



HAL
open science

État des lieux de la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse à Mayotte

Hadji Daniel Hamidou

► **To cite this version:**

Hadji Daniel Hamidou. État des lieux de la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse à Mayotte. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00746657

HAL Id: dumas-00746657

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00746657v1>

Submitted on 29 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
ROUEN**

ANNEE 2012

**THESE D'EXERCICE
POUR LE DOCTORAT
EN MEDECINE GÉNÉRALE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

M. Hadji Daniel HAMIDOU

Né le 03 Octobre 1980 à Versailles

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE MERCREDI 26 SEPTEMBRE 2012**

**ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE
DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
A MAYOTTE**

PRESIDENT DE JURY: Pr Eric VERSPYCK

MEMBRE DU JURY : Pr Nathalie RIVES

MEMBRE DU JURY : Pr Luc-Marie JOLY

DIRECTEUR DE THESE: Dr Sophie BELEC

**ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE
DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
A MAYOTTE**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner approbation ni improbation.

SOMMAIRE

1. RESUME

2. REMERCIEMENTS

3. TABLES DES ILLUSTRATIONS

4. TABLES DES ABREVIATIONS

5. INTRODUCTION

6. DEFINITIONS

7. IVG EN FRANCE ET DANS LE MONDE

7.1. La transition démographique en France

7.2. Quelques repères de démographie mondiale

7.3. Législations dans le monde

7.3.1 Avortement en Europe

7.3.2 Avortement en Orient

7.3.3 Avortement en Amérique

7.3.4 Avortement en Asie

7.3.5 Avortement en Afrique

7.4. Législation en France

7.4.1 Évolution législative depuis 1920

7.4.2 Dispositions législative actuelles sur l'IVG en France

7.4.3 Dispositions particulières

8. HISTORIQUE DE L'IVG A MAYOTTE

8.1. Présentation de Mayotte

8.1.1 Histoire de Mayotte

8.1.2 Contexte culturel et démographique à Mayotte

8.2. Le système de soins à Mayotte

8.2.1 Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM)

8.2.2 Le service d'orthogénie du CHM

8.2.3 Le secteur libéral

9. ETUDE LONGITUDINALE SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'IVG A MAYOTTE DE 1993 A 2011.

9.1. Matériel et Méthode

9.2. Résultats

9.2.1 Bilan d'activité générale de l'UFO à Mayotte de 2005 à 2011

9.2.2 Répartition du nombre des IVG et des naissances de 1993 à 2011.

9.2.3 Répartition des méthodes utilisées pour avorter à l'UFO de 2002 à 2009.

9.2.4 Répartition des femmes ayant avorté entre 2005 et 2009, par tranche d'âge

9.2.5 Répartition des femmes mineures ayant avorté entre 1999 et 2009, par âge

9.2.6 Répartition des termes des grossesses des femmes ayant avorté en 2007 et 2009

9.2.7 Répartition du nombre de récurrence d'IVG des patientes ayant avorté en 2005 et 2007

9.2.8 Répartition des IVG par mois de l'année de 2003 à 2009

9.3. Discussion

9.3.1. Bilan d'activité générale de l'UFO à Mayotte (2005-2011)

9.3.1.1 Evolution de la méthode médicamenteuse (2002-2009)

9.3.1.2 Evolution des IVG tardives (2005-2009)

9.3.1.3 Evolution de l'âge des patientes requérant une IVG (2005-2009)

9.3.1.4 Evolution du terme de grossesse des femmes requérant une IVG (2007/2009)

9.3.1.5 Evolution des récurrences d'IVG (2005/2007)

9.3.1.6 Evolution de la fréquence des IVG par mois de l'année (2003-2009)

10. CONCLUSION

11. BIBLIOGRAPHIE

12. ANNEXES

12.1. Rapport d'activité de l'unité fonctionnelle d'orthogénie de Mayotte 2010

12.2. Fiche d'accueil nouvelle grossesse du réseau périnatalité de Mayotte

12.3. Billet de compte rendu de prise en charge IVG pour suivi et archivage

12.4. Courrier de confirmation du désir d'IVG à Mayotte

12.5. Fiche du réseau actuel des acteurs autour de l'IVG à Mayotte

12.6. Protocole sur l'IVG médicamenteuse à Mayotte

12.7. Protocole sur l'IVG chirurgicale à Mayotte

12.8. Modèles de protocoles nationaux sur l'IVG médicamenteuse

12.9. Manifeste des 343

12.10. Histoire de Mayotte en quelques dates

12.11. Avortements suivant la région et le département de résidence de la femme

12.12. Tableaux de données tirées de l'INED

12.13. Tableaux de données sur des territoires d'Afrique

12.14. Densité de la population dans les départements français

12.15. Carte de Mayotte et de ses 5 secteurs sanitaires

13. SERMENT D'HYPPOCRATE

1. RÉSUMÉ

L'interruption volontaire de grossesse est une pratique courante dans les pays développés. Elle participe au contrôle des naissances et protège la bonne santé des femmes, quand elle est légalisée. Mayotte jouit d'une place particulière au sein de la République Française du fait de sa nouvelle départementalisation. Comment la mission de service publique garantissant l'accès à l'avortement est-elle assurée à Mayotte ?

Nous cherchons à rendre compte de l'évolution et de l'état de la prise en charge de l'avortement à Mayotte, par rapport à son contexte global. Au sein de l'Unité Fonctionnelle d'Orthogénie, depuis le premier octobre 1993 jusqu'au trente et un décembre 2011, nous avons observé différents facteurs à Mayotte. En effet, le taux d'avortement a décuplé en près de vingt ans. L'utilisation de la méthode médicamenteuse a été multipliée par 20 après son introduction sur l'île en 2002. La majorité des femmes avortent entre 18 et 25 ans, soit 44% d'entre elles entre 2005 et 2009. Les avortements se font en moyenne au terme de 10 semaines d'aménorrhée et les interruptions volontaires de grossesse tardives représentent 5% des avortements en 2007 et 2009. La part des femmes qui utilise l'avortement pour la première fois augmente plus que celle qui récidive en 2005 et 2007. Le pourcentage d'avortement moyen est plus élevé, à 10% en août, septembre et octobre entre 2003 et 2009.

La situation globale de Mayotte, qui est isolée au milieu de la pauvreté environnante, rend difficile le maintien d'un accès à l'interruption volontaire de grossesse avec une qualité optimale. L'évolution favorable des indicateurs de santé montre un travail efficace. L'évolution de l'activité au sein de l'Unité Fonctionnelle d'Orthogénie montre une bonne adaptation à la demande croissante, aidée par le secteur médical libéral, malgré la pénurie médicale et l'afflux migratoire qui influence la gestion du système de soins mahorais. Une nouvelle stratégie au niveau de l'organisation des soins est à prévoir pour poursuivre l'effort accompli. Elle implique une plus grande intégration et coopération de Mayotte, et donc de la France, dans la région de l'Océan Indien.

