).

5. Données connues à Mayotte

Mayotte se trouve à la frontière entre tous ces modes de vie. Avec la départementalisation l'île est devenue la première maternité de France avec plus de 9600 naissances en 2016 (28) (29). Depuis les années 80 les autorités publiques ont lancé différentes campagnes pour la planification, plus ou moins bien acceptées par la population (3) (30). Le taux d'utilisation de contraceptifs était estimé à 11% en 1986 et 29% en 1998, les plus utilisés étant alors la Depoprovera et les contraceptifs oraux (9). Dans les années 2000 les habitudes contraceptives ont évolué. Certaines femmes ont essayé le stérilet, mais il reste mal accepté (30), et l'arrivée de l'implant a été perçue comme une excellente alternative autant pour les patientes que pour les soignants (31).

Des enquêtes menées auprès de petits groupes de femmes organisées par le réseau de santé Réseau Périnatalité de Mayotte (REPEMA) rapportent que de nombreux « Ari- Ari » (idées reçues) persistent sur la contraception, en limitant l'usage (3). D'après les professionnels soignants un manque de connaissances des femmes sur l'anatomie et la physiologie humaine rend difficile l'acceptation d'une contraception moderne. Les freins culturels, la réticence de l'époux ou des parents, le manque d'observance sont des limites à la contraception. Le coût des contraceptifs, les habituelles ruptures de stock, la barrière de la langue et le manque de formation des professionnels médicaux sont aussi dénoncés. Enfin la surcharge de travail pour les soignants ne leur donne pas le temps de renouveler ou de prescrire un contraceptif (17). En conséquence le nombre d'avortements a décuplé en près de 20 ans sur l'île. Le taux de recours à l'IVG en 2012 est de 29‰ femmes à Mayotte alors qu'il est de 14,5‰ en France métropolitaine, et l'on note même cinq IVG chez des fillettes de 11 ans en 2007 (32) (33). La moitié des avorteuses ne seraient pas d'origine mahoraise et il existerait une immigration pour réalisation de l'IVG (34), tout comme c'est le cas pour les accouchements (35).

6. Système de santé à Mayotte

A Mayotte le médecin dans le secteur public est presque toujours un « M'zungou », c'est à dire un Blanc, souvent métropolitain et sur Mayotte en remplacement pour quelques mois seulement. Cela touche tous les aspects du milieu médical et paramédical (36). Il ne parle ni le shimaoré ni le shibushi, les deux langues les plus parlées dans la population, parmi une dizaine d'autres (37). En l'absence de traducteurs professionnels ce rôle est dévolu au personnel local (38). La qualité des soins proposés n'a rien à voir avec celle proposée aux Comores où il existe de réelles difficultés d'accès aux soins (36) (39).

Depuis 2004 l'île possède sa propre caisse de sécurité sociale : la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM). L'Aide Médicale d'Etat (AME) et la Couverture Médicale Universelle (CMU) n'existent pas à Mayotte. La CSSM permet la gratuité des soins dans le secteur public pour tout Français résidant à Mayotte, et nécessite uniquement de posséder une carte d'identité française ou un permis de séjour. Les clandestins doivent s'affranchir d'un tarif forfaitaire de 10 euros à chaque consultation leur permettant d'accéder à la consultation de

médecine générale, aux médicaments, aux examens complémentaires et à une consultation de spécialité si prescrite. Les soins pour les mineurs et les femmes enceintes sont entièrement gratuits quelle que soit la situation des patients. L'accès en centre de Protection Maternelles et Infantiles (PMI) est gratuit pour tout le monde. (36)

Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) situé à Mamoudzou est la principale structure hospitalière publique de l'île, et a la charge des structures hospitalières périphériques de Petite Terre (à Dzaoudzi), du Centre (à Kahani), du Nord (à Dzoumognié) et du Sud (à Mramadoudou) ainsi que des maternités qui y sont rattachées et où ne sont effectués que les accouchements simples. Le seul centre d'orthogénie de l'île est au CHM.

Les dispensaires sont des structures médicales de premiers recours, tenues par des médecins généralistes. Il en existe 13 sur l'île. Ils subissent aussi le turn-over médical inhérent à Mayotte. Se sont les patients les premiers à souffrir de ce système car le suivi, surtout en cas de maladie chronique, est alors bien compliqué. Quant aux actions de prévention et d'éducation inhérentes à la médecine générale, elles peuvent vite être occultées par la charge de travail (36). La notion de médecin traitant est vague et remplir ce rôle en dispensaire est difficile du fait de la forte demande en soins curatifs. Les dispensaires de référence possèdent une pharmacie et ont la possibilité de délivrer immédiatement et gratuitement les médicaments prescrits par le médecin, dont les contraceptifs (17).

Les PMI sont réparties en 21 centres sur toute l'île. Ses missions dépassent celles des PMI métropolitaines : suivi des femmes, des grossesses et des enfants, parfois bien après 5 ans, actions de prévention et d'éducation, consultation pré et post IVG, dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) (40).
Différents réseaux de santé, comme REPEMA, s'articulent entre l'hôpital et le système libéral et ont un rôle de prévention et de suivi (40).

Le secteur privé l'île est aussi représenté mais l'île manque de médecins avec seulement 19 médecins généralistes libéraux (soit une densité de 61 médecins généralistes pour 100000 habitants contre 143 en France), et 11 sages-femmes libérales au premier janvier 2016. (41)

II- Matériel et Méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle comparative, transversale et multicentrique dont l'objectif principal était de retrouver les facteurs influençant la prise d'une contraception à Mayotte.

Les objectifs secondaires sont :

- de trouver des leviers par lesquels on pourrait promouvoir la contraception
- d'évaluer l'accès à la contraception du point de vue des patientes
- d'évaluer l'information reçue par les femmes
- Déterminer une première estimation de l'âge du premier rapport sexuel.

2. Population

Il nous semblait important d'interroger les femmes directement dans les dispensaires car ces centres de soins drainent toute la société mahoraise, ainsi que des patients en situation irrégulière (ils pourraient compter jusqu'à la moitié de la population et contribuent à son accroissement).

Des journées dédiées au recueil de données ont été organisées à Jacaranda (dispensaire principal du « Grand Mamoudzou ») et dans les hôpitaux de références l'île à Dzaoudzi, Kahani, Mramadoudou et Dzoumognié. En raison de la grève générale et des émeutes ayant affecté Mayotte en d'avril 2016, nous n'avons pu réaliser le recueil de données à Dzoumognié. Pour compenser la perte de cette population nous avons organisé un nouveau recrutement d'une demi journée au dispensaire de Jacaranda.

Critères d'inclusion : toutes les femmes de 13 à 52 ans venant consulter. Les femmes devaient être réglées et non ménopausées.

Critères d'exclusion : refus de la patiente, les femmes ménopausées (absence de règles depuis un an), les filles de plus de 13 ans non réglées.

3. Le questionnaire

Le questionnaire a été réalisé avec l'aide du personnel impliqué dans la prise en charge de la femme (infirmières de PMI, réseau REPEMA, médecins du dispensaire), mis en forme sur « Google Forms » et traduit en shimaoré.

Il a été testé lors du mois de janvier 2016 sur des patientes « test » et modifié en fonction des difficultés apparues.

Enfin le questionnaire a été soumis aux femmes entre mars et avril 2016 dans les différents centres de référence de l'île à raison d'une journée dans chaque centre.

L'investigateur interrogeait la femme à l'oral et cochait ses réponses directement sur Google Forms. Un interprète différent lui était dédié dans chaque dispensaire, et intervenait dès que nécessaire (pour des raisons d'organisation du personnel il ne pouvait s'agir de la même personne tout au long du recueil de données).

L'entretien n'était réalisé qu'après explications et consentement oral de la répondante.

4. Analyse des données

Les répondantes ont été réparties en deux groupes : celles prenant une contraception et celles n'en prenant pas. Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, une analyse univariée a été réalisée. Les résultats sont exprimés sous forme de moyennes pour les variables quantitatives ou d'effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives.

Les tests statistiques utilisés sont le test de Chi-deux, le test exact de Fisher pour les variables qualitatives et le test-T de Student pour les variables quantitatives.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS (IBM SPSS 20.0, IBM Corp. Armonk, NY). Le seuil de significativité p est fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

Olivier Maillard, épidémiologiste au centre d'investigation clinique de la Réunion (CIC 1410) a apporté son aide pour cette partie.

III- Résultats et Analyse

217 femmes ont répondu à notre questionnaire. Les femmes ménopausées exclues, nous avons pu inclure 211 femmes. La plus jeune a 15 ans et la plus âgée 49.

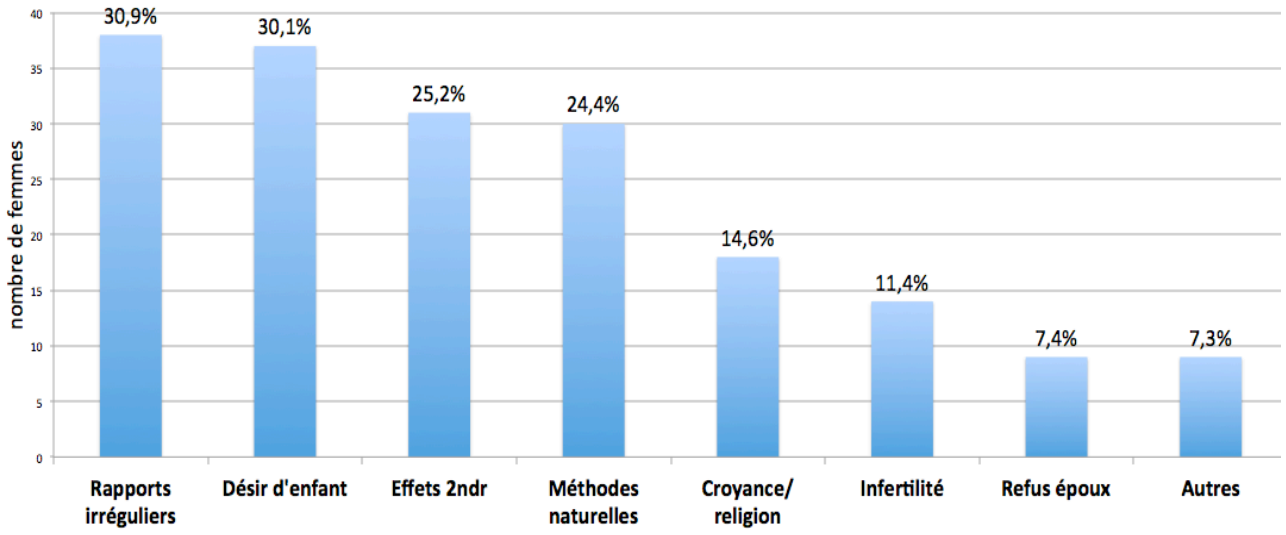
Pour 81,5% des femmes le fait de décider du moment d'une grossesse est important, même parmi celles ne prenant pas de contraception (76,4% d'entre elles).

1. Femmes ne prenant pas la contraception (groupe « Sans »)

123 femmes n'utilisent pas de contraceptifs.

Les raisons le justifiant sont décrites dans la figure 1. En premier viennent l'absence de rapports réguliers et le désir de grossesse, qui est évoqué par presque une femme sur trois. Viennent ensuite la peur des effets indésirables et la préférence de méthodes naturelles.

Figure 1 : Raisons justifiant la non prise de contraceptifs (n=123, choix multiples)

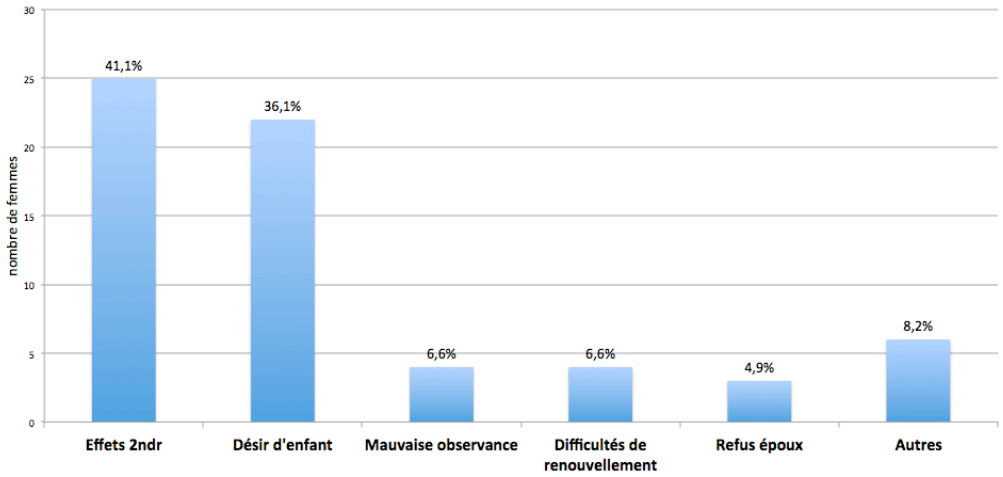


Les 9 autres raisons évoquées pour justifier l'absence de contraception sont : l'hystérectomie (1 femme), des difficultés à renouveler ou à se procurer les contraceptifs (2f), des problèmes financiers (3f).

Parmi ces patientes, 61 femmes, soit la moitié, avaient déjà essayé une méthode de planification par le passé : la pilule pour 46 femmes, soit 75,4% d'entre elles, l'implant pour 16,4%, les injections de Depoprovera pour 9,8%, le préservatif pour 11,5%, et le stérilet pour 9,8%.

Les raisons qui les ont poussé a arrêter font écho aux précédentes :

Figure 2 : Motifs justifiant l'arrêt du contraceptif (n=61, choix multiples)



Les autres raisons sont : le mariage, l'hystérectomie et l'absence de rapports pour 3 femmes.

2. Femmes prenant une contraception (groupe « Avec »)

88 femmes dans notre échantillon utilisent des contraceptifs. Les méthodes utilisées sont résumées dans la figure 3.

Elles renouvellent leurs contraceptifs dans 46,6% des cas en PMI ou maternité, à 29,9% en dispensaire, et à 23,9% dans le privé.

Elles disent avoir commencé leur contraception par désir personnel dans 86,4% des cas, et plus d'une fois sur deux à la suite d'un accouchement ou d'une IVG (52,3%).

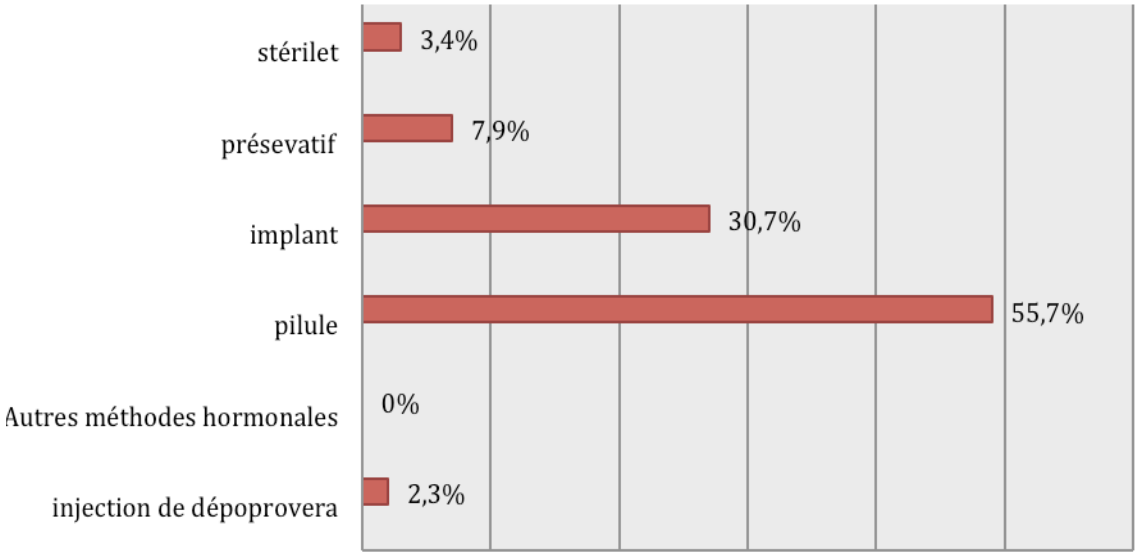
12,5% ont leur contraception actuelle suite à l'échec d'une première méthode.

17% soit 15 femmes la prennent pour d'autres raisons : une situation sociale trop difficile pour avoir des enfants avec des difficultés financières, pour « avoir plus de lait pour l'allaitement du dernier », pour stopper leurs règles, du fait de problèmes de santé, une a peur des conséquences de l'accouchement, ayant un mauvais souvenir de sa césarienne et

une déclare que c'est pour avoir des rapports adultères. Une patiente métropolitaine dit s'être fait prescrire la pilule pour de l'acné.

Pour 4 femmes la contraception qu'elles prennent au moment de l'étude n'est pas de leur choix : une voulait la pilule mais a dû passer à l'implant suite à des effets secondaires ; une s'est vu imposée la pilule après son accouchement ; une désirait l'implant mais celui ci n'était plus disponible au centre où elle a consulté ; une autre avait mis un stérilet mais ne le supportait pas et a dû passer à la pilule.

Figure 3 : Méthodes de contraception modernes utilisées par les femmes (n=88)



77,3% de ces femmes se disent satisfaites de leur contraception.
Celles qui ne sont pas satisfaites (22,7% soit 20 femmes) se plaignent de métrorragies (10 femmes), de douleurs abdominales (5 femmes), ou d'autres problèmes (5femmes): vertiges, aménorrhée, douleur du bras avec l'implant, une autre est mécontente car ce n'est pas le moyen qu'elle désirait ; la dernière n'explique pas son mécontentement.

Dans notre étude 85,1% des femmes interrogées affirment que leur mari ou leur famille est d'accord avec leur contraception. 14 femmes n'ont pas répondu à cette question.