MOTS CLÉS: Avortement, Interruption Volontaire de Grossesse, Unité Fonctionnelle d'Orthogénie, Mayotte, Mortalité infantile, Mortalité maternelle, Contraception,

2. REMERCIEMENTS

Je profite de ce travail qui termine ma formation initiale, pour envoyer mes remerciements les plus chers,

A Monsieur le Professeur Eric VERSPYCK: je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Professeur Nathalie RIVES, vous avez accepté de juger ce travail et de vous y intéresser. Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY: je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Sophie BELEC pour avoir accepté de m'intégrer à l'équipe d'orthogénie pour me faire mieux apprécier l'accompagnement des femmes dans une épreuve aussi libératrice que dévastatrice. J'espère avec ce travail évoque au mieux le combat à poursuivre pour améliorer la liberté des femmes.

A Monsieur le Docteur François BORDET, figure emblématique dans ma vie, mon médecin de famille, merci de m'avoir appris que le cœur est à gauche.

A mes maîtres, particulièrement en médecine générale, Messieurs les Docteurs Pierre FAINSILBER, Emmanuel HAZARD, Alain MERCIER, François De GOLMARD, Bernard GIBEAUX, Patrick GARCES, et Jérôme WOLO, pour leur aide, dans le long compagnonnage pour ma formation.

A mes collègues du dispensaire de Mramadoudou à Mayotte, avec qui nous travaillons chaque jour à l'amélioration de la prise en charge de chaque patient en les accompagnant dans l'éducation vers l'autonomie. A Monsieur le Docteur Olivier MAILLARD pour son aide singulière.

A la Médecine qui prend beaucoup et qui donne en retour,

Je remercie tout particulièrement ma famille, sans qui je ne suis rien, mes amis, et mon amour.

Anne-Lise pour ton aide incommensurable, à tout point de vue,

Florian pour ton inspiration, cher compagnon de voyage avec Bruno,

Lorelei pour le chemin parcouru,

Vincent, Laure-Élodie, je sais que je pourrais toujours compter sur vous, faites de même.

3. TABLES DES ILLUSTRATIONS

Figure 1	Carte des types de législations sur l'avortement dans le monde en 2007.....	Page 05
Figure 2	Estimations mondiales et régionales de l'avortement.....	Page 07
Figure 3	Carte des îles de l'océan indien.....	Page 11
Figure 4	Tableau de données sur l'IVG à Mayotte de 2005 à 2011.....	Page 18
Figure 5	Tableau de répartition du nombre des IVG et des naissances de 1993 à 2011	Page 18
Figure 6	Histogramme de répartition du nombre des IVG et des naissances de 1993 à 2011.....	Page 19
Figure 7	Tableau de répartition des méthodes utilisés pour avorter à l'UFO de 2002 à 2009	Page 19
Figure 8	Histogramme de répartition des méthodes utilisés pour avorter à l'UFO de 2002 à 2009	Page 20
Figure 9	Tableau de répartition des femmes ayant avorté par tranche d'âge entre 2005 et 2009	Page 20
Figure 10	Histogramme de répartition des femmes ayant avorté par tranche d'âge entre 2005 et 2009	Page 21
Figure 11	Tableau de répartition des femmes mineures ayant avorté par âge entre 1999 et 2009.....	Page 21
Figure 12	Histogramme de répartition des femmes mineures ayant avorté entre 1999 et 2009, en pourcentage global	Page 22
Figure 13	Histogramme de répartition des femmes mineures ayant avorté entre 1999 et 2009, par âge	Page 22
Figure 14	Tableau de répartition des termes des grossesses des femmes ayant avorté en 2007 et 2009	Page 23
Figure 15	Histogramme de répartition des termes des grossesses des femmes ayant avorté en 2007 et 2009	Page 23
Figure 16	Tableau de répartition du nombre d'IVG antérieures des patientes ayant avorté en 2005 et 2007	Page 24
Figure 17	Histogramme de répartition du nombre d'IVG antérieure des patientes ayant avorté en 2005 et 2007.....	Page 24
Figure 18	Tableau de répartition des IVG par mois de l'année de 2003 à 2009, en effectifs absolus	Page 25
Figure 19	Tableau de répartition des IVG par mois de l'année de 2003 à 2009, en pourcentage	Page 25
Figure 20	Histogramme de répartition des IVG par mois de l'année, de 2003 à 2009 en pourcentage	Page 26
Figure 21	Histogramme de répartition des IVG par mois de l'année de 2003 à 2009 en moyenne	Page 26

4. TABLES DES ABREVIATIONS

ACSF :	Analyse des Comportements Sexuel en France
AGD:	Affection Grave et Durable
ANCIC:	Association nationale des centres IVG et de contraception
ARS-OI:	Agence Régionale de Santé Océan Indien
CD :	Collectivité Départementale
CEPF:	Centre d'Éducation et de Planification Familiale
CHM :	Centre Hospitalier de Mayotte
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIVG:	Centre d'Interruption volontaire de Grossesse
CNGOF :	Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français
CR :	Compte Rendu
CT :	Collectivité Territoriale
DOM :	Département d'Outre-Mer
INED :	Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
JORF:	Journal Officiel de la République Française
NB :	Nota Bene
ND :	Non Donné
ODM :	Objectif de développement du millénaire pour 2015 (Millennium Development Goals : MDG)
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PMSI :	Programme de Médicalisation des Soins Informatisés
RU :	Méthode médicamenteuse avec la molécule RU 486
SAE :	Statistique Administrative d'Etablissement
SOSM :	Schéma d'Organisation de Soins à Mayotte

TOM : Territoire d'Outre-Mer

UFO : Unité Fonctionnelle d'Orthogénie

5. INTRODUCTION

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou avortement provoqué consiste en l'expulsion provoquée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il ne soit viable¹, c'est-à-dire en principe avant 24 semaines de grossesse (150 jours de vie intra-utérine). L'avortement existe depuis les temps antiques mais selon le point de vue de la société, il est plus ou moins accessible aux femmes.

Dernièrement, on a pu observer une diminution de l'avortement dans le monde qui s'est interrompue depuis 2008, avec parallèlement une diminution de l'adoption des comportements de contraception². Ceci souligne la corrélation qui existe entre ces deux pratiques et la fragilité de l'équilibre qui amène à la maîtrise de la reproduction.

Actuellement dans le monde, il y a 1 avortement pour 3 naissances. La moitié n'est pas réalisé dans de bonnes conditions sanitaires. En Afrique où le taux d'avortement régional est le plus faible, il y a 1 avortement pour 5 naissances. Ils sont presque tous risqués. Selon les services de planning familiale, l'avortement médicalisé contribuera à atteindre l'Objectif de développement du Millénaire de 2015 en terme d'amélioration de la santé des femmes³. En effet depuis 2000 la diminution de la mortalité maternelle, des grossesses chez les adolescentes et du développement de l'adoption de contraception diminue moins vite qu'auparavant⁴.