3. Analyse comparative

Figure 4 : Analyse univariée

	Pas de Contraception	Contraception	Effectif total	p-value
Dispensaire Jacaranda	67,1% (55f)	32,9%(27)	38,9% (82f)	p-value=0,208 (>0,05)
Mramadoudou	54,5% (18f)	45,5% (15f)	15,6% (33f)	
Dzaoudzi	50% (28f)	50%(28f)	26,5% (56f)	
Kahani	55% (22f)	45%(18f)	19% (40f)	
Pas d'interprète	55,6% (65f)	44,4% (52f)	55,5% (117f)	p-value= 0,368 (>0,05)
Interprète	61,7% (58f)	38,3% (36f)	44,5% (94f)	
Facteurs socioéconomiques				
Moins de 18 ans	68,4% (13f)	31,6% (6f)	9% (19f)	**p-value= 0,000<0.05**
18-24 ans	73,1% (30f)	26,8% (11f)	19,4% (41f)	
25-40 ans	43,4%(46f)	56,6% (60f)	50,2% (106)	
Plus de 40 ans	75,6% (34f)	24,4% (11f)	21,3% (26f)	
Aucune scolarité	59,18% (29f)	40,82% (20f)	23,2% (49f)	p-value= 0,565 (>0,05)
Primaire	60,98 (25f)	39,02% (16f)	19,4% (41f)	
Secondaire	61,54% (48f)	38,46% (30f)	37,0 (78f)	
Etudes supérieures	48,8%(21f)	51,2% (22f)	20,4% (45f)	
Aucun revenu	61,6% (85f)	38,4%% (53f)	66,3% (138f)	**p-value= 0,010(<0,05)**
Bricolage ou emploi	40,4% (19f)	59,6% (28f)	22,6% (47f)	
Aides sociales	73,9 (17f)	26,1% (6f)	11,1% (23f)	
Sur Mayotte depuis moins de 1 an	82,4% (28f)	17,6% (6f)	16,1% (34f)	**p-value= 0,008 <0,05**
Entre 1 et 10 ans	53,5% (31f)	46,6% (27f)	27,5% (58f)	
Plus de 10 ans	58% (40f)	42% (29f)	32,7% (69f)	
Enfance à Mayotte	48% (24f)	52% (26f)	23,7% (50f)	
Née à Mayotte	50% (24f)	50% (24f)	22,8% (48f)	p-value=0,239 (>0,005)
Née aux Comores	61,8% (94f)	38,2% (58f)	72% (152f)	
Née ailleurs	45,5% (5f)	54,6% (6f)	5,2% (11f)	

Non affiliée à CSSM	65,1% (71f)	34,9% (38f)	51,7% (109f)	**p-value=**
Affiliée à la CSSM	51% (52f)	49% (50f)	48,3% (102f)	**0,037<0,05**
Célibataire	62,6% (57f)	37,4% (34f)	43,1% (91f)	
Couple monogame	51,1% (48f)	48,9% (46f)	44,6% (94f)	p-value=
Couple polygame	69,2% (18f)	30,8% (8f)	12,3% (26f)	0.133(>0,05)
Aucun enfant	89,1% (41f)	10,9% (5f)	21,8% (46f)	
1 à 3 enfants	47,4% (45f)	52,6% (50f)	45% (95f)	**p-value=**
4 enfants ou plus	52,9% (37f)	47,1% (33f)	33,2% (70f)	**0,000<0,05**
Rapport avant 17 ans	51,9% (56f)	48,1% (52f)	57,1% (108f)	p-value=0,126
Rapport après 18 ans	63% (51f)	37% (30f)	42,9% (81f)	(>0,05)
Jamais d'IVG	60%(84f)	40% (56f)	67% (140f)	p-value=0,724
Au moins une IVG	53,6% (37f)	46,4% (32f)	33% (69f)	(>0,05)
Connaissances :				
0 ou 1 moyen cité	85,7% (18f)	14,3%(3f)	9,9% (21f)	
2 à 4 moyens	56,5% (83f)	43,5% (64f)	69,7% (147f)	**p-value=**
Plus de 4	51,2% (22f)	48,8%(21f)	20,4% (43f)	**0,014 <0,05**
Pas d'information	70% (63f)	30% (27f)	43,3% (90f)	**p-value =**
Information reçue	49,1% (58f)	50,9% (60f)	56,7% (118f)	**0,002<0,05**
Accès aux soins :				
Accès difficile	63,8%(81f)	36,2%(46f)	61% (127f)	**p-value=**
Accès Facile	49,4% (40f)	50,6% (41f)	39% (81f)	**0,04 < 0,05**
Discussion difficile	66,7%(30f)	33,3%(15f)	24,5% (45f)	p-value =
Discussion facile	52,5% (73f)	47,5% (66f)	75,5% (139f)	0,097 (>0 ,05)
Préfère dispensaire	69,2% (45f)	30,8%(20f)	36,3%(65f)	
Préfère PMI	42,6% (23f)	57,4% (31f)	30,2%(54f)	**p-value =**
Pas de préférence	50% (30f)	50% (30f)	33,5%(60f)	**0,010>0,05**

Les femmes nées ailleurs viennent de Madagascar pour 8 femmes, et 3 de France Métropolitaine. 1 femme venue d'Afrique de l'est a été assimilée aux Comoriennes.

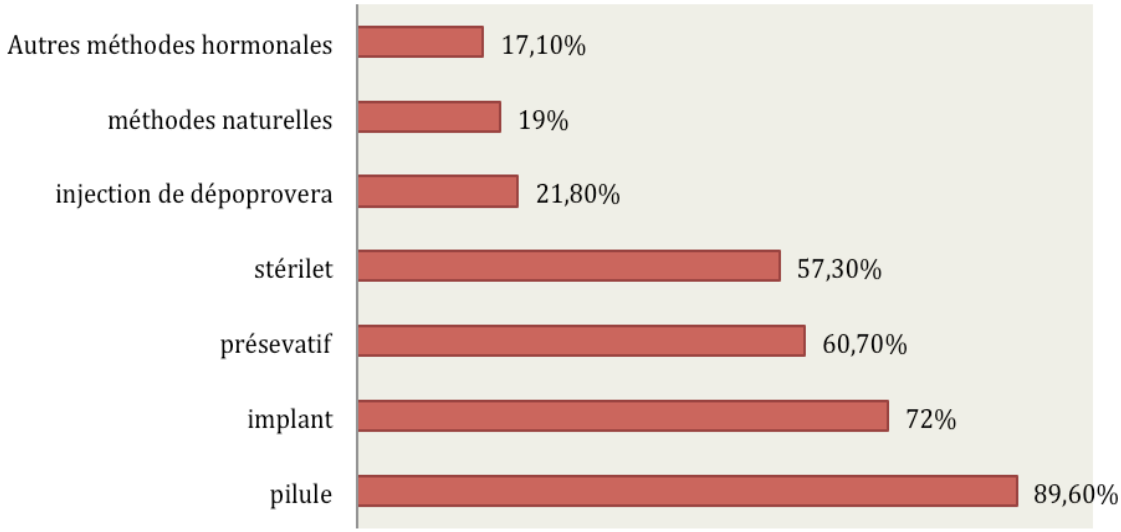
Les deux groupes (« Avec » et « Sans » contraception) ont été comparés en fonction de différents facteurs socio-économiques, de l'accès aux soins et des informations reçues sur la contraception.

Dans notre échantillon, on observe **une différence statistiquement significative,** avec une probabilité **p-value <0.05,** dans la prise de contraceptifs selon **les tranches d'âge, les revenus, la durée de séjour à Mayotte, l'affiliation ou non à la CSSM, le nombre d'enfants, les connaissances et la facilité d'accès aux soins.**

4. Connaissances

Les connaissances ont été évaluées par le nombre de moyens pouvant être cités par les femmes. Ces moyens sont résumés dans la figure 5. Elles sont 90% à avoir cité au moins 2 moyens. 20% d'entre elles en ont cité plus de 4.

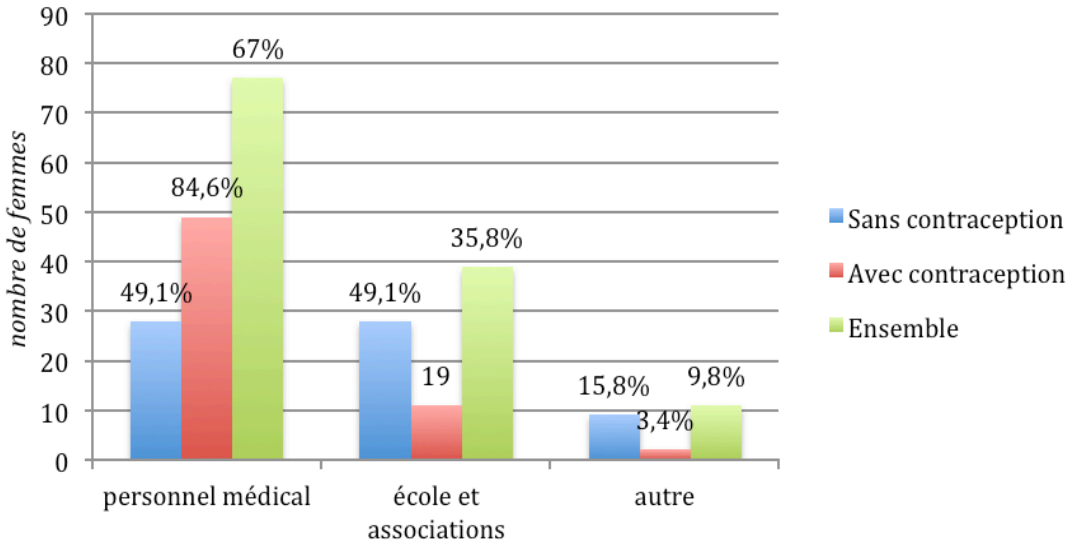
Figure 5 : moyens de contraceptions cités par les femmes (n=211, choix multiples)



Leurs informations viennent surtout du personnel médical (67%), de l'école et des associations (35,8%). 9,8% trouvent leurs informations ailleurs : parent, radio, télévision, campagne d'information, maman d'une amie, ami, voisins, bruits de rue, amie infirmière, et par « elle même ».

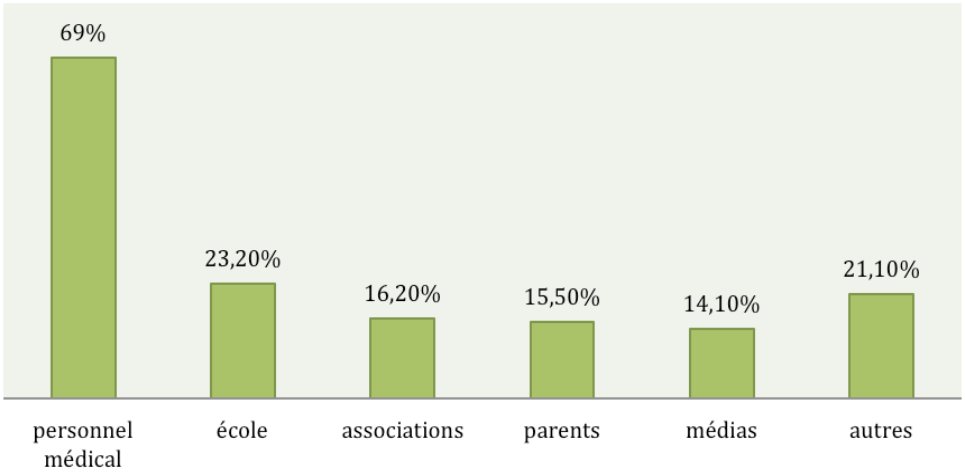
Dans notre enquête il existe **un lien statistiquement significatif** entre **l'origine de ces informations** et la prise de contraception, avec une **p-value<0,05** (Figure 6)

Figure 6 : Source d'information sur la contraception en fonction des groupes de femmes (n=115, choix multiples)



71,6% des répondantes désirent plus d'informations, dont 61 % des femmes n'ayant pas de contraception.

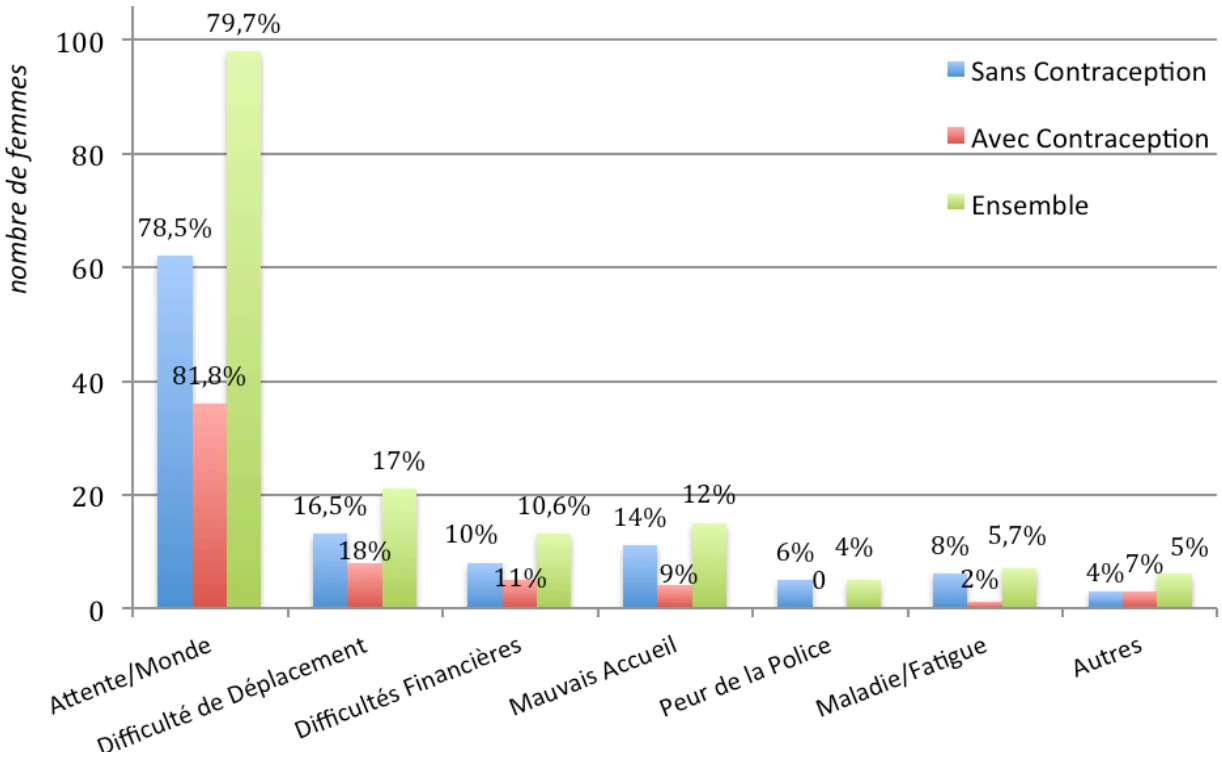
Figure 7 : Moyens par lesquels les femmes aimeraient recevoir l'information sur la contraception (n=142, choix multiples)



5. Accès aux soins

61% des femmes trouvent qu'il est difficile d'accéder au dispensaire. L'analyse comparative des raisons avancées pour expliquer ces difficultés (figure 8) ne retrouve pas de différence entre les deux groupes.

Figure 8 : Raisons évoquées pour décrire la difficulté d'accès au dispensaire (n=123, choix multiples)



Raisons « autres » (6 femmes) : « ne sait pas », difficultés face aux horaires de travail, les démarches administratives trop compliquées, la nécessité de « devoir parler mahorais pour pouvoir avancer dans la queue », le fait qu'il y ait « des clandestins partout, des cris », et une personne déclare « c'est déjà difficile de venir mais en plus on nous demande souvent de revenir ».

75% des femmes de notre échantillon disent pouvoir parler facilement de sexualité avec le médecin du dispensaire. Parmi celles ayant du mal à en parler (45femmes), la gêne est la première raison décrite (42%), suivie par le manque de temps de la part du personnel médical (22%), la préférence d'un « spécialiste » (gynécologue ou sage-femme) (13%), la barrière de la langue (11%) ou d'autres raisons (11%).

Le centre de préférence est statistiquement lié à l'utilisation de contraceptifs, mais pas les raisons qui expliquent ces différences (annexe 7).

Les femmes qui préfèrent la PMI (54femmes) la préfèrent car : c'est plus proche (37%) ; elles ont plus confiance en des « spécialistes » (les sages femmes) (22,2%) ; il y aurait moins de monde qu'en dispensaire (18,5%) ; Certaines disent qu'en dispensaire elles sont renvoyées en PMI lorsqu'elles abordent le sujet (9,3%) ; d'autres raisons (11,1%).

Les 65 femmes qui préfèrent le dispensaire citent les raisons suivantes: la peur de croiser des connaissances et de rupture du secret médical quand elles vont en PMI (20%) ; des raisons pratique (13,6%) ; d'autres raisons (12,3%). Certaines ne connaissent pas la PMI (44,6%) ou ne donnent pas d'explication (23%).

6. Age des premiers rapports

10 femmes ont refusé ou n'ont pas su répondre à cette question. Sur ces 10 femmes, 9 avaient 1 enfant. 12 répondantes ont déclaré être vierges (8 avaient moins de 18 ans et 4 avaient entre 18 et 25 ans).

L'âge moyen des premiers rapports dans notre population est de 17,84 ans, avec un âge médian de 17 ans. L'âge le plus jeune était de 11 ans pour deux femmes comoriennes et la plus âgée avait 32 ans, comorienne également.

La moyenne du premier rapport chez les femmes comoriennes (139 femmes) est de 17,2ans, avec une médiane à 17 ans [11 ; 32], et chez les femmes mahoraises (39 femmes) : 20,1 ans avec une médiane à 19 ans [12 ; 30].

IV- Discussion

1. Point forts et limites de notre étude

Cette étude est multicentrique, et est une des premières à interroger directement un grand nombre de femmes vivant à Mayotte sur leurs habitudes contraceptives.

Malgré cela elle n'est pas assez représentative : il n'y a que 48 femmes mahoraises dans notre population ce qui est insuffisant pour les représenter. 72% des répondantes sont comoriennes, bien plus que ce que l'on attendait. 50% de notre population, non affiliée à la CSSM, est certainement en situation irrégulière et ces femmes clandestines participent à l'accroissement de la population. L'Insee chiffre à 40% la part d'étrangers à Mayotte en 2012 (4), mais l'immigration clandestine aurait augmenté depuis (15000 retour à la frontière en 2012 contre 20000 en 2014 (42).

Les femmes du nord sont peu représentées car du fait d'un mouvement social nous n'avons pu nous rendre à Dzoumognié. Les dispensaires les plus représentés sont les dispensaires de Jacaranda et de Dzaoudzi. Jacaranda du fait que nous y avons consacré un jour et demi de recueil ; et Dzaoudzi car il n'y a pratiquement pas eu besoin d'interprétariat dans ce dispensaire (9 fois seulement), ce qui a permi de faire plus d'entretiens.