En France, il y a trois sortes de structure qui prennent en charge l'IVG : les centre autonomes ou Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse (CIVG), les unités fonctionnant dans le cadre d'un service avec affectation de personnels et de locaux, et les activités IVG pratiqués par un service sans affectation de personnels ni locaux, malgré cela la consultation d'IVG est saturée⁵. En effet, ces dispositifs ont chacun le travers d'enfermer les médecins souvent jeunes, par désintéressement des médecins plus expérimentés, dans cette activité avec peu de possibilité d'accéder à d'autres pratiques médicales ne serait-ce qu'en orthogénie, jusqu'à arriver à un épuisement qui les conduit à quitter rapidement cette activité ou pire à maltraiter des femmes en souffrance⁶. Ainsi nous observons des retards de prise en charge qui sont faites en urgence et qui sont donc plus pénibles et lourdes pour les patientes. Cette situation conduit les patientes à se tourner vers le secteur privée où elle peuvent être mise devant un non choix au niveau thérapeutique.

Notre travail fait le point sur la pratique de l'IVG en France et dans quelques parties du monde. Il traite de l'historique de l'IVG en France, à Mayotte. Nous proposons une étude longitudinale à partir des données du centre d'orthogénie du centre hospitalier de Mayotte (CHM) depuis l'enregistrement de l'activité IVG en 1993, puis avec la création de l'unité fonctionnelle d'orthogénie (UFO) jusqu'à fin 2011. Ce qui nous amènera à voir les perspectives à suivre en matière de pratique de l'IVG à Mayotte. La situation géopolitique au milieu de l'Océan Indien, à coté de l'Afrique avec les Comores et Madagascar dont l'instabilité politique pousse les populations à l'émigration quand elle est possible et la situation culturelle et religieuse, Mayotte étant profondément musulmane, rend elle l'IVG plus difficile à réaliser à Mayotte? Et quelles en sont les conséquences sur Mayotte?

¹ Lourenço A. P., Reuse C. L'interruption de grossesse précoce : ce que le praticien doit savoir. Revue Médicale Suisse No 66

² Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816):625-632

³ Ibidem

⁴ ONU. The Millennium Development Goals Report 2012

⁵ CNGOF. L'allongement du délai de l'IVG : la seule réponse à une question sérieuse ?

⁶ Nisand I. L'IVG en France: Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes

6. DEFINITIONS:

Avortement spontané (ou fausse couche): arrêt du développement et/ou expulsion fœtale qui résultent d'un processus physiopathologique.

Contraception : infécondité volontaire dans le cadre d'une politique de régulation de la démographie par l'utilisation de méthodes anticonceptionnelles pour la prévention des naissances non désirés.

Densité de population : population au milieu de l'année divisée par la superficie du territoire en kilomètres carré.

Fécondité : aptitude d'un être humain à se reproduire

Indice synthétique de fécondité: somme de l'ensemble des taux de fécondité par âge pour une année donnée. Il indique le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde chaque femme d'une génération fictive pendant sa vie féconde (15-49 ans) avec les taux de fécondité par âge identiques à ceux observés l'année considérée.

Interruption Médicale de Grossesse : interruption de grossesse pour motif thérapeutique consiste à réaliser un avortement médical dans le but de sauvegarder la vie de la mère ou d'éviter la naissance d'un enfant ayant une maladie d'une extrême gravité non curable à l'accouchement. (ancien avortement thérapeutique)

Interruption Volontaire de Grossesse (IVG): ou avortement provoqué ; pratique maîtrisée et réglementée de l'expulsion d'une grossesse non désirée. L'IVG est un soin important pour une femme en détresse et s'inscrit dans une démarche de maîtrise de la démographie. Elle est ouverte à toute femme en souffrance de par sa grossesse.

IVG précoce: IVG avant 12 semaines d'aménorrhée

IVG tardive : IVG après 12 semaines d'aménorrhée.

Kwassa-kwassa : embarcation de pêche de fortune utilisée pour rejoindre Mayotte depuis les Comores de manière clandestine.

Mortalité : rapport entre le nombre de décès et l'effectif moyen de la population dans un lieu donné et pour une période déterminée.

Mortalité infantile: rapport entre le nombre de décès de nourrisson de moins de un an et de l'effectif moyen de la population dans un lieu donnée et pour une période déterminée.

Natalité : rapport entre le nombre d'enfants nés vivants et l'effectif de la population dans un lieu donné et pour une période déterminée.

Néo Malthusianisme : mouvement anglais animé par Francis PLACE au XIXème siècle,

prônant la libre satisfaction sexuelle en utilisant la contraception et l'avortement dans de bonnes conditions sanitaires afin d'obtenir la libéralisation des femmes.

Ceci contrairement à Malthus, pasteur anglican du XVIIème et XVIIIème siècles qui a publié un essai sur le Principe de population en 1798 dans lequel il préconise des obstacles preventifs, type abstinence, pour limiter la descendance afin de faire disparaître la misère étant donné la limite des ressources sur Terre.

Nuptialité : rapport entre le nombre de mariages d'une année et l'effectif moyen de la population.

Orthogénie: ensemble des méthodes médicales de planification familiale et de régulation des naissances appliquées au niveau du couple.

Taux de variation annuel : taux de croissance de la population est défini comme l'évolution moyenne annuelle de la taille d'une population durant une période donnée.

Transition démographique : passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à peu près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également.

7. IVG EN FRANCE ET DANS LE MONDE

7.1. Transition démographique en France

La France a été le premier pays européen à avoir opéré sa transition démographique⁷. Ce fut en effet, le premier pays dont la fécondité a baissé librement, et à long terme, puisqu'après 1870 la fécondité n'a plus dépassé 2,7 enfants par an et par femme en France. La baisse de la natalité est marquée par une diminution significative du nombre de familles nombreuses. Au sein des familles s'est transmis le désir de maîtrise de la reproduction, d'abord dans l'aristocratie et la bourgeoisie puis plus généralement. Le souhait d'abord de conservation du patrimoine puis d'ascension sociale a joué en premier lieu. La France a été néo-malthusienne et a adopté sans contraintes les méthodes plus ou moins secrètes permettant une réduction de la fécondité: le mariage retardé, les tabous sexuels, l'infanticide, l'avortement et la contraception même archaïque.

La population française est passée du deuxième au quatrième rang parmi les puissances mondiales de 1850 à 1870, avec une population évoluant de 35,8 à 38,5 millions d'habitants sous le Second Empire, à frontières égales, soit un peu plus de deux millions d'habitants en vingt ans, avant le conflit franco-prussien⁸.

Pendant ce temps l'Allemagne, à l'orée du conflit entre les deux nations, voyait sa population croître. Pour les hommes politiques de l'époque, la maxime du marquis de Vauban «la grandeur des rois se mesure au nombre de leurs sujets» prenait alors tout son sens. Elle a donné naissance au courant populationniste influencé en grande partie par l'église catholique. L'évolution de la pratique de l'avortement a été marquée par la lutte entre les personnalités revendiquant les idées du néo-malthusianisme et le courant populationniste patriotique qui a eu le devant de la scène.

Actuellement, la population française est composée de 65 350 181 habitants en 2012⁹. L'espérance de vie à la naissance a eu une grande augmentation depuis le XVIIIème siècle (27 ans), elle est de 78,1 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes en 2010. Le taux de nuptialité était de 5,1 pour mille (‰) en 1990, c'est à dire qu'environ dix habitants se mariaient sur mille, contre un taux à 3,9 ‰ en 2010. Le taux de natalité était de 13,4 ‰ en 1990, contre 12,7 en 2010. Le taux de mortalité est passé de 9,3 en 1990 à 8,6 en 2010 soit un taux de variation annuel stable à + 4,1 entre 1990 et 2010. La mortalité infantile est de 3,7 pour mille en France en 2009 et diminue encore¹⁰. Ainsi, la population a crû de 58 à 64 millions d'habitants entre 1990 et 2010, soit une augmentation de 6 millions de personnes en vingt ans (moins de 10% d'augmentation). La Seine maritime avec 202 habitants par km² en 2009, est le territoire avec la vingtième densité la plus importante¹¹. Pour information, les Pyrénées Atlantiques représentent avec 86 h/km², la médiane des départements français en terme de densité de population.

7.2. Quelques repères de démographie mondiale

La population actuelle est de 7 milliard dans le monde¹². La mortalité infantile est de un enfant qui meurt sur 22 par an en 2010 soit 6,2 millions de décès d'enfants de moins d'un an dans le monde. 45 % de ces décès ont lieu en Afrique qui a la plus grande mortalité infantile (79 pour mille

⁷ Minaudier J.P. Population et société de 1850 à 1914

⁸ Ibidem

⁹ Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil

¹⁰ Ined. La mortalité infantile en France

¹¹ cf annexe 12.14.

¹² Ined. Population mondiale

par an).

Autour de la région Océan Indien, la démographie est très variable en 2007 avec aux Comores le taux de mortalité infantile de 53‰ pour une population de 700000 habitants; à la Réunion 8‰ pour une population de 800000 habitants; à Madagascar 48‰ pour une population de 20 millions d'habitants; et au Kenya 52‰ pour une population de 40 millions d'habitants¹³.

La mortalité maternelle mondiale a été de 350000 femmes mortes pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum en 2008¹⁴. La majorité des décès maternels résultent d'hémorragies (25 %), d'infections accompagnant des accouchements ou d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions (respectivement 15 % et 13 %).

7.3. Législations dans le monde

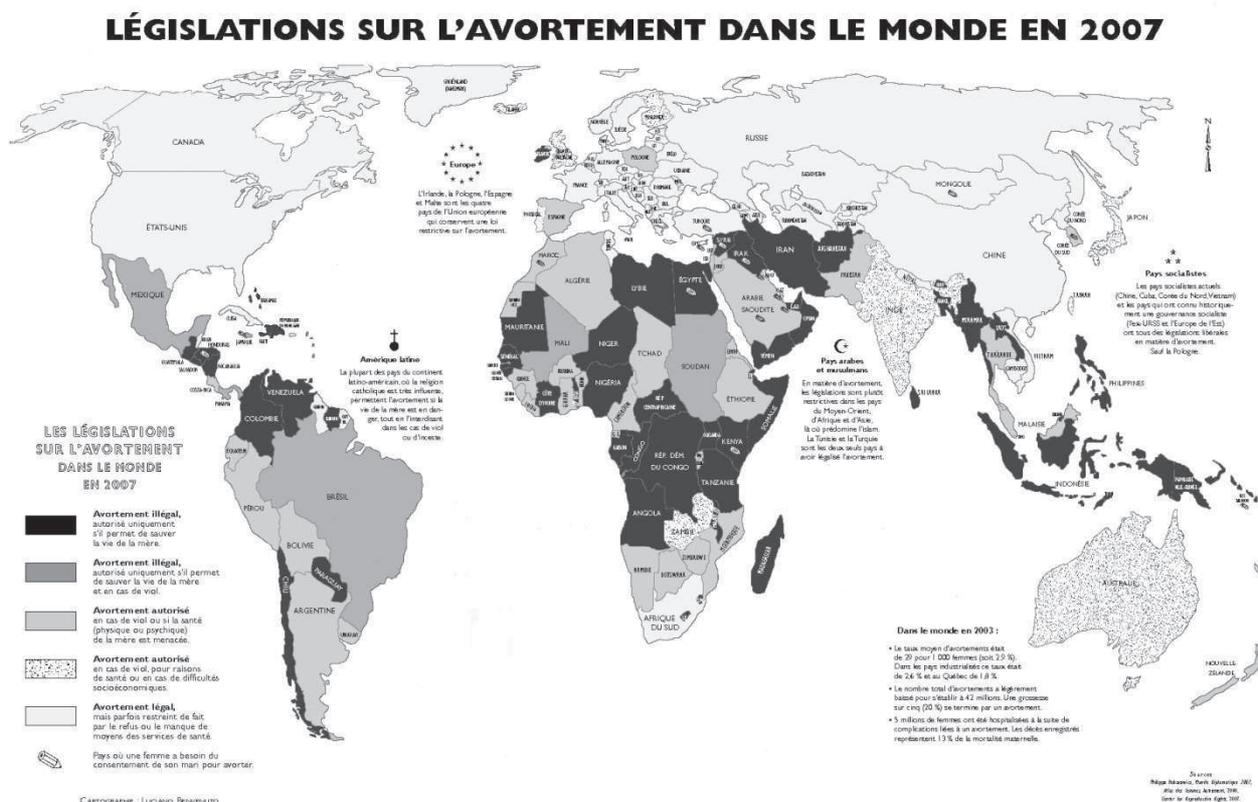


Figure 1: carte des types de législations sur l'avortement dans le monde en 2007

D'abord légalisée dans les pays soviétiques dans les années soixante, l'IVG y a atteint le taux record de deux avortements pour une naissance. Les pays développés ont suivi cette marche dans les années soixante-dix¹⁵.

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, un milliard d'avortements légaux ont eu lieu dans le monde dans les différents pays ayant légalisés cet acte.

¹³ cf annexe 12.13.1
¹⁴ Ined. La mortalité maternelle dans le monde
¹⁵ Avortement dans le monde pays par pays

Actuellement le nombre d'IVG dans le monde est d'environ 500 million par an.

En matière d'avortement médicamenteux, après la Chine et la France (en 1987 et 1988), la Grande Bretagne en 1990, la Suède en 1991, jusqu'au Etats-Unis en 2000 autorisent la mifépristone et permettent d'assurer l'utilisation de ce produit pour améliorer la prise en charge des femmes¹⁶.