Le questionnaire a été réalisé avec l'aide des professionnels autour de la planification à Mayotte afin de cibler au mieux les questions. Un agent féminin du personnel local a réalisé la traduction et a aidé à la compréhension des questions par le plus grand nombre : le mot « contraception » n'existe pas en shimaoré, ni en shibushi, et le concept de planification familial est connu de la population par le mot « pilule ».

La phase d'essai du questionnaire a permis d'anticiper d'éventuels problèmes dans l'organisation des entretiens et dans la compréhension des questions. Des difficultés d'organisation sont apparues dans les autres dispensaires, notamment à Mramadoudou où l'interprète n'a pas pu se dégager totalement de ses fonctions. Ceci a limité le nombre d'entretiens.

Le questionnaire a été fait oralement, car le taux de scolarité reste bas, surtout chez les comoriennes (5). Ceci est un avantage car il permet d'expliquer la question quand elle n'est pas comprise. Toutefois, face à un interrogateur, il est possible que les répondantes aient pu

donner les réponses qu'elles croyaient attendues par l'interrogateur, entraînant un biais de désirabilité.

La reproductibilité du questionnaire était assurée par l'interrogateur, qui était toujours le même et s'attachait à interroger les femmes dans les mêmes conditions. Il s'efforçait de rester fidèle au questionnaire, même si il devait s'adapter à la compréhension des patientes.

Il est impossible d'éliminer des biais d'interprétation car l'interrogateur et les répondantes ne partagent pas la même culture et donc les mêmes représentations, en matière de santé et de sexualité. Le traducteur n'est pas un professionnel et parfois ne partage pas non plus la même langue ni la même culture que la répondante, ce qui a pu faire perdre des informations(37)(38).

Nous ne pouvons pas non plus éliminer des omissions de la part des répondantes. La sexualité, surtout avant le mariage, reste quelque chose de honteux. Dans ce cas la présence d'un traducteur peut être une gêne pour la femme, qui ne se sent pas libre de parler au médecin (37). Même si la plupart des femmes semblaient parler sans entrave, certains sujets étaient plus délicats : l'abord du « gourouwa » provoquait souvent rires et gêne chez la répondante, et parfois un silence mutique. Nous avions choisi d'interroger toutes les femmes de 13 à 52 ans (âge moyen de la ménarche (43) et de la ménopause en France). En pratique les filles de 13 ans étaient systématiquement accompagnées et aucun accompagnateur ne souhaitait les laisser répondre à des questions sur la sexualité, malgré nos explications. Une preuve que la sexualité des adolescents reste tabou ?

2. Les freins à la contraception

D'après nos résultats, et dans notre enquête, les femmes de moins de 25 ans ou plus de 40 ans, non affiliées à la CSSM, sans revenu, sans enfant, et qui sont à Mayotte depuis peu auront tendance à moins utiliser de contraceptifs que les autres.

Les deux principaux freins évoqués sont l'absence de rapports réguliers et le désir d'enfant.

Le questionnaire ne demande pas aux femmes le nombre de rapports dans le dernier mois, aussi la notion « d'absence de rapport » est très subjective. Les relations sexuelles hors

mariage étant prohibées, la prise de contraceptifs n'est sûrement pas nécessaire du point de vue de ces femmes, même s'il existe bel et bien un risque de rapports hors union.

Comme en métropole (19), la peur des effets indésirables reste un frein important (cité par ¼ des femmes), particulièrement l'aménorrhée ou les métrorragies, qui sont mal acceptées sur le plan culturel (3). Leur survenue est la première cause d'arrêt de contraceptifs, suivi par le désir de grossesse. Chez les célibataires l'absence de rapport et la peur des effets secondaires arrivent également en tête des justifications de non prise de contraceptifs (annexe n°6).

Plusieurs femmes de 40 ans se déclarent infertiles. La plupart de ces femmes avaient des enfants et aucune n'avaient fait d'examens affirmant une stérilité. Ces croyances se retrouvent également en France où les femmes de plus de 40 ans, ou en préménopause auraient tendance à moins se proteger (18)(19).

Seules 15% de ces répondantes évoquent leurs croyances ou leur religion en refus de la planification. De plus le refus du mari n'est affirmé que par 7,4% des femmes. Ce résultat est corrélé au fait que les femmes du groupe « Avec » une contraception, affirment à 85% avoir l'accord de leur mari ou de leur famille. Ceci vient battre en brèche quelques idées reçues du personnel soignant M'zungou pour qui le frein familial est un des obstacles principaux à la planification (17), mais sont en accord avec une étude de 1998 sur le sujet (les femmes y disaient déjà se dispenser de l'accord de leur mari pour prendre des contraceptifs) (30). Toutefois on ne peut pas éliminer le fait qu'il existerait une pression culturelle dont la femme n'aurait pas conscience, ou qu'elle ne veuille pas exprimer devant le traducteur ou l'investigateur M'zungou.

Une enquête réalisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2013 recherchait les freins à la contraception en France métropolitaine. La peur des effets secondaires, le manque de confidentialité, le poids des croyances et des représentations et les difficultés économiques sont également cités par les femmes de l'hexagone. La sous estimation de la sexualité adolescente, l'absence d'implication du partenaire, une information et une connaissance insuffisante de leur propre fertilité, le manque de temps du personnel médical notamment pour définir d'une méthode adaptée à la patiente, sont encore décrits.(19) Certains de ces obstacles existent aussi sur l'île.

Le manque de connaissance (moins de 2 moyens cités) est associé à une non utilisation de contraceptifs dans notre étude. La pilule et l'implant, les moyens les plus prescrits, sont logiquement les plus cités. Les nouveaux moyens de contraception hormonale sont à peine évoqués et aucun n'est utilisé. Ces moyens sont disponibles dans le privé, mais sont très chers et non remboursés (17). Il est inquiétant de voir que le préservatif n'est cité que par 60,7% des femmes et utilisé par seulement 8% d'entre elles. Est il lié uniquement à la protection des IST dans l'esprit de ces femmes ? Le fait d'utiliser le mot « pilule » pour désigner la contraception dans notre questionnaire écartait il le préservatif ? De même la contraception d'urgence ne semble pas suffisemment connue : elle n'a été citée que par une femme, et personne n'a indiqué y avoir eu recours.

57% des femmes ont eu une information sur la contraception. Les parents, ami(e)s et voisins sont peu cités comme source d'information (seulement 11 répondantes), mais il y a fort à parier que les « Ari-Ari » (préjugés), qui freinent certaines femmes se propagent essentiellement dans ce cercle. Les informations venues des écoles et associations ne semblent pas efficaces à encourager la planification. Une étude menées en 2001 auprès d'élèves de collège retrouvait des résultats comparables : les élèves avaient une bonne connaissance des moyens contraceptifs (qu'ils tenaient de leurs professeurs et infirmiers scolaires) mais le concept même de contraception semblait mal compris et les contraceptifs peu utilisés en pratique (9). Dans notre échantillon beaucoup de femmes ne sont pas allées au collège et n'ont jamais eu de cours d'éducation sexuelle. Contrairement à d'autres études sur la question (9)(15)(21), le niveau scolaire n'influence pas la prise de contraceptif dans notre enquête. Nous supposons que la culture de la fécondité partagée par toutes ces femmes en est une des raisons.

Pourtant l'information paraît accessible par le biais d'associations faisant campagne pour la planification familiale, comme « planning familial 976 », qui organise régulièrement des campagnes d'information. Le bus du réseau REPEMA va dans les villages reculés pour faire de la prévention, du suivi de grossesse et fournit des préservatifs à l'occasion(17). L'information est peut être incomplète ou insuffisamment comprise?. Le public est il assez large et se sent il concerné ? Il semble y avoir plus d'efficacité, et peut être plus de confiance, quand ces informations viennent du milieu médical.

Dans notre étude l'usage de la contraception est lié à la durée de vie sur l'île : les femmes arrivées très récemment n'en utilisent pas. Après un an l'usage de contraceptifs augmente significativement et les femmes ayant passé leur enfance sur l'île en sont les plus grandes utilisatrices. Il est possible que se soit dû à une meilleure sensibilisation et un meilleur accès aux soins de planification comparé aux Comores. Toutefois les femmes nées à Mayotte ne prennent pas significativement plus la contraception que les Comoriennes (mais les mahoraises sont trop peu représentées dans notre étude pour conclure sur cette question).

Malgré tout l'accès aux soins de contraception, et aux soins en général, apparaît plus compliqué à Mayotte qu'en métropole et cette difficulté est significativement liée à un mésusage de la contraception. L'accès au dispensaire, (centre de soin de premier recours, où travaillent des médecins généralistes) est considéré comme difficile par la majorité des femmes (61%). La raison principale en est la trop forte affluence et l'attente interminable. A Jacaranda il n'est pas rare que des patients soient obligés de passer la nuit devant le dispensaire pour être sûr d'être vus le lendemain. Dans ces conditions, les consultations peuvent être rapides et l'ambiance stressante peut rendre les femmes plus réticentes à aborder les sujets intimes, alors même que 75% d'entre elles affirment qu'elles ne seraient pas dérangées d'en parler au médecin du dispensaire.

Les difficultés financières, qui sont la première difficulté d'accès aux soins en France(44), ne sont évoquées que par 10,6% des femmes. Toutefois l'absence de revenu est corrélée de façon significative à un moindre usage de contraceptifs dans notre étude. Il en est de même pour les patientes non affiliées à la CSSM, souvent clandestines et donc en situation plus précaire encore. Il est alors licite de se demander si le fait d'avoir la Sécurité Sociale permettrait un meilleur accès à la contraception, car les femmes non affiliées doivent s'acquitter d'un forfait de 10 euros pour toute consultation médicale.

Les PMI, plus rurales et gratuites, sont logiquement préférées par les patientes précaires (45). Mais plusieurs femmes ne veulent pas s'y rendre par peur de croiser une personne connue et de provoquer des rumeurs. Mayotte est une petite île où tout le monde se connaît et où les ragots vont bon train. La proximité devient alors le point faible des PMI : dans la patientèle ou parmi le personnel local quelqu'un peut reconnaître une femme qui n'a pas, de son point de vue, à venir à la PMI. Les jeunes filles sont spécialement surveillées, car

elles ne sont pas censées avoir de relations sexuelles avant le mariage. La présence de membre de sa famille dans le personnel médical, comme le traducteur, peut également être génant pour parler de sujets intimes (37).

Dans l'étude de la HAS sont aussi pointées du doigt la grande disparité géogaphique des centres de planification et d'éducation familial (CPEF) où peuvent consulter gratuitement les mineures et femmes précaires (19)(22). Il n'existe pas de CPEF sur l'île, la stratégie de planification familiale reposant essentiellement sur les PMI.

Quand on demande aux femmes dans quel centre de soins elles préféreraient aller pour discuter de sexualité il n'apparaît pas de centre franchement préféré à l'autre.

Le dispensaire est privilégié par un peu plus d'un tiers des femmes mais 23% de celles ci n'ont pas été capables de donner une raison claire à leur préférence, peut être du fait d'un biais de désirabilité (nous faisions l'entretien en dispensaire). Etonnamment plusieurs femmes disent ne pas connaître la PMI (les confondent-elles avec les dispensaires ?) . Toutefois les médecins généralistes en dispensaire ne semblent pas suffisamment prendre leur place dans le suivi de la vie contraceptive des mahoraises: les femmes préférant aller en dispensaire sont significativement moins contraceptées que celles préférant la PMI. De plus quelques femmes affirment avoir été renvoyées en PMI par le médecin quand elles ont exprimé leur souhait de contraception, ce qui complique significativement leur démarche.

Les freins à la contraception sont multiples et complexes, et l'on ne saurait les limiter au seul contexte culturel, même si celui ci est omniprésent. Ainsi le désir de maternité reste primordial, comme dans beaucoup de pays africain (8).

Si toutes ces femmes n'utilisent pas de contraceptifs, ¼ d'entre elles disent se protéger par des méthodes naturelles, soit 14% de note population totale, pour moins de 9% en France en 2013 (20).

Beaucoup avaient déjà testé une contraception et l'avaient stoppée du fait d'effets secondaires, de difficultés d'observance ou de renouvellement. Pourquoi une nouvelle méthode, mieux adaptée, n'a t-elle pas été envisagée ? N'ont elles pas pu reconsulter ? Etaient-elles limitées par le peu de choix en contraceptifs disponibles ? La plupart de ces femmes sont célibataires (62%) et n'ont pas de désir d'enfant : elles sont les principales

cibles de la planification familiale et pourraient être interessées par un contraceptif suite à une discussion ouverte avec quelqu'un de confiance.

3. Les moteurs à la contraception

Pour 81,5% de notre population, le choix du moment d'une grossesse est important, même parmi les femmes qui ne se protègent pas. La question de la planification est une préoccupation pour ces femmes, même si chacune a ses propres représentations de la fertilité, et de la contraception.

Dans notre échantillon les femmes de 25 à 40 ans, affiliées à la CSSM, ayant un emploi, et ayant au moins un enfant sont significativement plus contraceptées que les autres.

Les femmes de 25 à 40 ans sont aussi les plus largement représentées dans notre étude (50%) ce qui peut entraîner un biais de sélection. Elles sont aussi les cibles premières des campagnes de planification familiale. Souvent mariées, elles rencontrent probablement moins de difficulté d'accès à la planification que les jeunes filles.

Ces femmes disent en grande majorité avoir commencé leur contraception par choix personnel, la contraception n'est donc pas ressentie comme imposée. Une fois sur deux elle est prescrite dans un contexte post accouchement ou post IVG. D'ailleurs la majorité (62%) des femmes prenant un contraceptif ont au moins un enfant. Elles disent aussi détenir leurs informations essentiellement du milieu médical (différence statistiquement significative, voir figure 6). Devant ces résultats un profil se détache et nous émettons l'hypothèse suivante : **la femme à Mayotte ne se préoccupe pas ou ne connaît pas la contraception moderne avant d'avoir eu un premier enfant** (et qu'elle obtienne sa place dans la société mahoraise). Les relations plus étroites avec le personnel médical dans le cadre d'un suivi de grossesse puis du post partum permettent certainement de mieux transmettre ces informations. C'est à ce moment là, **dans un contexte de suivi médical, qu'elle est, soit informée pour la première fois, soit à l'écoute des informations qu'on lui donne**. Le fait que les femmes qui préfèrent être suivies en PMI soient significativement plus contraceptées que celles

préférant le dispensaire corrobore cette hypothèse car c'est en PMI que seront suivis le nouveau né et sa mère. Les sages-femmes qui tiennent les PMI auront tendance à sensibiliser plus systématiquement les femmes à la planification et à les y encourager plus qu'en dispensaire, où les patientes viennent pour d'autres motifs.

A l'inverse un antécédent d'IVG, n'apparait pas comme un facteur améliorant la couverture contraceptive. L'écoute est elle moins attentive ? L'information est elle moins bien transmise dans ce contexte ? L'IVG est elle banalisée ?

Dans notre étude la majorité des femmes affirment avoir le contraceptif de leur choix, ce qui laisse entendre qu'elles ont eu ce choix. Les moyens les plus utilisés sont la pilule (56%) et l'implant (31%), largement en tête, alors que l'implant est peu utilisé en France métropolitaine (18). Malgré les campagnes d'information le stérilet reste peu utilisé, essentiellement à cause de rumeurs le désapprouvant (il « gêne les rapports» ou « se perd dans le corps »)(30). Les nouvelles méthodes hormonales, chères et non disponibles dans le secteur public ne sont pas utilisées. Le préservatif est très peu utilisé et les injections de Depoprovera sont rarement pratiquées du fait des effets secondaires (métrorragies importantes).

En ce qui concerne les moyens utilisés en France, en 2013 les femmes utiliseraient à 41% la pilule, 23% le stérilet, 10% le préservatif, et à 4% l'implant et les autres méthodes hormonales (enquête de 2010 pour ces méthodes) (18)(20). Selon l'enquête Fecond de 2010, la proportion d'utilisation de la contraception au niveau national hors préservatif et stérilisation reste aux alentours de 70% quelque soit la tranche d'âge, avec un pic à 80% à 20 ans et une diminution progressive jusque 65% après 40 ans.(18) Dans notre enquête se sont les femmes entre 25 et 40 ans qui prennent le plus la contraception avec une diminution importante après 40 ans (certaines pensent être infertiles) et surtout une absence de contraception moderne chez la grande majorité des moins de 25 ans.

En dehors de l'implant le modèle mahorais reste fidèle au modèle français avec un avantage pour la pilule, surtout chez les femmes mariées, et après régularisation des rapports sexuels. Les méthodes de stérilisation définitives restent absentes, même s'il est à noter qu'une femme de notre échantillon a dit avoir eu une ligature des trompes, d'après elle suite à un problème médical et non pas à une demande contraceptive de sa part. Ce modèle très

médicalisé est caractéristique du modèle français et européens alors qu'aux Etats-Unis les méthodes de stérilisations sont beaucoup plus courantes.(32)

Trois quart des femmes se disent contentes de leur contraception et les raisons d'insatisfaction sont l'apparition d'effets secondaires, métrorragies et douleurs abdominales en tête. Si la méthode apparaît inadaptée, un changement de contraceptif doit être envisagé. Dans notre étude seules une dizaine de femmes prenaient leur contraception actuelle à la suite d'une précédente méthode alors que 41% des femmes qui ont arrêté leur contraceptif l'ont stoppé à cause d'effets indésirables et n'ont pas réitéré l'expérience. L'apparition d'effets secondaires est la première raison d'arrêt d'un contraceptif et doit être anticipée avec la patiente. C'est en cela qu'une relation de confiance doit être instaurée et la décision finale prise par la femme, de façon éclairée. Quand une contraception est prise en toute connaissance de cause et en toute confiance, elle est d'autant mieux acceptée. En dispensaire le médecin généraliste peut tout à fait remplir ce rôle et soutenir les femmes, à condition d'aborder systématiquement le sujet de la planification et de prendre le temps d'en discuter.

Les femmes avec une contraception sont significativement plus informées que les autres, et il semble logique de recevoir des explications lorsqu'on se fait prescrire un contraceptif. On sait que le niveau de connaissance en matière de planification est lié à une meilleur usage des moyens contraceptifs (15)(26), et cela est vérifié dans notre étude. De plus 20% de notre population est capable de citer plus de 4 moyens. Ceci montre une évolution satisfaisante du niveau de connaissance depuis 1998 où les femmes étaient capables de citer 2 moyens de contraception (30).

Malgré leurs connaissances 71% de femmes sont désireuses d'en savoir plus. Se sentent elles insuffisamment compétentes sur le sujet ? Recherchent elles l'approbation de l'investigateur en donnant cette réponse ? Ou s'agit-il de curiosité et d'intérêt réel ? Nous ne les avons malheureusement pas consultées sur la qualité de l'information qu'elles avaient reçue. Une étude qualitative de 1998 auprès de 100 femmes les interrogeait sur les informations qu'elles recevaient quant à la contraception. 44% de ces femmes s'estimaient mal informées : elles disaient ne pas recevoir d'explications sur toutes les méthodes possibles, mais seulement sur la Depoprovera et la pilule qui étaient les seuls moyens

disponibles sur l'île à l'époque. Ou d'avoir des explications trop succinctes qu'elles ne comprenaient pas (30).

Pour beaucoup l'école a un rôle à jouer dans la transmission des connaissances, de même que les associations, les parents et l'environnement social proche. Quelques unes insistent pour que l'information viennent à elle sans qu'elles aient à la chercher (téléphone, « que les gens viennent chez moi »). D'autres femmes insistent sur le fait qu'elles aimeraient des gens « qui parlent comme elles », qu'elles puissent comprendre, nouvelle démonstration que les différences de langues et de cultures sont des désavantages en matière de planification familiale. Les médias sont peu cités mais tendent à se développer et auront un rôle à jouer, surtout auprès des jeunes.

Les mahoraises semblent accorder une grande confiance dans le personnel soignant pour ces questions, et ce malgré la cadence croissante des consultations. Si quelques unes disent préférer les « spécialistes », c'est certainement par ignorance qu'il est possible d'accèder à la planification en dispensaire. C'est au médecin généraliste de prendre les devants et d'avertir les femmes, même et surtout celles qui viennent pour d'autres raisons, afin de diffuser cette information.

Des partenariats entre le personnel de santé publique, les écoles, les associations, avec implication d'animateurs locaux sensibilisés à ces questions, pourraient emmener à un meilleur dialogue entre population et autorités sanitaires.

Des actions de ce genre existent déjà et gagneraient à être mieux connues et soutenues, pour le plus grand bien de toutes ces femmes désireuses de plus de savoirs et de plus de contrôle sur leur vie.

4. Leviers proposés

Pour les moins de 25 ans, un meilleur accès aux soins pourrait augmenter leur couverture contraceptive. L'accès gratuit est insuffisant, et doit être complété par l'anonymat. Dans ce sens on pourrait envisager la mise en place d'un passeport contraception pour les françaises comme pour les clandestines, comme cela a été fait dans certaines régions (17).

Pour lutter contre les grossesses adolescentes l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rappelle l'importance de travailler avec les autorités locales (à Mayotte, il s'agit

traditionnellement du cadi(3)) et spécialement les autorités religieuses, afin de ne pas heurter les personnes. L'éducation des adolescents (garçons compris) et l'accès à une contraception peu chère ou gratuite sont des points essentiels. Le maintien à l'école des jeunes filles, l'arrêt des mariages précoces, des relations sexuelles forcés et le combat contre les violences faites aux femmes sont d'autres points fondamentaux de ce combat auquel Mayotte doit faire face. (46) A Mayotte les violences sexistes sont courantes : des cas d'abus sexuels, de grossesse ou d'IVG précoces sont quotidiennement recensées au CHM et à la gendarmerie (47). La protection et la prise en charge des jeunes filles et de toutes les femmes face aux agressions sexuelles doivent être l'un des principaux axes d'action des services publics. Des actions de prévention, à la fois sur la contraception et sur les violences sexistes doivent être menées régulièrement (48).

Renforcer les connaissances en matière d'éducation sexuelle et de planification dans la population générale est indispensable. La contraception d'urgence mériterait à être mieux connue afin de limiter les grossesses non désirées ; elle peut être fournie par l'infirmière scolaire si besoin et est gratuite en pharmacie pour les mineures. Il serait positif que ces interventions arrivent tôt dans le cursus scolaire et soient répétées maintes fois. Si l'école et les associations sont des moyens de faire passer ce message, celui si semble mal transmis. Il faudrait retravailler ce message et les moyens employés pour le diffuser.

Des campagnes médiatiques de grande ampleur, en collaboration avec les autorités religieuses pourraient avoir un impact positif sur la fertilité. De même il faudrait intensifier les actions au sein même des villages et des bidonvilles, pour les clandestins (grâce au bus REPEMA ou par le biais des associations).

Une meilleure connaissance de la physiologie, et une information accrue sur leur fertilité doit être donnée aux femmes, et doit être réactivée à certains moments de leur vie. C'est particulièrement vrai à l'adolescence et après 40 ans mais aussi lors des moments où la femme est vulnérable et ne se protège pas assez, par exemple après un divorce.

Les renseignements fournis doivent être adaptés aux patientes, mais complets. Ils doivent être à la fois théoriques, mais aussi pratiques, afin que les femmes sachent s'orienter dans leur parcours de soins. Ce rôle peut être dévolu à l'école et aux associations, mais c'est par le personnel médical que ces informations sont le mieux entendues. Le médecin généraliste, qui voit au dispensaire énormément de femmes, dont beaucoup de

nouvelles arrivantes, et de non contraceptées, a un rôle central à jouer dans la diffusion de ces informations et dans la prise en charge de ces femmes.

Afin de limiter les effets secondaires, dont beaucoup entretiennent les préjugés, la patiente doit être informée de ceux ci en amont. Les préjugés peuvent être combattus par des connaissances en physiologie et par la réassurance des professionnels de santé. Lorsqu'ils surviennent la patiente doit être écoutée et une solution doit être trouvée en accord avec le soignant. Le choix d'une méthode adaptée à la patiente, avec explications des risques et prévention des effets secondaires est indispensable. Il peut arriver que les professionnels de santé se sentent insuffisamment formés sur la prise en charge des effets secondaires des contraceptifs (17). Une formation à la gestion des effets secondaires et aux nouveaux moyens de contraception pourrait être proposée.

Bien sûr ces consultations prennent du temps et cela paraît difficilement réalisable dans le contexte actuel.

Une augmentation du nombre de centres de soins et du personnel est nécessaire. Un plus grand choix de contraceptifs gratuits et disponibles dans le secteur public, notamment les nouvelles méthodes hormonales serait aussi une bonne chose.

Enfin une implication et une formation du personnel local sur ces questions pourrait aussi aider, à améliorer la couverture contraceptive. Ils pourraient transmettre leurs connaissances à leur entourage lors de leur vie quotidienne et contribuer au changement des mentalités sur la planification. Cela pourrait également diminuer la gêne de la patientèle mahoraise et clandestine face à leurs homologues lorsque la question est abordée lors des consultations.

Le secret médical, un principe déontologique fondamental, peine à être assuré sur l'île du fait de rumeurs. Une formation accrue et répétée du personnel sur ce sujet pourrait être nécessaire dans certains cas (37). Sur ce point aussi le médecin généraliste peut jouer un rôle primordial car il est celui qu'on vient voir pour d'autres raisons. Aborder le sujet lors d'une consultation banale pourrait permettre à certaines jeunes filles d'accéder à une contraception désirée.

V- Conclusion

La contraception est un sujet complexe touchant à la culture, la société, la religion, l'éducation et aux convictions personnelles de chaque femme. Elle est le résultat d'une démarche qui doit être personnelle mais qui a des conséquences sur tous les aspects de sa vie et sur la société. Mayotte, île musulmane et multiculturelle, ne fait pas exception : la maternité y est un véritable statut social. Malgré tout la couverture contraceptive y est en constante augmentation depuis 1980, bien qu' elle reste inférieure à celle de la métropole.

Si les limites culturelles restent importantes, avec toujours un fort désir de maternité et un interdit de la sexualité adolescente, la crainte des effets secondaires est un des freins principaux. La prévention et la lutte contre les effets indésirables, une information complète et adaptée, un accès aux soins facilité, avec un meilleur suivi de ces femmes sont des pistes à privilégier pour améliorer la couverture contraceptive.

Les femmes prenant une contraception sur l'île semblent être celles qui ont accompli leur devoir de femme, en ayant des enfants, et qui ont été en contact étroit avec les équipes soignantes lors du post partum, essentiellement en PMI. Les jeunes filles, les femmes sans enfant et sans revenus se protègent moins.

Afin de toucher le plus de femmes possible, le médecin généraliste, surtout s'il travaille auprès des populations mahoraise et clandestine en dispensaire, a un rôle prépondérant. Les femmes ont confiance dans le personnel soignant, et les mesures de prévention et de planification familiale voulues ne peuvent se faire sans son implication. L'abord systématique de la contraception avec les patientes pourrait les y encourager. D'autant plus que Mayotte change : les époux et familles s'opposent de moins en moins à la contraception, les connaissances s'améliorent et les femmes ont un meilleur accès à l'éducation et à l'emploi et désirent contrôler leur fertilité.

Toulouse, le 20/04/2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE

3/04/17

Vu, le Président de la ...
Pr Stéphane OU...

VI- Bibliographie

1. Caminade P. Comores-Mayotte : une histoire néocoloniale. Editions Agones. 2010. (Dossiers noirs).

2. Découvrir Mayotte [Internet]. Les services de l'Etat à Mayotte. Disponible sur: http://www.mayotte.pref.gouv.fr/Politiques-publiques/Culture-Tourisme-et-Patrimoine/Decouvrir-Mayotte/Histoire-et-Geographie

3. Malidi Z. La politique de maîtrise de la fécondité à Mayotte, accent sur le prévention primaire [Master 2 sciences humaines et sociales de l'environnement]. [Montpellier]: Université Paul Valery Montpellier III; 2015.

4. Balicchi J, Bini JP, Daudin V, Actif N, Rivière J. Mayotte, département le plus jeune de France [Internet]. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques. 2014. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281384#titre-bloc-1

5. Fabre E, Pierre J. Trois Mahorais sur quatre sans diplôme, formation et emploi en 2014 [Internet]. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques. 2015. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1300733

6. Brasset M, Le Pabic L. Entre faiblesse des revenus et hausse de la consommation [Internet]. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques. 2014. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285717

7. Clain E, Daudin V, Le Grand H. Les villages de Mayotte en 2012 [Internet]. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques. 2014. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285721

8. Bechetoille B. Devenir mère à Mayotte : point de vue transculturel d'un psychiatre M'zungou et réflexions à propos de la prise en charge périnatale de deux patientes [Thèse d'exercice pour le doctorat de psychiatrie]. [Besançon]: Université de Besançon; 2007.

9. Bamana A. Prévention des grossesses adolescentes à Mayotte, analyse du comportement contraceptif et sexuel des jeunes du niveau 3e dans l'institution scolaire [Master en sciences sanitaires et sociales]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2002.

10. OMS | Planification familiale/Contraception [Internet]. WHO. 2015 [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: http://who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/

11. Elizabeth W, Glasier A. OMS | Contraception d'urgence: dissiper les idées fausses et les croyances erronées. Bull Organ Mond Santé. avril 2010;88(4):243.

12. Creanga AA, Gillepsie D, Karklins S, O Tsui A. OMS | Faible recours à la contraception chez les femmes africaines pauvres: une question d'égalité. Bull Organ Mond Santé. avril 2011;89(4):241-316.

13. Gueye A, Speizer IS, Corroon M, Okigbo CC. Belief in Family Planning Myths at the Individual And Community Levels and Modern Contraceptive Use in Urban Africa. Int Perspect Sex Reprod Health. déc 2015;41(4):191-9.

14. Repositioning Family Planning: Guidelines for advocacy action. World Health Organization regional office for Africa; 2016.

15. Bakibinga P, Matanda DJ, Ayiko R, Rujumba J, Muiruri C, Amendah D, et al. Pregnancy history and current use of contraception among women of reproductive age in Burundi, Kenya, Rwanda, Tanzania and Uganda: analysis of demographic and health survey data. BMJ Open [Internet]. 10 mars 2016 [cité 22 nov 2016];6(3). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800125/

16. Rakotomalala Randrianandraisana L. Rapport de Recherche Juridique sur le planning familial à Madagascar [Internet]. Antananarivo, Madagascar: Ministère de l'éducation nationale et de la recherche scientifique, centre national de télé-enseignement de Madagascar.; 2008. Disponible sur: http://www.memoireonline.com/04/09/2035/m_Le-Planning-Familial-a--Madagascar0.html

17. Minihadji H. Etat des lieux de l'accès à la contraception à Mayotte [Master 2 en sciences sociales]. [Montpellier]: Université Paul Valery Montpellier III; 2016.

18. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Ined - Inst Natl D'études Démographiques [Internet]. 2012 [cité 15 nov 2016];(492). Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/

19. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Haute Autorité de Santé; 2013 avril.

20. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Ined - Inst Natl D'études Démographiques [Internet]. Mai 2014 [cité 15 nov 2016];(511). Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif/

21. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D, et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. Population. 2004;59(3):479.

22. Gennai J. Contraception et Précarité: Enquête auprès des femmes consultant en centre de Protection Maternelle et Infantile [Diplôme d'état de Sage Femme]. [Montpellier]; 2012.

23. Aubin C, Jourdain Menninger D. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales; 2009. Report No.: RM2009-104A.

24. Bardot M, Beranrd C, Bernede-Baudon C, Dassa B. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements en matière de risques liés aux comportements sexuels. Enquête KABP Réunion 2012. Premiers résultats. Réunion: Observatoire Régional de la Santé Océan indien; 2014 sept.

25. Halfen S, Lydié N. Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/SIDA et à d'autres risques sexuels. Antilles-Guyane: Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2014.

26. Legros M-C. Evaluation de la connaissance de la contraception dans un échantillon d'adolescents scolarisés de 15 à 17 ans, à la Réunion, d'août à octobre 2013 et rôle du médecin généraliste dans l'acquisition de ces connaissances : impact sur le taux d'interruptions volontaires de grossesse chez les mineures. Enquête réalisée auprès de 457 lycéens de l'académie de la Réunion [Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine générale]. [Bordeaux]: Université Bordeaux II - Victor Segalen; 2014.

27. Cingala V. Contraception du post-partum à la maternité du centre hospitalier de Cayenne, Guyane, enquête d'observance. [Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine générale]. [Guadeloupe]: Université Hyacinthe Bastaraud des Antilles et de la Guyane; 2014.

28. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2015, le nombre de décès le plus haut depuis l'après-guerre [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908103?sommaire=1912926

29. Evolution de nombre des naissances. PMSI - CHM; 2015.

30. Bamana A. Le stérilet et la femme mahoraise, comment améliorer l'acceptation du stérilet à Mayotte? Mayotte: ARS Mayotte; 1998. (Rapport de santé publique).

31. Lartigau-Roussin C, Receveur MC, Roussin JM, Bouffart S, Abaine A. L'étonogestrel en implant sous-cutané: un nouveau moyen de contraception à Mayotte? Bull Soc Pathol Exot. 2006;99(1):11–14.

32. Aubin C, Jourdain Menninger D. Evaluation de la mise en oeuvre 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 [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2009 [cité 15 nov 2016]. Report No.: RM2009-096A. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2009/104000050.pdf

33. Louacheni C, Rachou E, Stojcic I. Indicateurs « Autour de la grossesse » à Mayotte. Mayotte: Observatoire régional de la Santé - Réunion; 2014 avril.

34. Hamidou HD. Etat des lieux de la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse à Mayotte [Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine générale]. [Rouen]: Université de Rouen; 2012.

35. De Singly C, Catteau C, Cellier M. Enquête périnatale à Mayotte. Mayotte: ARS Océan Indien ; Centre d'observation et d'analyse des besoins de santé; 2011 mai.

36. Allain K, Magnin K. La santé à Mayotte, particularité du système de soin et de la pratique de la médecine générale [Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine générale]. [Rennes]: Université de Rennes; 2010.

37. Eygun-Audap J. Caractéristiques sociolinguistiques des patients consultant en dispensaire à Mayotte. Analyse d'une prise en charge en contexte interculturel [Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine générale]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2015.

38. Verger V. Communiquer avec des patients en langue étrangère : L'interprétariat permet-il une égalité des soins pour tous ? [Mémoire présenté en vue de l'obtention du

diplôme de cadre de santé et du master (1ère année) « management des établissements, services et organisations de soins]. [Paris]: IFCS Sainte-Anne; 2015.

39. Gaussein M. Étude descriptive aux Urgences du Centre Hospitalier de Mayotte d'une population migrant pour raison de santé [Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine générale]. [Bordeaux]: Université Bordeaux II - Victor Segalen; 2014.

40. réseau REPEMA [Internet]. Disponible sur: http://www.reseaux-sante-mayotte.fr/repema/page/qui-sommes-nous-2

41. ARS Océan Indien. Les professions médicales à Mayotte au 1e janvier 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-professions-medicales-mayotte

42. Vachia, Paul, Uguen. La départementalisation de Mayotte, une réforme mal préparée, des actions prioritaires à conduire. La Cour des Comptes; 2016 janv.

43. L'âge aux premières règles [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2014 [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-aux-premieres-regles/

44. Philippe V. L'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes lyonnais [Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine générale]. [Lyon]: Faculté de médecine de Lyon Est; 2015.

45. Gomard M. Accès aux soins de contraception à Mayotte, enquête auprès des femmes consultant en dispensaire [Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de spécialité de médecine générale]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2017.

46. Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies Pour la Population. Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits. Organisation Mondiale de la Santé; 2012.

47. Winchenne A. Élaboration et mise en place d'un protocole de prise en charge pluridisciplinaire des victimes d'agression sexuelle à Mayotte [Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine générale]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.

48. Vion P. Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses. Étude du Conseil économique, social et environnemental; 2014 nov. (Journal Officiel de la République Française). Report No.: CESL1400025X.

VII- Annexes

ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE

Facteurs influençant la prise de contraception à Mayotte, enquête auprès des femmes consultant en dispensaire.

Généralités :

1. La réalisation de ce questionnaire t-il nécessité un interprète d'interprète ?

Oui Non

2. Dans quel dispensaire est réalisé ce questionnaire?

Jacaranda Kahani Mramadoudou Dzaoudzi Dzoumognié

Situation socio-économiques et administrative

1. Où habitez vous ? (réponse libre)

2. Quel âge avez vous ?

Moins De 18 Ans, Entre 18 Et 25, Entre 25 Et 40, Plus De 40

3. Jusque quelle classe êtes vous allée à l'école ? :

Jamais Primaire Secondaire Etudes Supérieures

4. Où êtes vous née:

Mayotte Comores Autre

5. Depuis combien de temps êtes vous présente sur le territoire depuis :

Moins De 1an, Entre 1 Et 10ans, Depuis Plus De10 Ans

6. Quelle est votre situation administrative ?

Affiliée à la CSSM Non affiliée CSSM.