7.3.1 Avortement en Europe

L'Europe est marqué par son histoire avec le christianisme qui reconnaît la vie humaine dès la conception et donc refuse l'avortement¹⁷. Cependant cette position varie en fonction des Eglises. Cette influence se retrouve dans la législation des différents pays européens. Par contre le parlement européen recommande aux états membres de légaliser l'avortement. Le nombre d'IVG est de 1,2 millions d'avortements par an en 2007. La grande majorité (77%) a lieu dans six pays: la France, le Royaume-Uni, la Roumanie, l'Allemagne et L'Espagne. Il existe encore 4 pays avec une législation restrictive dans l'Union Européenne: l'Irlande, la Pologne, l'Espagne et Malte. Les Irlandais sont en litige avec les instances européennes pour un vide juridique en ce qui concerne l'avortement, en particulier à propos d'un article constitutionnel adopté en 1983, qui protège la vie de l'embryon et de la femme. L'IVG est donc illégale en Irlande sauf si la mère est en danger de mort. En Pologne, librement accessible pendant 40 ans à l'époque soviétique, L'IVG a été interdite en 1997, sauf pour cause de viol et d'anomalie du fœtus, sous l'influence du Pape Jean-Paul II, d'origine polonaise. L'Espagne est très laxiste en matière d'application de la loi dans ce domaine, bien que la loi y soit stricte, on peut en pratique y faire largement et tardivement un avortement. Malte est le seul pays qui interdit complètement l'IVG¹⁸.

7.3.2 Avortement en Orient

Les législations sont strictes en terre musulmane, où seules la Tunisie et la Turquie ont légalisé l'IVG¹⁹. En fait, traditionnellement l'Islam autorise l'avortement de 40 à 120 jours, c'est à dire, d'après le Coran, du début de la formation des parties du corps et des organes à l'insufflation de l'esprit. L'avortement est également autorisé dans le cadre d'un avortement thérapeutique pour préserver la vie de la femme²⁰.

7.3.3 Avortement en Amérique

Sur le continent américain, au Canada, l'avortement est possible sur simple demande. En 2005, le nombre d'IVG provoquées au Canada est passé de 100 039, contre 96 815 en 2004.

Aux Etats-Unis l'arrêt de la Cour suprême américaine sur l'affaire Roe contre Wade en 1973 affirme la violation du XV amendement de la constitution américaine garantissant le droit au respect de la vie privée et a abrogé les lois interdisant l'avortement²¹. Depuis le taux d'IVG n'a cessé de baisser, malgré des disparités ethniques.

Au Chili, l'avortement est interdit quel que soit le cas. Ainsi, la pilule du lendemain a été interdite en 2008 car elle est abortive.

¹⁶ Faucher P. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Paris, De Boeck/Estem, 2011 (13)

¹⁷ La question bioéthique. Quel regard portent les différentes religions sur l'embryon humain ? (16)

¹⁸ Tuteleurope.eu. Comparatif : le droit à l'avortement dans les Etats membres (17)

¹⁹ Op. cit. p. 5

²⁰ Op. cit. p. 6

²¹ National avortion federation. Roe v. Wade (18)

7.3.4 Avortement en Asie

En Asie, l'IVG est autorisée et promue, voire même se fait sous la contrainte du fait de la politique de «l'enfant unique» en Chine, dans ce pays avec la population la plus nombreuse au monde. Selon les statistiques chinoises, il y aurait eu 13 millions d'avortements en 2009. Il y a une tendance à l'IVG sélective, privilégiant les garçons au détriment des filles et conduisant à un déséquilibre démographique majeur comme en Inde, au Pakistan ou au Vietnam²².

7.3.5 Avortement en Afrique

L'Afrique de Sud est le seul pays d'Afrique à avoir légalisé l'avortement. L'Afrique australe, dominée par l'Afrique du Sud où l'avortement est légal depuis 1997, présente le taux d'avortement le plus bas de toutes les sous-régions d'Afrique, à 15 pour mille en 2008. À extrême, l'Afrique de l'Est atteint un taux de 38 pour mille Aux îles Comores, le taux d'avortement atteint 17,6% en 2007 à L'Hôpital El Maarouf de Moroni, la capitale de l'Union des Comores, sur l'île de la grande Comore. Dans ce pays à confession majoritairement musulmane, ces chiffres sous estiment grandement cet acte interdit²³, qui est surtout pratiquée dans les cliniques privées.

NOMBRES ET TAUX

Estimations mondiales et régionales de l'avortement – 1995, 2003 et 2008

Région	Nbre d'avortements (en millions)			Taux d'avortement*		
	1995	2003	2008	1995	2003	2008
Monde	45,6	41,6	43,8	35	29	28
Pays développés	10,0	6,6	6,0	39	25	24
Hors Europe de l'Est	3,8	3,5	3,2	20	19	17
Pays en développement	35,5	35,0	37,8	34	29	29
Hors Chine	24,9	26,4	28,6	33	30	29
Afrique	5,0	5,6	6,4	33	29	29
Asie	26,8	25,9	27,3	33	29	28
Europe	7,7	4,3	4,2	48	28	27
Amérique latine	4,2	4,1	4,4	37	31	32
Amérique du Nord	1,5	1,5	1,4	22	21	19
Océanie	0,1	0,1	0,1	21	18	17

*Avortements pour mille femmes âgées de 15 à 44 ans.

Source: Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012 (à paraître).

Figure 3: Estimations mondiales et régionales de l'avortement²⁴

²² Op. cit. p. 5

²³ cf annexe 12.13

²⁴ Op. cit. p. 1

Dans le monde, de 1995 à 2008, on observait dans le monde un taux d'avortement moyen qui a baissé de 35 à 28 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Le nombre d'avortement dans le monde avait légèrement baissé à 42 millions en 2003 soit une grossesse sur cinq qui se termine par une IVG (Figure 3). Cinq millions de femmes ont été hospitalisées suite aux complications liées à un avortement en 2003. Les décès enregistrés représentent 13% de la mortalité maternelle. Environ la moitié des IVG dans le monde se font sans cadre médical et en majorité dans les pays en développement²⁵.

7.4. Législation en France

7.4.1 Évolution législative depuis 1920

L'encadrement législatif de l'IVG en France est issu d'un long cheminement. La Loi de 1920 puni tout acte en rapport avec l'avortement ainsi que toute propagande anticonceptionnelle, mais laisse en vente libre les préservatifs. L'apogée de ce mouvement sera la condamnation à mort de Marie-Louise Giraud en 1943 pour participation à une IVG²⁶. En France on voit la création du mouvement "Maternité heureuse" en 1956, puis en 1960 du Mouvement Français pour le Planning Familial.

En 1962, le Conseil de l'Ordre des Médecins créé par le régime de Vichy déclare que "Le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'appréciation des moyens anticonceptionnels ". En 1966, le conseil évoluera en disant « Le médecin n'a pas à s'en désintéresser [de la contraception] s'il veut favoriser la pleine santé et l'épanouissement des familles dont il est médicalement responsable »²⁷.

Ensuite en 1967, la loi Neuwirth constitue un premier pas vers un adoucissement de la loi envers la contraception en suspendant l'article 3 de la loi de 1920 qui portait sur l'interdiction de la diffusion de la contraception. Cependant la mobilisation des femmes reste très importante pour demander le droit à l'avortement en particulier avec la publication de l'appel des 343 salopes en 1971²⁸.