7. Quels sont vos revenus directs?

Aucun revenu Aides sociales Emploi et bricolage Autre

8. Etes vous mariée ou vivez vous en couple? :

Couple monogame Couple avec mari polygame Célibataire

9. Combien d'enfants avez vous?

Aucun Entre 1 et 3 4 ou plus

Sexualité :

10. À quel âge avez vous eu vos premiers rapports ? (Réponse libre)

11. Avez vous déjà pratiqué une IVG ?

Aucune, Une ou 2, 3 ou plus.

Contraception :

12. Quels moyens de ne pas tomber enceinte connaissez vous? (Choix multiples)

Pilule,

Implant

Stérilet

Injection de Depoprovera

Préservatif masculin

Préservatif Féminin

Pilule du lendemain

Patch/diaphragme/spermicide/anneau/méthodes barrières

Gourouwa et méthodes naturelles

Autres

13. Vous pensez que pour une femme choisir le moment d'être enceinte c'est :

Pas important Important Ne sait pas

14. Utilisez vous une contraception en ce moment ?

Oui Non

<u>Si la réponse est Oui (Femmes prenant une contraception) :</u>

15. Laquelle :

Pilule

Implant,

Stérilet,

Préservatif masculin

Injection de dépoprovera

Autre méthodes hormonales ou barrière

16. Est ce votre premier choix?

Oui Non

- Si non pourquoi n'avez vous pas pu avoir votre premier choix ? (Réponse libre)

17. Dans quelles circonstances l'avez vous prise? (Choix multiples)

Désir personnel de contraception

Suite à un accouchement ou une IVG

Autre

18. En êtes vous satisfaite ?

Oui Non

- Si non pourquoi ? (choix multiple)

Métrorragies

Douleur abdominale

Autre

19. Votre mari (ou parents) accepte t-il votre contraception ?

Oui non il ne le sait pas

20. Où renouvelez-vous votre contraception ?

Dispensaire ou maternité PMI Dans le privé

<u>Si la réponse est Non (Femme ne prenant pas de contraception):</u>

15. Pourquoi ? (choix multiple)

Désir d'enfant,

Je n'ai pas de rapport en ce moment,

Refus du mari, des parents,

C'est contre ma culture/religion

J'ai peur des effets secondaires,

Autre.

16. Avez vous déjà utilisé une contraception ?

Oui Non

- Si oui lesquelles ? (choix multiple)

Pilule,

Implant,

Stérilet,

Depoprovera,

Préservatif,

Autre

- Pourquoi l'avez vous arrêtée ? (Choix multiples)

Désir d'enfant,

Effets secondaires

Refus du mari

Oubli

Difficulté à renouveler

Autre

Questions communes

Accès aux soins :

1. Vous trouvez que pour venir consulter au dispensaire c'est:

Facile Difficile

- Si difficile pourquoi ? (choix multiple)

Trop de Monde/Trop d'attente

Difficultés à se déplacer

Difficultés avec le personnel

Difficultés financières

Peur de la police

Fatigue/Malade

Autre

2. Trouvez vous facile de parler de contraception ou de sexualité avec les médecins du dispensaire ?

Oui Non

- Si Difficile pourquoi ? (Choix multiples)

Gênée d'en parler

Gênée de la présence d'un traducteur

Préfère voir un spécialiste

Personnel non à l'écoute

3. Est-ce plus facile d'aller en PMI qu'au dispensaire pour parler de ça?

Oui (préfère PMI) Non (préfère dispensaire) c'est pareil

- Si Oui pourquoi ? (Choix multiples)

PMI plus proche géographiquement

Sages femmes plus compétentes

Moins de monde

Je suis renvoyée en PMI

Autre

- Si difficile, pourquoi ? (Choix multiples)

Raisons pratiques

Ne connaît pas la PMI

Préfère le privé ou le dispensaire

Autre

Informations :

4. Vous a-t-on déjà expliqué les différentes méthodes de contraception?

Oui Non

- Si oui, par qui ? (Choix multiple)

Personnel médical

Ecole ou associations

Parents

Autres

5. Aimeriez-vous plus d'information sur la contraception ?

Oui Non Ne Sait Pas

- De quelle façon ? (Choix multiples)

Par le personnel médical

Par l'école

Par les associations

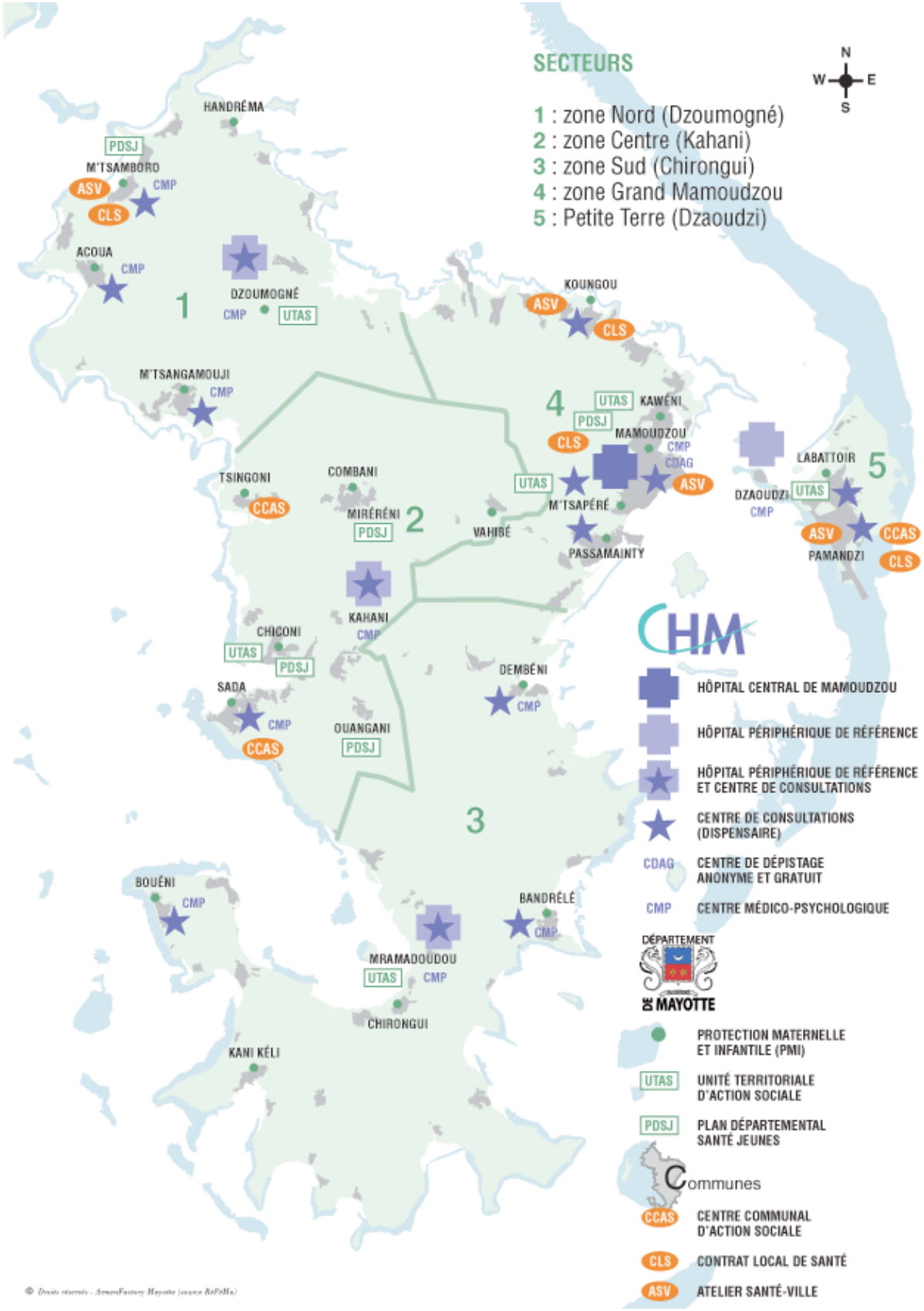
Par les parents

Par les médias

Autres moyens

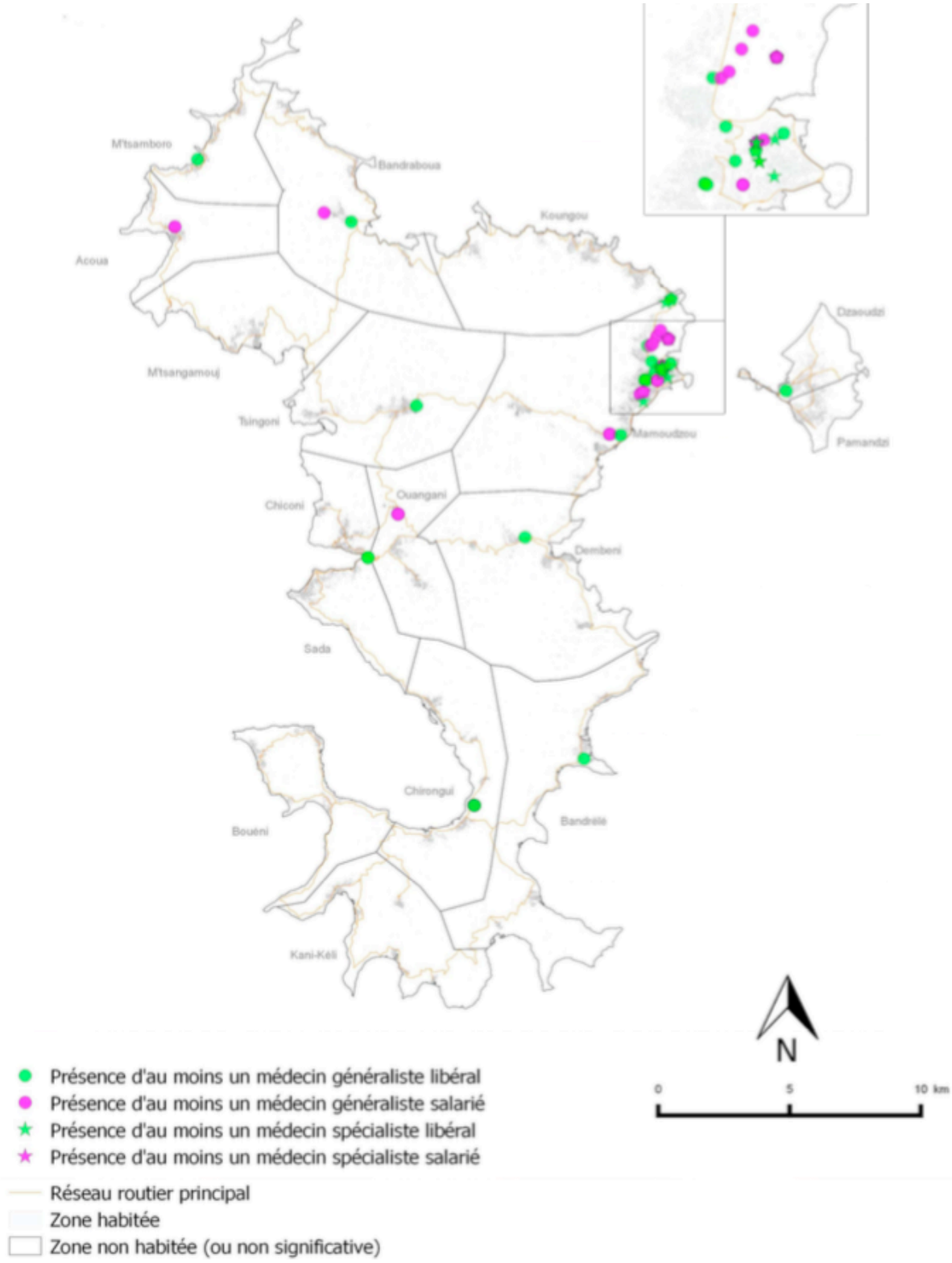
ANNEXE 2 : CARTE DE L'OFFRE SANITAIRE PUBLIQUE DE MAYOTTE, 2015

(Source : REPEMA http://www.reseaux-sante-mayotte.fr/offre-sanitaire/offre-publique.php)



ANNEXE 3: LES PROFESSIONS MEDICALES A MAYOTTE. LOCALISATION DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES PUBLIC ET LIBERAUX AU 1E JANVIER 2016

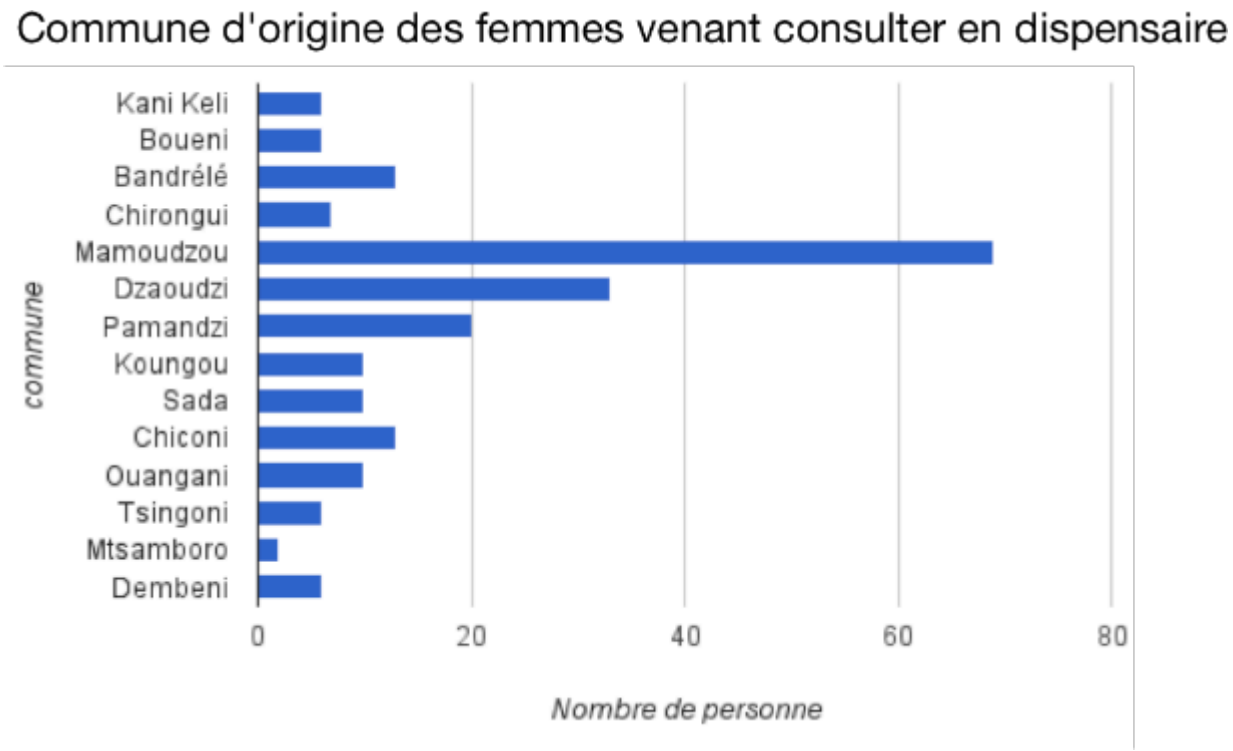
(Source : ARS OI –RPPS Les professions médicales à Mayotte au 1e janvier 2016. *http://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-professions-medicales-mayotte) (41)*



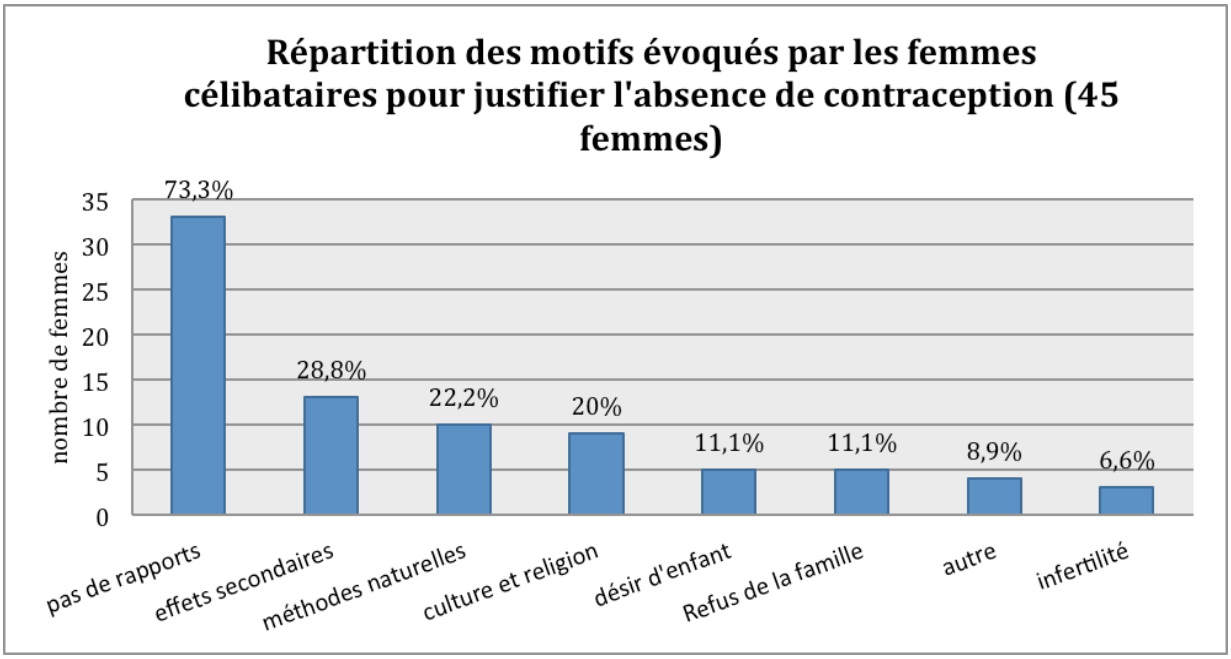
ANNEXE N°4: COMPOSITION DES GROUPES SANS ET AVEC CONTRACEPTION