Après avoir vu le jour, la loi Veil provisoire en 1974 permet l'éclosion en 1979 de la loi Veil-Pelletier définitive, plus libérale sur la contraception et par là même sur l'avortement²⁹. L'article L162-1, issue de la Loi n°75-17 du 17 janvier 1975, instaure la possibilité pour la femme enceinte en situation de détresse de recourir à l'IVG avec l'aide d'un médecin si la grossesse est datée de moins de dix semaines de grossesse, soit douze semaines d'aménorrhée³⁰. Cet acte a été rapidement suivi d'effets car depuis la dépénalisation, la mortalité maternelle de l'avortement en France a baissé secondairement à sa médicalisation de 43 décès en 1972 à 7 en 1977³¹.

L'action de la loi est augmentée par celle de 1982, actant le remboursement de l'IVG sous le ministère Roudy avec la circulaire sur "l'obligation hospitalière" et la mise en place des Centres d'IVG (CIVG). Ainsi l'article L132-1 modifié par la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 donne la charge aux organismes d'assurance maladie d'assurer la prise en charge intégrale des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique. Le respect de

²⁵ Op. cit. p. 5

²⁶ Ferrand M. , Jaspard M. L'interruption volontaire de grossesse. « que sais-je », Paris, PUF, 1987 (10)

²⁷ Brozille P. Vichy l'avortement et l'opinion. Maîtrise d'histoire dirigée par Michelle Perrot, Université Paris VII, 1992 (11)

²⁸ cf annexe 12.9

²⁹ Hassoun D. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France. L'interruption de grossesse depuis la loi Veil. , Paris, Médecine-Sciences, Flammarion, 1997 (12)

³⁰ Parue au JORF du 18 janvier 1975 (cf site <<http://www.légifrance.fr>>)

³¹ Legrand J. L'avortement avant et après 1975

l'anonymat dans les procédures de prise en charge est protégé par un décret.

L'avortement médicamenteux est pratiqué depuis 1989 en France métropolitaine, augmentant ainsi le panel offert pour pouvoir réaliser un avortement de manière efficace et sûre. L'anti-hormone RU 486 du laboratoire Roussel-Uclaf a suscité un large intérêt quand les chercheurs ont découvert ses propriétés abortives. Ensuite appelée mifépristone ou Mifégyne®, elle a été développée grâce à l'appui du Professeur Beaulieu et de médecins du laboratoire, puis arrêtée³². Devant les freins au niveau politique (mouvement anti-avortement qui menaçait l'entreprise de boycott international) et de l'administration du laboratoire, l'intervention du ministre de la santé Monsieur Claude EVIN, en accord avec la loi, a contraint le laboratoire à revenir sur sa décision. L'autorisation de mise sur le marché a été accordée en 1988, faisant de la France le premier pays occidental à utiliser ce médicament (la Chine l'a précédé en 1987).

En 1993, la loi Neuwiertz réprimant "l'entrave à l'IVG" et permettant aux associations de se porter partie civile en cas d'envahissement des CIVG est instituée.

En 1995, Madame Veil établit un statut de contractuel pour les médecins pratiquant l'IVG.

En 2000, une campagne contraception est décidée au Ministère des Affaires sociales, avec la commercialisation de la contraception d'urgence et un décret de Madame Ségolène Royal sur sa distribution dans les établissements scolaires.

7.4.2 Dispositions législative actuelles sur l'IVG en France

L'ensemble des dernières dispositions régissant l'interruption de grossesse découle de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001³³. Ainsi l'article L2212-1 modifié stipule que la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée. Les dispositions suivantes sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie, selon la loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I. .

Conformément aux dispositions de la Convention européenne des droits de l'homme, la nouvelle nouvelle codification de la partie législative du Code de la santé publique, résultant de [l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000](#), les conditions spécifiques d'accès à l'interruption volontaire de grossesse antérieurement fixées pour les femmes étrangères (ancien article L.162.11 du Code de la santé publique), ont été supprimées donc la réalisation d'une interruption de grossesse concernant une femme étrangère n'est donc soumise à aucune condition de durée et de régularité de séjour en France.

L'article R2212-1 définit le cadre institutionnelle de la consultation psychologique pour une IVG qui doit se faire dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, soit dans un centre de planification ou d'éducation familiale, soit dans un organisme agréé.

L'article L2212-7 modifié donne le cadre juridique dans le cas d'une demande d'IVG par une mineur où trois cas de figure se distinguent : soit la femme est mineure non émancipée, et le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli (ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne) ; soit la femme mineure non émancipée désire garder le secret, et le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4. Soit la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, et

³² Op. cit. p. 6

³³ Parue au JORF du 7 juillet 2001

l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée (dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix). Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures. Les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte, ainsi que dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie en vertu de la Loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V, art. 19 I.

7.4.3 Dispositions particulières

L'article L5134-1 de la Loi 2001-588 modifié stipule que le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

En matière d'interruption médicale de grossesse (IMG), selon l'article R2213-1, lorsqu'une femme enceinte envisage de recourir à une interruption de grossesse au motif que la poursuite de sa grossesse met en péril grave sa santé, elle en fait la demande auprès d'un médecin spécialiste qualifié en gynécologie-obstétrique exerçant son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1.

L'avortement illégal est clairement identifié par opposition à l'interruption volontaire de grossesse avec l'article L2222-4 issu de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001. L'application de cette disposition à Mayotte est secondaire à la promulgation de la loi 2001-588. Il est d'ailleurs interdit aux fabricants et négociants en appareils gynécologiques de vendre des dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse à des personnes n'appartenant pas au corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession de vendre des appareils chirurgicaux. Les présentes dispositions sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte en vertu de la loi 2001-588 2001-07-04 art. 18 V.

8. HISTORIQUE DE L'IVG A MAYOTTE:

8.1. Présentation de Mayotte

Mayotte est le 101ème département français depuis le 31 mars 2011, situé dans le canal du Mozambique. Elle fait partie de l'archipel des Comores.



Figure 5: Carte des îles de l'Océan Indien³⁴

8.1.1 Histoire de Mayotte

A l'embouchure nord du canal Mozambique et de l'océan indien, Mayotte s'est trouvée par sa situation géographique à la rencontre de plusieurs civilisations, depuis le début de son peuplement au IX siècle³⁵.

Le commerce régional est très important jusqu'au XIII siècle.

Le croisement du monde Bantou de l'Est Africain, de l'Islam de Perse et de la péninsule arabique donne naissance à la civilisation swahili qui influence l'archipel des Comores (du mot arabe: «Karma», îles de la lune) de manière très importante.

Les vagues européennes arrivent en quête de routes nouvelles vers les Indes à partir du XV siècle. La découverte de l'archipel de la lune (archipel des Comores) va leur offrir un port de ravitaillement.

Au XVIIIème siècle, Mayotte connaît des razzias malgaches et devient un lieu de négoce

³⁴ Groupe caisse des impôts. Signature d'une convention à Mayotte. Rénovation urbaine

³⁵ Insee. Évolution de la population des communes de Mayotte de 1997 à 2007

dans la traite des noirs.

En 1841, le sultan Andriansouli cherche à assoir sa suprématie contre les guerres des sultans des Comores, avec l'aide de la France, ce qui amorce l'histoire de Mayotte française. L'appui au sultan est une aubaine pour la France, qui cherche un nouveau point d'ancrage dans l'Océan Indien, suite à la perte de l'île de France (île Maurice) sous Napoléon en 1814. Ainsi, la cession de l'île intervient rapidement (13 juin 1843). C'est le début de la colonisation française.

Pendant le Second Empire, Mayotte devient une société de plantation et connaît une immigration importante.

C'est au cours de l'année 1886 que le gouverneur de Mayotte prend autorité sur le protectorat des autres îles de l'archipel des Comores, qui avait eu lieu parallèlement.

De 1912 à 1946, l'ensemble comorien fait partie intégrante de la colonie « Madagascar et Dépendances » qui deviendra Territoire d'Outre-Mer (TOM) par la suite.

A la fin de l'année 1974, la consultation par l'état français des populations des Comores sur l'indépendance est interprétée île par île, contre les lois internationales. Ainsi naît le 31 décembre 1975 la République des Comores, formée de trois îles: Ngazidja (en langue comorienne) ou Grande Comore (en français), Nzuani ou Anjouan et Mwali ou Mohéli. Cet état deviendra l'Union des Comores en 2001, après des décennies d'instabilité politique entretenue par la France, par l'intermédiaire en particulier du mercenaire Bob Denard³⁶. Mais Mayotte (Maoré en comorien) refuse l'indépendance à 63,8%, sous l'influence des hommes politiques locaux et des populations de l'île, la volonté d'un maintien sous le giron tricolore est favorisée par la France qui entend maintenir une position stratégique, lui permettant de contrôler cette région où passe deux tiers du pétrole importé du Moyen-Orient. En effet, Mayotte était en perte d'influence au sein des Comores, démographiquement et surtout politiquement après avoir perdu la centralité administrative avec le passage de la capitale de Dzaoudzi (capitale de Mayotte d'alors) à Moroni (capitale de Ngazidja, île la plus peuplée des Comores).

En 1976, une nouvelle consultation de la population de Mayotte confirme à une écrasante majorité (99,4%) la volonté de rester dans la France. Elle obtient le statut de Collectivité Territoriale (CT) à caractère départemental. La poursuite de ce processus législatif a pour but de parfaire l'intégration de l'île avec la France et ainsi la séparation d'avec l'entité des Comores. Elle est marquée par quelques dates importantes:

-Loi du 22 décembre 1979 : stipule que «l'île de Mayotte fait partie de la République Française et ne peut cesser d'y appartenir sans le consentement de sa population».

-Loi du 11 juillet 2001 : donne le statut de Collectivité Départementale (CD), réaffirmant l'appartenance de Mayotte à la République française et fixe les étapes de la décentralisation (selon la loi de décentralisation du 2 mars 1982) conférant essentiellement le pouvoir exécutif du Préfet au Président du Conseil Général.

-Loi constitutionnelle du 28 mars 2003: inscrit dans la constitution l'article 72-3 « La République reconnaît, au sein du peuple français les populations d'outre-mer, dans un idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité».

-Le 31 mars 2011: Mayotte devient le 101ème département de la République française.

C'est un département d'outre-mer (DOM) à assemblée unique (conseil général), suite à la consultation référendaire statutaire de la population du 29 mars 2009 approuvée à 95,2 %.

8.1.2 Contexte culturel et démographique à Mayotte

³⁶ Caminade P. Comores-Mayotte : une histoire néocoloniale. Paris, Survie, éditions Agone, Dossier noir n°19, 2010

Cette appartenance géographique à l'archipel des Comores³⁷ influence la culture de l'île ainsi que la religion. Musulmane en grande partie, le culte y est très respecté, notamment durant le Ramadan. Les traditions (danses traditionnelles, mariages, cérémonies, costumes traditionnels, musique, ...) sont très similaires à celles des îles voisines.

L'accession à l'indépendance d'une partie de l'archipel n'a pas interrompu les mouvements traditionnels de population entre les îles. Cette immigration a longtemps répondu aux besoins de travailleurs saisonniers et aux échanges commerciaux, culturels, voire familiaux, mais elle se développe en même temps que se creusent les différences économiques entre les îles.

D'après l'article L111-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, sont considérées comme étrangers les personnes qui n'ont pas la nationalité française³⁸. Depuis 1995, un visa d'entrée (communément appelé visa Balladur) est exigé pour entrer à Mayotte, ce qui paradoxalement a favorisé de façon importante l'immigration clandestine. Les immigrés comoriens au lieu de transit seulement à Mayotte ; Ils s'installent, fondent une famille, scolarisent leurs enfants et se font soigner. Par exemple, le poids des étrangers dans le système de soins mahorais est estimé à 40-50% (CHM et dispensaires), voire 70% dans les maternités.

La population de nationalité française stagne alors que la population étrangère a presque doublé entre 1997 et 2002. En 2005 plus de 55.000 étrangers vivent à Mayotte, soit une personne sur trois, et 96% d'entre eux sont comoriens. Beaucoup sont en situation irrégulière. D'ailleurs, la préfecture de Mayotte a délivré moins de 10.000 permis de séjour en cours de validité en 2002³⁹.

La difficulté à obtenir un visa Balladur pour pouvoir se faire soigner sur l'île française, mais surtout pour chercher à mieux vivre, pousse les comoriens à prendre de petites embarcations de pêche surchargées de passagers clandestins (« les Kwassa Kwassa ») pour faire la traversée entre Anjouan et Mayotte (environ 70 kms, où ont coulé des milliers de victimes)

A l'inverse, l'émigration est faible. Ainsi, Maoré comptait 105000 habitants en 2002 (dont 34% de comoriens), et 186000 habitants en 2007 (dont 41% de comoriens), soit un taux de variation annuel moyen d'environ 4% sur cette période⁴⁰. La population est jeune: l'âge moyen de la population est en effet de 22 ans, 54% des habitants ont moins de 20 ans, et seulement 4% ont plus de 60 ans (contre plus de 20% en métropole). Le taux de mortalité est de 7,36‰ contre 5,49‰ en métropole. Malgré cette situation, la mortalité infantile sur l'île a chuté grâce à l'investissement de l'Etat de 65,9‰ à 16,2‰ de 2003 à 2011⁴¹. L'espérance de vie a progressé de 60,7 à 76,8 ans de 2003 à 2011⁴². Mayotte a une densité de population de 511 habitants par km² (habitants/km², en 2007) soit 186452 habitants pour une superficie de 374 km², comparable avec celle du département du Rhône, de 523 habitants/km² en 2009.

8.2. Le système de soins à Mayotte

Le Schéma d'Organisation de la Santé à Mayotte (SOSM 2005-2010) a permis de mettre en exergue les spécificités de l'état sanitaire à Mayotte.