	Pas de Contraception	Contraception
Moins de 18 ans	10,6% (13femmes)	6,8% (6femmes)
18-25 ans	24,4% (30f)	12,5% (11f)
25-40 ans	37,4% (46f)	68,2% (60f)
Plus de 40 ans	27,6% (34f)	12,5% (11f)
Aucune scolarité	23,6% (29f)	22,7% (20f)
Primaire	20,3% (25f)	18,2% (16f)
Secondaire	39,0% (48f)	34,1% (30f)
Etudes supérieures	17,1% (21f)	25% (22f)
Aucun revenu	70,2% (85f)	60,9% (53f)
Bricolage ou emploi	15,7% (19f)	32,2% (28f)
Aides sociales	14% (17f)	6,9% (6f)
Née à Mayotte	19,5% (24f)	27,3% (24f)
Née aux Comores	76,4% (94f)	65,9% (58f)
Née ailleurs	4,1% (5f)	6,8% (6f)
Moins de 1 an	22,8% (28f)	6,8% (6f)
Entre 1 et 10 ans	25,2% (31f)	30,7% (27f)
Plus de 10 ans	32,5% (40f)	33% (29f)
Née à Mayotte/Petite enfance	19,5% (24f)	29,5% (26f)
Non affiliée à la CSSM	57,7 (71f)	43,2% (38f)
Affiliée à la CSSM	42,3% (52f)	56,8% (50f)
Célibataire	46,3% (57f)	38,6% (34f)
Couple monogame	39% (48f)	52,3% (46f)
Couple polygame	14,6% (18f)	9,1% (8f)
Aucun enfant	33,3% (41f)	5,7% (5f)
1 à 3 enfants	36,6% (45f)	56,8% (50f)
4 enfants ou plus	30,1% (37f)	37,5% (33f)
Jamais d'IVG	66,1%(72f)	63,6% (56f)
Au moins une IVG	33,9% (37f)	36,4% (32f)
Avant 17 ans inclus	52,3% (56f)	63,4% (52f)
Après 17 ans	47,7% (51f)	36,6% (30f)
Jacaranda	44,7% (55f)	30,7%(27)
Mramadoudou	14,6% (18f)	17% (15f)
Dzaoudzi	22,8% (28f)	31,8%(28f)
Kahani	17,9% (22f)	20,5%(18)
Pas d'interprète	52,8% (65f)	59,1% (52f)
Interprète	47,2% (58f)	40,9% (36f)
Accès difficile	66,9%(81f)	52,9%(46f)
Accès Facile	33,1% (40f)	47,1% (41f)
Discussion difficile	29,1%(30f)	18,5%(15f)
Discussion facile	70,9% (73f)	81,5% (66f)
Préfère dispensaire	45,9% (45f)	24,7%(20f)
Préfère PMI	23,5% (23f)	38,3% (31f)
Pas de préférence	30,6% (30f)	37% (30f)
Pas d'information reçue	52,1% (63f)	31% (27f)
Information reçue	47,9% (58f)	69% (60f)
A cité l'équipe médicale	49,1% (28f)	84,5% (49f)
A cité l'école ou les associations	49,1% (28f)	19% (11f)
A cité autre	15,8% (9f)	3,4% (2f)
0 ou 1 moyens cité	14,6% (18f)	3,4%(3f)
2 ou 3 moyens	67,5% (83f)	72,7% (64f)
4 ou plus.	17,9% (22f)	23,9%(21f)
Ne désir pas d'information	24,8% (30f)	33,3% (29f)
Désir des informations	75,2% (91f)	66,7% (58f)

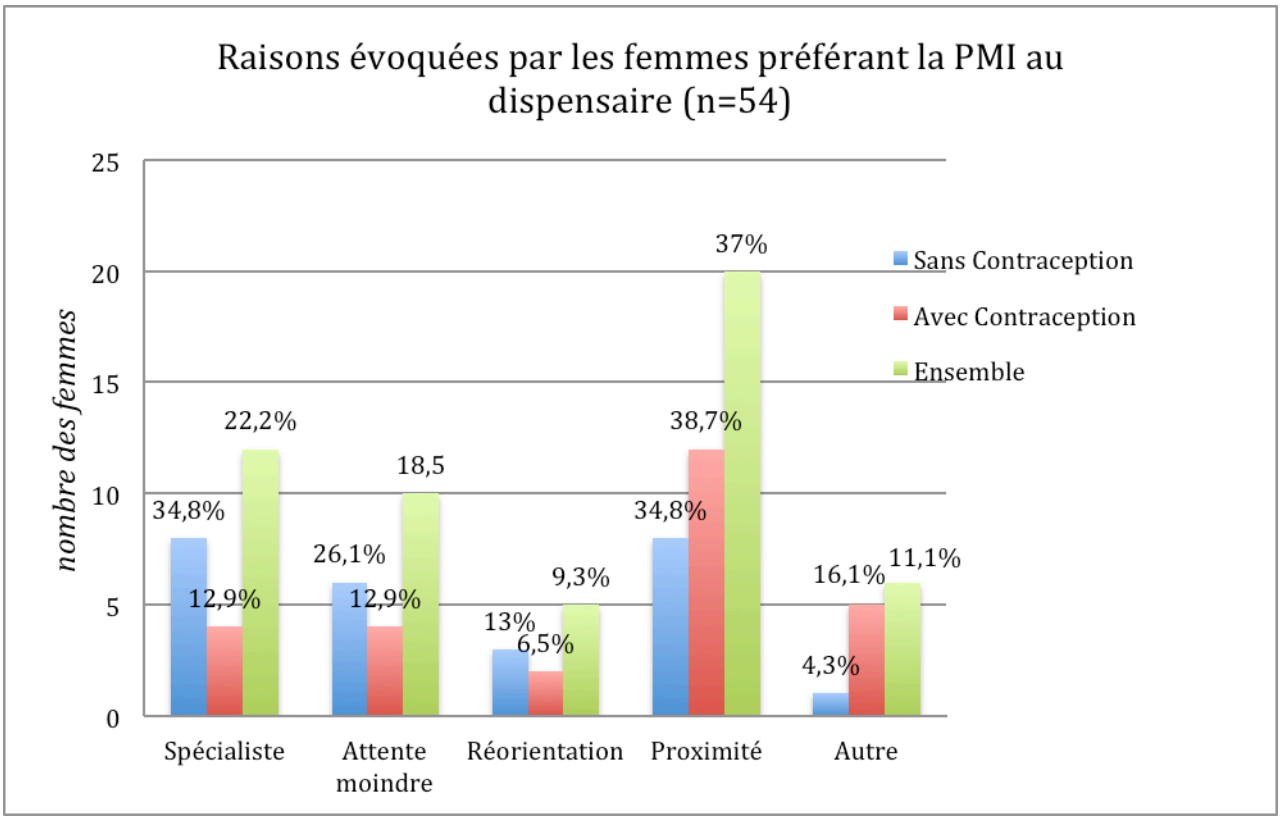
ANNEXE 5 : VILLAGE D'ORIGINE DES FEMMES CONSULTANT EN DISPENSAIRE (n=211)

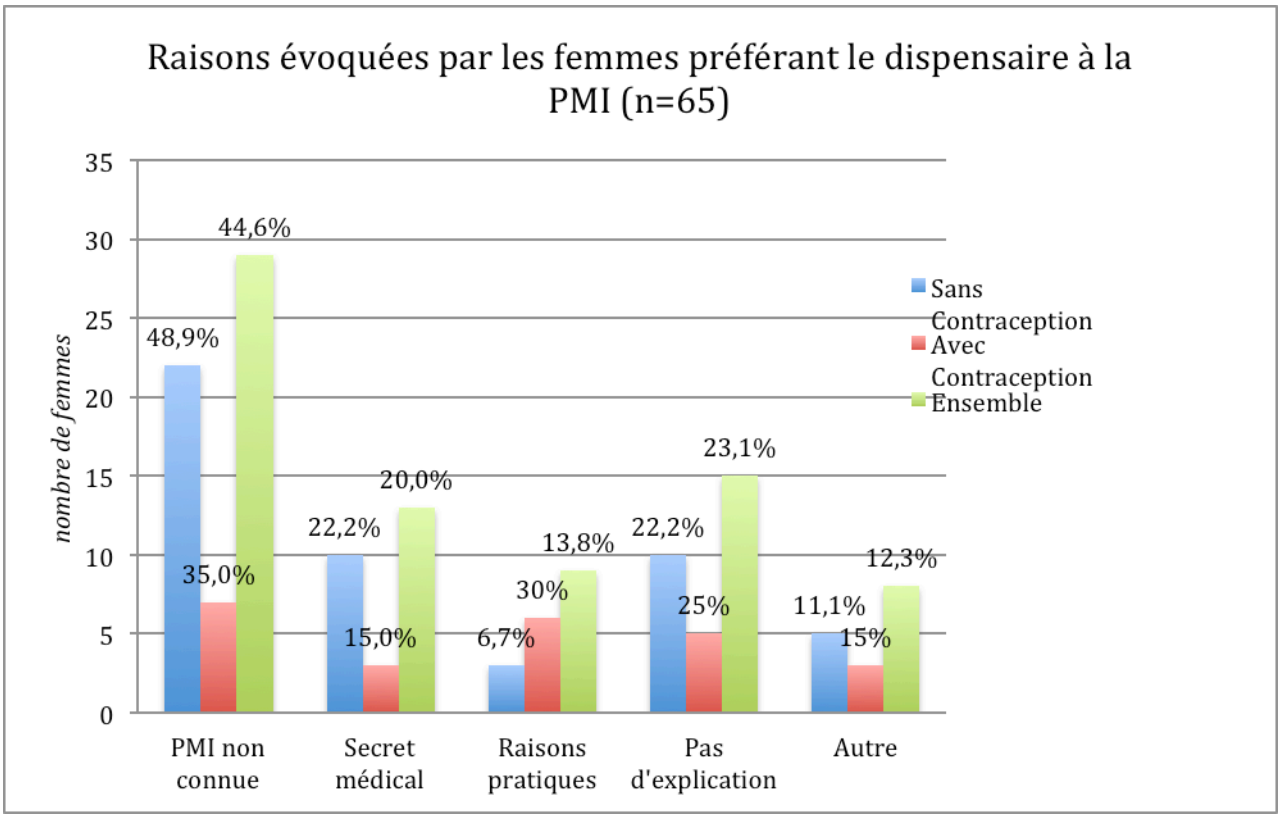


ANNEXE 6 : REPARTITION DES MOTIFS EVOQUES PAR LES FEMMES CELIBATAIRES NON VIERGES POUR JUSTIFIER L'ABSENCE DE CONTRACEPTION (n=45)



ANNEXE 7 : RAISONS EVOQUEES PAR LES FEMMES POUR PREFERER LA PMI OU LE DISPENSAIRE

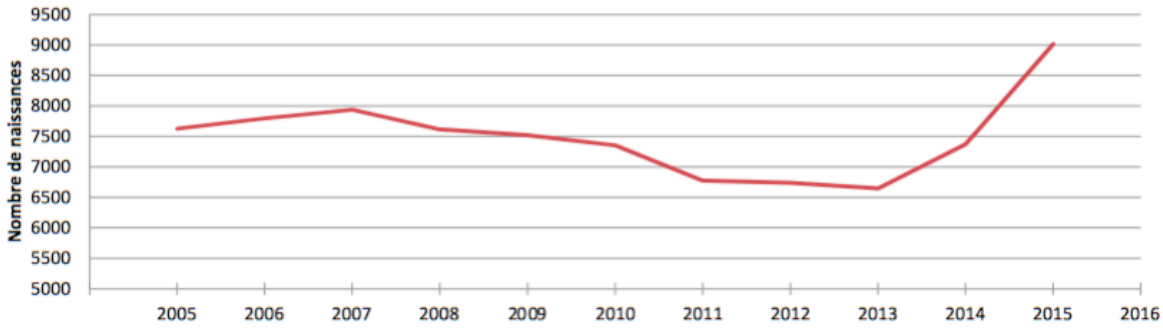




ANNEXE 8 : DONNEES DEMOGRAPHIQUES A MAYOTTE

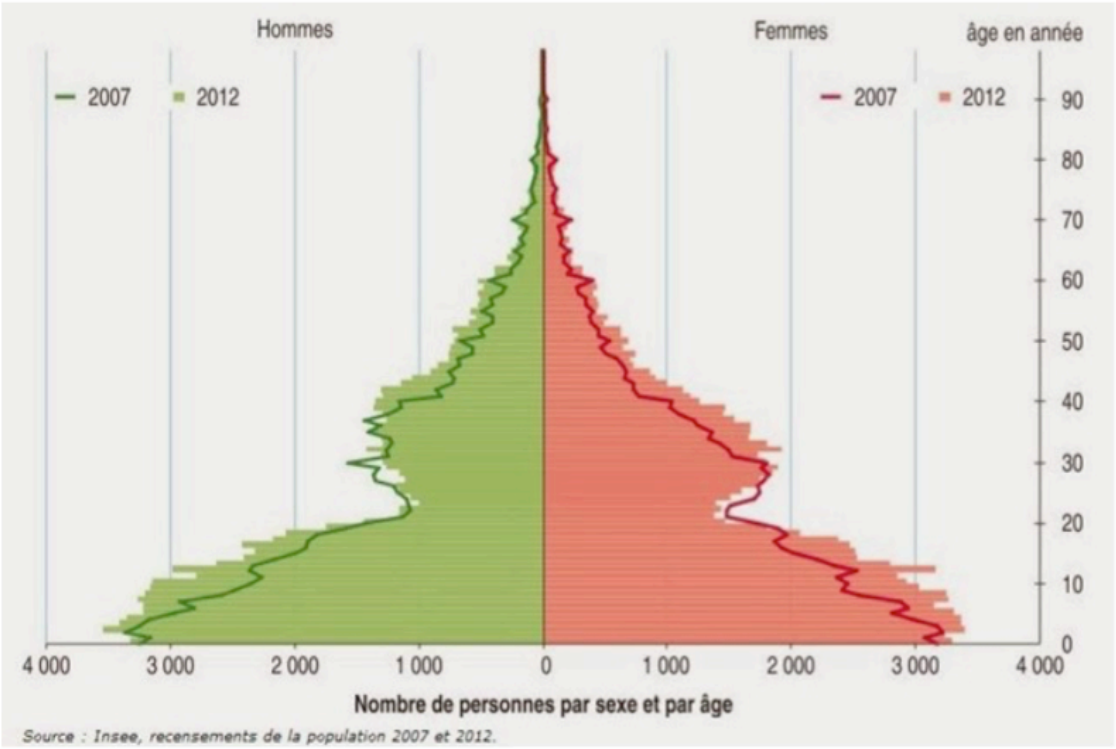
Evolution du nombre de naissances accueillies sur le Centre Hospitalier de Mayotte entre 2005 et 2015

(Source : PMSI CHM 2015) (29)



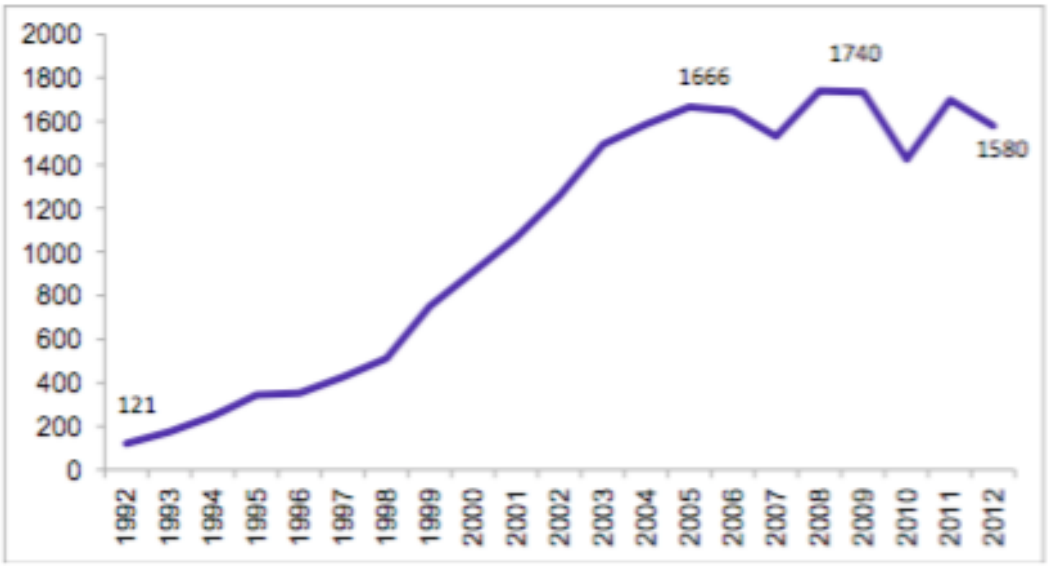
Pyramide des âges de Mayotte

(Source Insee 2007/2012 Mayotte, département le plus jeune de France *https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281384#titre-bloc-1) (4)*



ANNEXE 9 : : EVOLUTION DU NOMBRE D'IVG ENTRE 1992 ET 2012 A MAYOTTE

(*Source : Observatoire régional de la Santé Océan Indien ; Indicateurs « Autour de la grossesse » à Mayotte. 2014 avril)(33)*



ANNEXE 10 : LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION

(Source : http://www.choisirsacontraception.fr/contraception_tableau_comparatif.htm)

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX[1]	COMMENT L'OBTENIR ?
DIU (Dispositif Intra-Utérin) Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.	DIU au cuivre : 30,50 €. DIU hormonal : entre 101,13 et 111,87 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie[2] et sans condition d'âge dans les CPEF[3] ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF[3].	Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
PILULE CONTRACEPTIVE Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.	De 1,28 à 1,60 €/mois pour les pilules remboursées à 65 % (c'est-à-dire les pilules de 1re et 2e générations). Les autres sont à tarification libre. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie[2] et sans condition d'âge dans les CPEF[3] ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF[3].	Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.
PATCH CONTRACEPTIF Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4e semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.	Environ 13 €/mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
IMPLANT CONTRACEPTIF Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.	105,32 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie[2] et sans condition d'âge dans les CPEF[3] ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF[3].	Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.

[1] Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016. [2] Pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit. [3] Centres de planification et d'éducation familiale.

	LA MÉTHODE	PRIX[1]	COMMENT L'OBTENIR ?
	ANNEAU VAGINAL Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4e semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.	Environ 16 €/mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
	DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.	Environ 61 €. Diaphragme remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale non remboursée.	Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivrés sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF[2]. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.
	PRÉSERVATIF MASCULIN En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).	À partir de 54 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF[2] et les CeGIDD[3].	Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur internet.
	PRÉSERVATIF FÉMININ Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).	Environ 8,30 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF[2] et les CeGIDD[3].	Sans ordonnance en pharmacie et sur internet.

[1] Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.
[2] Centres de planification et d'éducation familiale.
[3] Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et autres IST.

	LA MÉTHODE	PRIX[1]	COMMENT L'OBTENIR ?
	SPERMICIDES Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.	Environ 5 à 20 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.	Sans ordonnance en pharmacie.
	PROGESTATIFS INJECTABLES Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.	Chaque dose coûte 3,4 €. Remboursés à 65 %.	Sur ordonnance en pharmacie.
	LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site www.choisirsacontraception.fr ou www.sante.gouv.fr rubrique « Contraception » (voir le livret d'information *Stérilisation à visée contraceptive*).	Remboursées à 80 %.	L'intervention ne peut être réalisée : • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

[1] Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.

Certaines méthodes peuvent présenter des contre-indications médicales qui seront évoquées par le professionnel de santé consulté.

Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes, ces méthodes sont peu fiables.

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST. Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».

ANNEXE N°11 : EFFICACITE CONTRACEPTIVE ET TAUX D'ABANDON DE LA METHODE APRES 1 AN AUX ETATS-UNIS ET EN FRANCE

(Source : État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Haute Autorité de Santé; 2013 avril)(19)

Efficacité contraceptive par méthode

Efficacité contraceptive et taux d'abandons de la méthode après 1 an aux États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011).

Méthode	Taux de grossesses (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandons (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussel)		
	États-Unis (Trussel)	France (Moreau)		États-Unis (Trussel)	France (Moreau)
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1[1]	0,2	20	15[1]
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1[1]	0,6	22	15[1]
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée œstroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12[2]		6[2]		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Eponge[3]	24, 12[4]	22[5]	20, 9[6]	64	62[5]
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 -5[7]	49	48
Spermicides	29	22[5]	18	58	62[5]
Cape cervicale	32, 16[8]		26, 9[9]		
Aucune méthode	85		85		

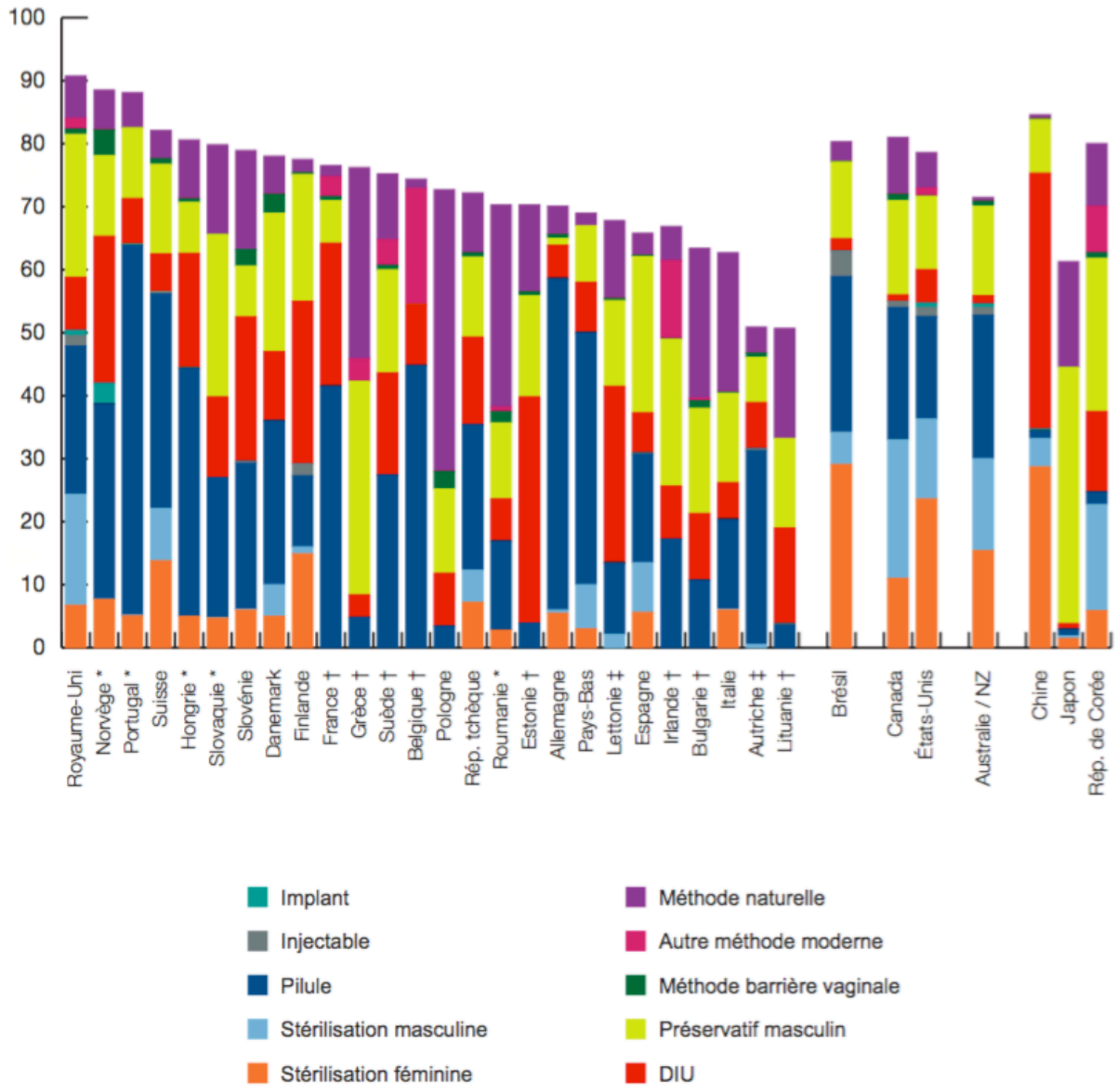
Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussel 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009).

En fonction du taux de grossesses au cours de la 1re année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1-9 : efficace ; 10-25 : modérément efficace ; 26-32 : moins efficace.

[1] tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; [2]diaphragme avec spermicide ; [3]les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; [4] femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; [5]spermicide ou éponge ; [6]femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; [7] méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; [8]femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; [9]femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9

ANNEXE 12 : PREVALENCE CONTRACEPTIVE PAR TYPE DE METHODE PAR PAYS, UNION EUROPEENNE, PAYS DE L'AELE ET AUTRES PAYS SELECTIONNES

(Source : État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Haute Autorité de Santé; 2013 avril) (19)



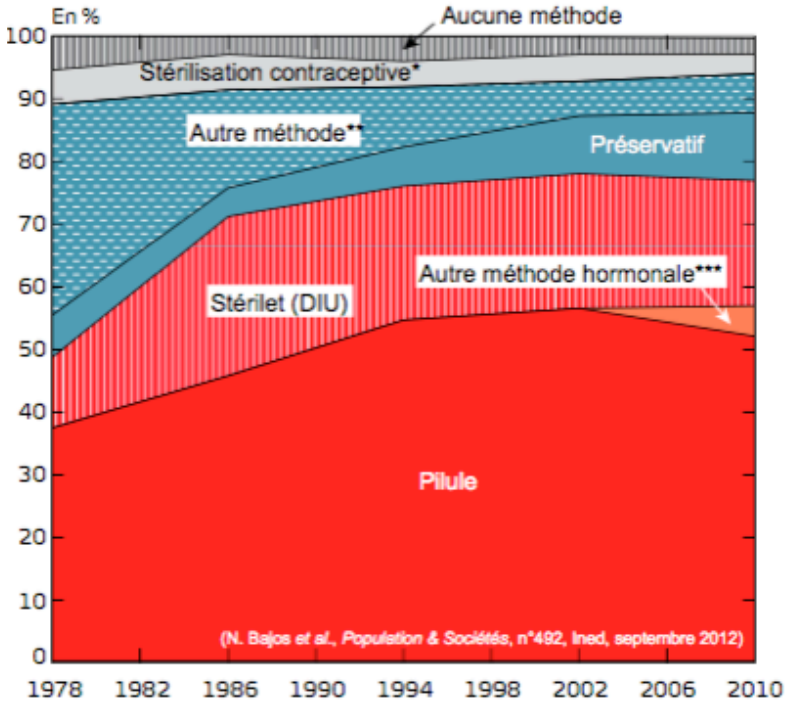
Champ : femmes de 15-49 ans mariées ou en couple Source : United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Contraceptive Use 2011.
www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm

Les données sur la stérilisation sont incomplètes pour les pays européens,
* pas de données sur la stérilisation masculine,
† pas de données sur la stérilisation féminine et masculine,
‡ pas de données sur la stérilisation féminine.
AELE : Association économique de libre échange

ANNEXE 13 : LES METHODES DE CONTRACEPTION EN FRANCE

(Source : La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Ined - Inst Natl D'études Démographiques https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques) (18)

les méthodes de contraception utilisées en France. Evolution 1978-2010

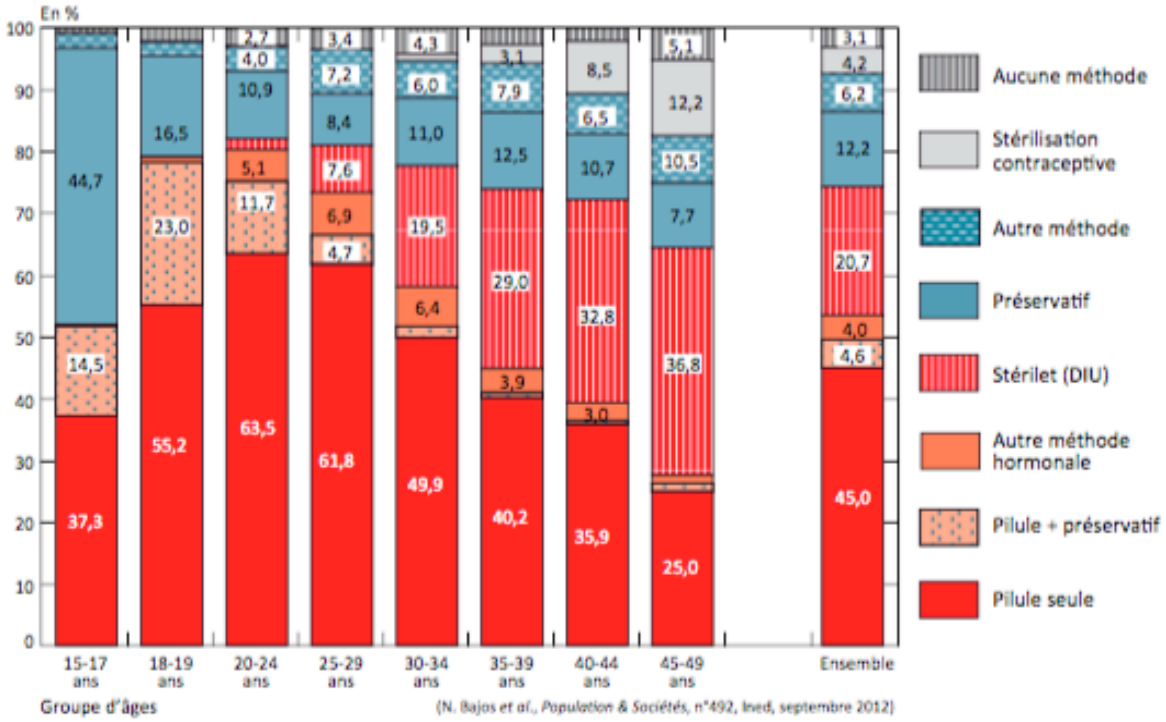


* l'homme ou la femme
** retrait, abstinence périodique, méthode locale, autre, ne sait pas
*** implant, patch, anneau vaginal

Sources : Enquête *Mondiale de Fécondité* (1978), Enquête *Régulation des naissances* (1988), Enquête *Situation Familiale et Emploi* (1994), Enquête *CoCon* (2000), Enquête *Fecond* (2010).

Champ : femmes de 20 à 44 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 selon l'âge des femmes



Sources : Enquête *Fecond* (2010), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

ANNEXES 14 : LES DIFFERENTS ARI-ARI (PREJUGES NEGATIFS) ET CROYANCES SUR LA CONTRACEPTION A MAYOTTE

(Source : Malidi Z. La politique de maîtrise de la fécondité à Mayotte, accent sur le prévention primaire ; 2015). (3)

	-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 - 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

TABLEAU RECAPITULATIF DES REPRESENTATIONS AUTOUR DE LA CONTRACEPTION A MAYOTTE

La contraception en général	- 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
Le préservatif masculin	- 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

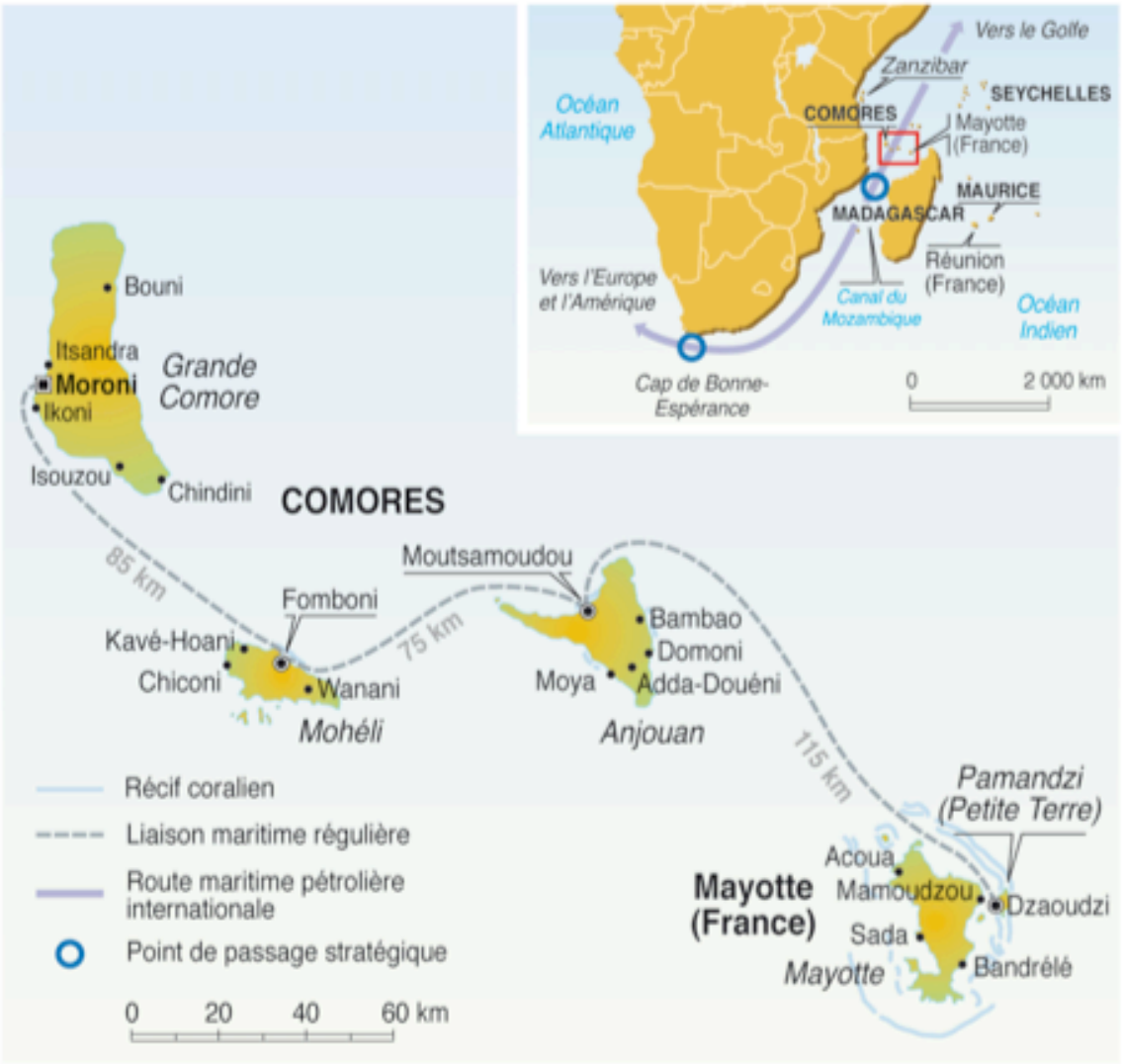
	- Rend stérile - Peut disparaître, se balader dans le bras, dans le dos et dans le corps - Ne fonctionne pas - Enlève la libido - Donne des boutons - Donne des nausées - Fait mal au ventre - N'est pas efficace
Le DIU	- Augmente les pertes blanches, pertes d'eau, écoulements vaginaux anormaux - Gène le 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	- 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

	- Lorsqu'on prend longtemps la dépo, on aura des jumeaux quand on arrêtera
L'allaitement	- 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 »	- 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	- Norlevo comme moyen de contraception - IVG comme moyen de contraception - Ananas vert lorsqu'il est jeune (abortif)

	- 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	- peut boucher les trompes si elle est prise trop souvent
IVG	- les IVG à répétition sont mauvaises pour la santé - Au bout de 3 IVG, on est stérile

ANNEXE 15 : CARTE DE L'ARCHIPEL DES COMORES

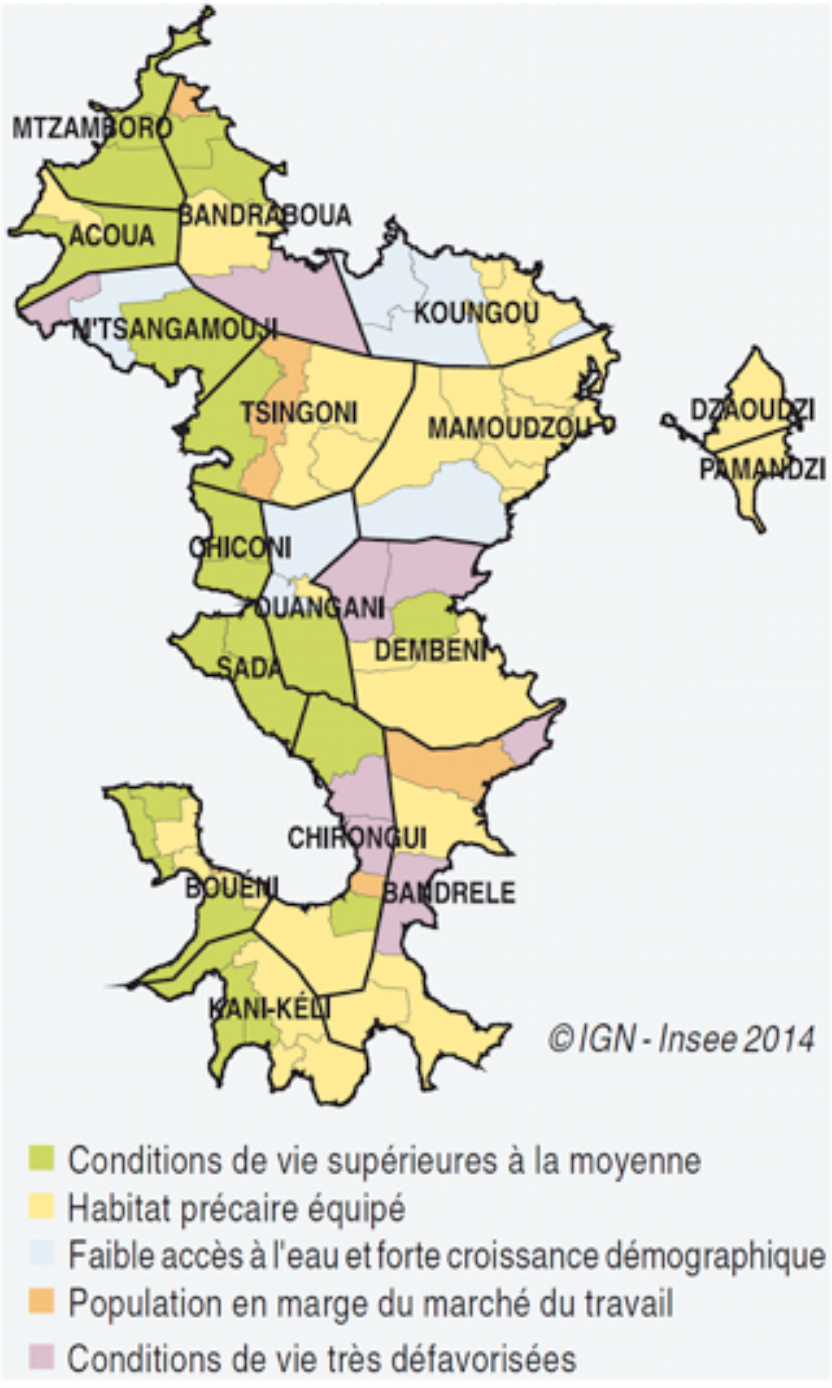
(Source : www.comores-online.com)



Sources : Portail de l'archipel des Comores (http://www.comores-online.com/) ;
Service des transports maritimes (STM), Mayotte.

ANNEXE 16: CLASSIFICATION DES VILLAGES DE MAYOTTE, DE MEILLEURES CONDITIONS DE VIE SUR LE LITTORAL OUEST

(Source : Insee 2014, Les villages de Mayotte en 2012
https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285721 *) (7)*



Source : Insee, Recensement de la population.

ANNEXE 17 : : DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES COMPARATIVES, COMORES-MAYOTTE-METROPOLE

(Dr Gaussein, source : OMS, données 2013, Insee 2007) (39)

	Comores	Mayotte	France Métropolitaine
Nombres d'habitants	782 000	213 000	63 126 000
Part des moins de 15 ans	43 %	46 %	18 %
Densité de population (habitants par km²)	Mohéli : 99 Gde Comore : 240 Anjouan : 517	570	110
PIB (par an par habitant)	600	6500 euros	28 000 euros
Salaire moyen par mois	45 euros	- Français non mahorais : 1400 euros - Français mahorais : 290 euros	2 450 euros
Dépense de santé de l'état par an et par habitant	30 euros	740 euros	3 300 euros
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	1	7	34
Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 accouchements)	300 en moyenne 800 à Anjouan	50	8
Taux de mortalité infantile (décès avant l'âge de un an pour 1000 naissances vivantes)	80	14	4
Taux de mortalité adulte (probabilité de décès entre 15 et 60 ans pour 1 000 habitants)	275 Hommes 229 Femmes	-	113 Hommes 53 Femmes
Espérance de vie	62 ans	73 ans	82 ans

ANNEXE 18 : LISTE DES CONTRACEPTIFS DISPONIBLES DANS LA PHARMACIE A USAGE INTERIEUR DU CHM ET PMI

(Source : Minihadji H. Etat des lieux de l'accès à la contraception à Mayotte.; 2016) (17)

MINIDRIL = ethinylestradiol/levonorgestrel
CERAZETTE / CLAREAL = desogestrel
LOVAVULO = ethinylestradiol/levonorgestrel
NEXPLANON (implant)
STERILET CUIVRE
STERILET HORMONAL MIRENA
DEPOPROVERA injectable
NORLEVO (contraception d'urgence)
PRESERVATIF MASCULIN

ANNEXE 19 : RITES AUTOUR DE LA FEMME ET DE L'ENFANT A MAYOTTE

(Source : Bechetoille B. Devenir mère à Mayotte : point de vue transculturel d'un psychiatre M'zungou et réflexions à propos de la prise en charge périnatale de deux patientes [Thèse d'exercice pour le doctorat de psychiatrie]. [Besançon]: Université de Besançon; 2007) (8)

Dans la culture mahoraise la famille est fondamentale autant pour les hommes que pour les femmes. La société mahoraise est fondée sur la matrilocalité et la mère est le point stable et le pivot de la famille car c'est elle qui a la charge des enfants.
La culture mahoraise obéit aux lois de l'islam, qui permet à la fois la polygamie (abrogée par la loi française 2003 pour les adultes ayant 18 ans en 2005), et le divorce. Le divorce peut être demandé par l'époux à la prononciation d'une simple phrase (« je te répudie »), ou par la femme si elle prouve que l'homme ne remplit pas ses devoirs envers sa famille. A Mayotte les divorces sont nombreux et les remariages rapides, consolidés par la venue d'une naissance. (8)

a) La maison (« dagoni »)

C'est le domaine de la femme, c'est à elle qu'appartient la maison où vont naître et grandir les enfants. La tradition veut que se soit le père de la jeune fille qui construise sa futur maison, avant son mariage, tradition encore respectée actuellement. C'est même considéré comme un devoir car si le père ne le fait pas les parents doivent céder leur propre maison au jeune couple.
Alors que la jeune fille vit dans la maison de sa mère jusqu'à son mariage, le fils célibataire vit dans un « banga » (maison en tôle sur le terrain de ses parents) puis il ira vivre chez sa femme après son mariage. (8)

La maison est traditionnellement composée de deux pièces : la première est nommée la « chambre de l'homme », donnant sur la rue c'est la pièce commune, qui sert de chambre pour les enfants et les jeunes filles non mariées. La deuxième pièce donne sur la cour. C'est la « chambre de la femme », son domaine intime, où elle peut être rejointe par son mari. Dans la cour on se retrouve avec les voisins, on y fait la cuisine. C'est aussi là que sont enterrés les placentas des enfants pour les lier symboliquement à leur village. Il n'est pas rare qu'une même cour soit partagée par une mère et ses filles car la maison de la jeune fille est le plus souvent construite sur le terrain familial. La proximité du lieu va de paire avec la proximité du lien. Les liens familiaux sont formés vers la dyade mère-fille et non sur le couple parental.(8)

b) La femme mahoraise (« boueni »)

La femme mahoraise commence sa vie enfant, puis jeune fille, dépendante de ses parents jusqu'à son mariage où elle est alors dépendante de son mari. Elle change une première fois

de statut lors de son premier mariage où elle perd sa virginité et peut alors potentiellement devenir mère.
Être célibataire est mal vu que se soit pour une femme ou pour un homme et les grossesses hors mariage sont considérées comme honteuses.
Dans la religion musulmane la fille doit se marier vierge. Les mariages sont régulièrement, mais de moins en moins, organisés par les parents des époux, ceux ci ne s'étant parfois jamais rencontrés. Le couple n'est viable que s'il est fertile. L'infertilité à Mayotte, dont la femme est systématiquement fautive, est vécue comme un déshonneur. Dans cette perception presque divine de la fertilité se mêlent islam et croyances animistes propres à cette partie du monde. (8)

Ce n'est qu'à la naissance de son premier enfant que se fait le véritable changement de statut, la femme devenant mère, une position sociale renforcée par la suite par le nombre de ses enfants. C'est également à ce moment là qu'elle peut faire valoir ses droits en tant qu'épouse et exiger de son mari une aide financière. Ce statut est socialement confirmé quand elle arrive à marier sa première fille, devenant alors grand-mère (« koko »), statut très respecté, corrélé au nombre de ses petits enfants. Ce sont elles les vrais piliers de la famille et ce sont d'ailleurs les grands mères qui peuplent jour et nuit les couloirs de la maternité, accompagnant leurs petites filles pour leurs accouchements. (8)

Si la femme est responsable de la maison et des enfants, c'est à l'homme d'assurer l'apport économique de son ou de ses foyers, rôle qui doit persister après un éventuel divorce. De plus il doit assurer la dot de sa fille et construire sa maison, ce qui l'inscrira en tant que mère dans sa famille et dans son village. L'homme est également le représentant de la loi dans sa famille, et c'est à lui d'accomplir les devoirs et rites religieux, notamment pour la protection de son foyer ou les rites autour de la grossesse et de la naissance. Mais si le père est présent dans les moments importants de la vie de l'enfant (c'est lui qui choisi son prénom), il ne participe que peu à son éducation, les pères étant souvent peu présents dans le foyer maternel. Si la polygamie a été abrogée en 2003 pour les hommes ayant 18 ans après l'année 2005, elle reste tolérée pour les hommes plus âgés.
La femme peut demander le divorce dans deux situation : soit elle se rachète auprès de son mari et il accepte de la répudier, soit elle invoque le « fash », l'abandon du foyer par le mari. Une femme enceinte ne peut pas être répudiée par son mari. (8)

La femme mahoraise trouve rarement un lien stable dans son couple (polygamie, divorces à répétition) et c'est le lien mère-enfant et surtout mère-fille qui est le lien social le plus stable pour elle. La matrilocalité favorise la sédentarité des jeunes filles dans leur village d'origine : celles qui deviennent mères de famille y vivent avec leur mères, tantes, soeurs et leurs amies, qui ont été à la même école coranique et laïque qu'elle, et leurs propres mères se connaissaient déjà.(8)

c) *Les enfants*

Les enfants à Mayotte sont considérés comme une richesse et une assurance vieillesse. Cela est de moins en moins vrai, les moeurs occidentaux s'invitant dans les ménages, et les enfants devenant maintenant plus chers à entretenir.

A Mayotte, comme dans beaucoup de pays africains la descendance est un gage de vie dans ce monde et dans l'autre : c'est l'enfant qui s'occupera de ses parents quand ils seront âgés mais c'est aussi eux qui, par leurs prières adressées aux défunts, continueront à les faire exister. Avoir des enfants est la seule chose qui puisse donner aux Mahorais, hommes ou femmes, un sens à leurs vies. La réussite professionnelle, l'argent, les honneurs ne peuvent suffirent à eux seuls s'il n'y a pas d'enfants car il n'y a de valeur à la réussite que si elle peut profiter à ses descendants. (8)
Pour accentuer encore l'importance de la parentalité dans la société mahoraise il est remarquable de noter que les enfants sont appelés dès leur plus jeune âge « baba » (petit papa) et « mama » (petite maman). De même il peut arriver qu'à la naissance de son enfant la mère perde son prénom pour prendre celui de son premier enfant. On l'appellera par exemple « maman de Mohamed ».

Les enfants vivent dans les cours de leur famille et peuvent dormir indifféremment chez leur mère ou leurs tantes, gommant peu à peu les différences entre frères et soeurs et cousins. Ils sont élevés par toutes les femmes qui les entourent (mère, tantes, grand-mère). Toutefois la mère biologique reste la mère et c'est à elle que, selon l'école coranique, tout enfant doit un respect absolu et chercher sans cesse son consentement. Ce lien de dépendance et de soumission persiste même à l'âge adulte : la fille doit accepter le mari choisi par elle et le fils doit lui donner une partie de son salaire.(8)

d) *L'accouchement*

Les rites autour de l'accouchement permettent de comprendre à quel point le statut de mère est vraiment important dans la société mahoraise.
Après l'accouchement, la femme va rester quarante jours au repos. Quarante jours où elle ne voit pas d'homme, où elle n'a pas à se faire belle, à mettre son masque de beauté ou à se tresser les cheveux. Quarante jours où sa mère et sa grand-mère vont s'occuper d'elle et vont la guider dans l'apprentissage de la maternité. Ces quarante jours sont consacrés au nourrisson, et vont transformer la jeune fille en mère. Au terme de ces quarante jours elle se transforme en femme par un rituel de purification : elle prend un bain dans la mer, se rince, tresse ses cheveux et remet son masque de beauté. Ce n'est qu'à ce moment là, donc après un mariage et un accouchement, qu'elle peut enfin prétendre au statut de femme. Elle peut alors de nouveau recevoir son mari.(8)

e) Moeurs sexuels

Conformément à la religion musulmane, une femme doit demeurer vierge jusqu'à son mariage. Même si les moeurs sont plus libres depuis quelques années il est encore extrêmement mal vu d'avoir des rapports avant le mariage ou pire de tomber enceinte sans être mariée. Pour pallier à ces problèmes les adolescents mahorais pratiquent le « gourouwa ». Le gourouwa est une pratique où la jeune fille va frotter le pénis de son partenaire entre ses cuisses. Il n'y a ainsi pas de pénétration vaginale. Mais la technique n'est pas parfaite, et plusieurs grossesses ont été référencées suite à cette pratique respectant la virginité. (9) La sexualité reste un tabou dans les familles, les mères ayant peur qu'en en parlant à leurs filles, cela encouragerait une entrée précoce dans la vie sexuelle. (8)

On peut noter une libération des moeurs sexuelles des jeunes filles qui se marient de moins en moins vierge. Et les jeunes mahorais veulent dorénavant avoir le choix de leur partenaire.

Si la polygamie a été abolie, elle est encore tolérée de même que les relations extra conjugales qui sont fréquentes et fertiles et auxquelles les femmes sont résignées. (8)

f) Mayotte contemporaine

Toutes ces traditions se perdent du fait de l'occidentalisation de la culture mahoraise.
L'afflux de « m'zungous » (blanc métropolitains) et la généralisation de la scolarisation à l'école laïque a permis l'augmentation du niveau scolaire et l'importation du système de pensées occidentales. De plus, les jeunes sont nombreux à partir à la Réunion ou en métropole pour les études et reviennent avec une idée du couple plus proche de nos valeurs européennes. La polygamie est de moins en moins acceptée. Ce rapprochement brutal de deux cultures différentes n'est pas sans causer de nombreux conflits intergénérationnels.
L'émancipation des femmes fait perdre à l'homme son rôle de représentant légal et spirituel dans son foyer, parfois même son rôle économique. De même la nomination de l'enfant ne lui appartient plus, il est décidé en couple et la déclaration doit être faite légalement dans les trois jours alors que traditionnellement l'enfant reçoit son nom lors d'une cérémonie organisée par le père au 7^{e} jour de sa naissance. Ceci peut être mal vécu par certains mahorais. Toutefois la place qui leur ait laissé est un rôle de soutien, affectif, que beaucoup remplissent très bien, les pères étant de plus en plus nombreux dans les services de maternité en compagnie des « koko ». (8)

Traditionnellement les femmes s'occupent des enfants mais l'on peut constater que deux sur dix déclarent travailler. Elles occupent 37 % des emplois essentiellement dans le tertiaire (4). Les femmes sont très actives dans la société mahoraise et se regroupent fréquemment en associations féminines, très nombreuses à Mayotte, notamment dans des concours de danse.(8)

Titre : Les facteurs influençant l'utilisation de la contraception à Mayotte. Enquête auprès des femmes consultant en dispensaire.
Auteur : GOMARD Marine

Directeur de thèse : Dr Emmanuelle THORE-DUPONT
Date et lieu de soutenance : Faculté de médecine de Toulouse Purpan – 16 Mai 2017

Résumé :

Mayotte est une île aux influences africaines et musulmanes, où la maternité est source de reconnaissance pour les femmes. Elle est la première maternité de France et la pression démographique est accentuée par une forte immigration comorienne. Malgré plusieurs campagnes de prévention, la contraception moderne reste peu utilisée. Cette étude observationnelle, comparative et multicentrique a pour objectif principal de déterminer les facteurs qui influencent la prise de contraception dans la population. Un questionnaire oral a été réalisé auprès de 217 femmes de 13 à 50 ans consultant en dispensaire. Les femmes devaient être réglées et non ménopausées. Les femmes prenant une contraception ont été comparées à celles n'en prenant pas selon différents critères. Sur les 211 femmes inclues 88 prenaient des contraceptifs et 123 non. Les rapports irréguliers (31%), le désir de maternité (30%) et la peur des effets secondaires (25%) semblent être les freins principaux. Seules 14,6% évoquent le contexte culturel. L'âge, l'emploi, les revenus, la durée de séjour à Mayotte, l'affiliation à la CSSM, la maternité, la connaissances des moyens contraceptifs et l'accès aux soins jouent un rôle sur la contraception. 85% des femmes prenant un contraceptif ont l'accord de leur famille. Notre étude manque de représentativité et subi possiblement des biais d'interprétation. Le profil des femmes prenant la contraception est celui de femmes ayant été en contact étroit avec le milieu médical suite à un accouchement. Les femmes ont le désir de contrôler leur fertilité et des consultations plus accessibles et orientées pourraient augmenter la couverture contraceptive. En contact direct avec la population, le médecin généraliste en dispensaire a un rôle essentiel dans la planification sur l'île, qui demande à être soutenu.

Abstract :

Mayotte is an island influenced by islam and african culture, where maternity is a source of recognition for women. It's now the first french maternity and its demography is all the more increasing due to illegal immigration from Comoros. Even though many prevention campaigns were launched, the modern contraception is still unused. The principal objective is to find the factors which influence the use of contraception, positively or negatively in Mayotte. It's an observational, comparative and multicentric study. An oral questionnaire has been realised on 217 women aged from 13 to 50, who were consulting the dispensary. Women who use contraception were compared to those who don't, according to different factors. 211 women were included. 88 used contraception and 123 didn't. Irregular sexual relationships 31%), the need for maternity (30%), and the fear of side effects (25%) seem to be the principal brakes. Only 14,6% blame the cultural context. Income, age, employment, time in Mayotte, CSSM affiliation, maternity, knowledge about planification methods, and access to health center have an impact on planification. 85% of women claim that their family agree with their choice. Our study lacks representativeness and is submitted to interpretation bias. Women who use contraception are those who have been close to medical staff after a delivery. Women want to control their fertility. It seems that the General practitioner could play a central role in planification on this island because he's close to the population. They trust the medical staff and an open talk could increase the use of contraceptives.

Mots clés : Contraception, femmes, planning familial, Mayotte, précarité
Key Words : Contraception, birth control, family planning, women, poverty, Mayotte island

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil : 133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 - France