Mayotte se distingue par l'accroissement très rapide de sa population amplifié par le poids de l'immigration irrégulière et d'un niveau de vie encore bien en-deçà des moyennes nationales. En effet la population de l'île a été multipliée par 4 depuis 30 ans, pour atteindre 186000 habitants au recensement du 31 juillet 2007, soit une densité de 511 habitants/km² (métropole: 112

³⁷ République Française. Compte-rendu d'une mission effectuée du 8 au 18 septembre 2005 par une délégation chargée d'étudier la situation sociale à la Réunion et à Mayotte

³⁸ Ordonnance 2004-1248 parue le 25 novembre 2004

³⁹ Op. cit. p. 13

⁴⁰ Op. cit. p. 11

⁴¹ Ined. La mortalité infantile en France

⁴² Index mundi. Espérance de vie à Mayotte

habitants/km²). Par ailleurs, un cinquième de la population vit sous le seuil de pauvreté «local».

Les dépenses de santé par habitant sont relativement faibles, quatre fois inférieures à la métropole l'état actuel. En 2006, la dépense de santé par habitant à Mayotte est de 600 euros, contre 3471 euros pour la France métropolitaine⁴³.

Le système de soins est spécifique, marqué à la fois par un déficit humain et capacitaire de l'offre de soins, une médecine de ville et libérale embryonnaire, des activités d'éducation à la santé et de prévention essentielles à la viabilité du système, des usagers très attachés à la notion de proximité et une attractivité très forte pour les îles voisines.

La sécurité sociale à Mayotte est instituée par le décret d'application de l'ordonnance n°2004-688 du 12 juillet 2004⁴⁴. Elle a ainsi fait éclore la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Elle prend en charge les patients affiliés à 100% à l'hôpital, et selon les modalités générales dans le secteur libéral. Les non-affiliés doivent payer un droit d'entrée de 10 euros qui leur permet d'avoir accès à la consultation médicale, aux traitements de la pharmacie, aux examens complémentaires simples (biologie et radiologie) et au suivi pendant 7 jours. Ce système est donc avantageux pour le patient, mais les moyens de la population sont souvent limités et dans le cadre d'Affection Grave et Durable (AGD) défini par le médecin, celui-ci peut remettre un bon de papier qui exempte le patient de payer pour le soin du jour. Auparavant le secteur hospitalier prenait les patients en charge à 100% d'où qu'il vienne.

8.2.1 Le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM)

Le Centre Hospitalier de Mayotte existe depuis l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996⁴⁵. D'abord sous l'égide de l'agence régionale de l'hospitalisation de la Réunion, il est actuellement piloté par l'Agence Régionale de Santé de l'Océan Indien (ARS-OI) depuis le 1er avril 2010. L'ARS-OI est chargé de mettre en œuvre la politique de santé nationale, dans ce territoire particulier, en application de la loi «Hôpital, patients, santé et territoire» du 23 juin 2009⁴⁶.

Au sein du contexte sanitaire atypique de Mayotte, le CHM occupe lui-même une place originale et connaît une évolution sans doute unique du fait de son essor, avec un budget et des personnels qui ont plus que triplé en 4 ans. Toutefois, l'ensemble des ratios (densité médicale, lits d'hospitalisation / habitants...) sont encore bien en-deçà des standards nationaux, malgré des efforts considérables des dernières années. Les mutations connues ces derniers mois, sous l'effet notamment des intégrations successives (maternités rurales, dispensaires...), ont amené à repenser les organisations dans un contexte législatif et réglementaire dont l'évolution est particulièrement rapide.

Le CHM comprend le site de Mamoudzou (Grande Terre), une antenne à Dzaoudzi (Petite Terre), des dispensaires en périphérie, et se divise ainsi:

- Un service d'urgence (14 lits, 4 box d'accueil)
- Un service d'hospitalisation de médecine et de consultations externes (27 lits)
- Un service d'hospitalisation de médecine à Dzaoudzi (14 lits)
- Un service de réanimation polyvalente (14 lits)
- Un service d'hospitalisation de pédiatrie
- Un service d'hospitalisation de chirurgie (34 lits)

⁴³ Allain K., Magnin K. La santé à Mayotte: particularité du système de soins et de l'exercice de la médecine générale. 2010

⁴⁴ Parue au JORF le 13 juillet 2004

⁴⁵ ARS-OI, Schéma Régional d'Organisation des Soins de Mayotte, 2005-2010

⁴⁶ Ibidem

- Un service de gynécologie-obstétrique et UFO (58 lits)
- Un service d'hospitalisation de psychiatrie (6 lits)
- Un service de radiologie
- Un laboratoire et pharmacie centrale
- Trois cabinets dentaires
- Quatre centres de référence (Nord, Centre, Sud, Petite Terre) et treize dispensaires périphériques répartis sur tout le département (Petite Terre et Grande Terre).

8.2.2 L'unité fonctionnelle d'orthogénie du CHM

Avant la création de l'Unité Fonctionnelle d'Orthogénie (UFO), l'activité d'IVG était réalisée par les gynécologues obstétriciens du service de maternité du CHM dans le cadre de l'urgence et donc avec un confort très relatif pour les patientes. La restructuration du CHM en 2004 a permis la mise en place de l'UFO. La responsable actuelle, médecin généraliste initialement au sein de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), a été recrutée pour prendre en charge l'unité.

En coopération avec le service de maternité et gynécologie-obstétrique, du chef de service et chef du pôle mère-enfant du CHM du Dr MADI Abdou, Madame le Dr BELEC Sophie est responsable de l'UFO et de la mise en place d'unité de diagnostic anténatal. Elle travaille avec le Dr LEPEYRE, le vendredi, le Dr COMBO YACOUT le jeudi, et le Dr SEMERIA qui assure deux jours par semaine. Par convention avec l'UFO, certains médecins généralistes sont habilités à pratiquer des IVG médicamenteuses en dehors du CHM: certains exercent en libéral (deux dans le sud de l'île, et trois à Mamoudzou), et les autres en centres de référence (un médecin à Dzomougné au Nord, deux médecins à Mramadoudou au Sud).

En premier lieu chirurgicale (en particulier par aspiration), l'IVG a été d'abord pratiquée par les gynécologues puis par les médecins généralistes de l'UFO. Avec les données disponibles, de janvier à août 2011, l'activité du bloc opératoire du CHM comporte environ 5% d'IVG instrumentales⁴⁷. Malgré le passage de douze à quatorze semaine d'aménorrhée en 2001, cette activité a beaucoup diminué depuis l'apparition de la mifépristone à Mayotte en 2002. Ainsi après la levée des blocages administratifs avec la pharmacie, les médecins généralistes ont pu proposer aux femmes l'IVG médicamenteuse à partir de 2002.

Mayotte, avec 1260 IVG pour 6700 naissances vivantes, atteint un taux de 18,8 IVG pour 100 naissances vivantes en 2002⁴⁸ contre les Pyrénées Atlantiques qui ont un taux d'avortement de 20,2 d'IVG pour 100 naissances.

D'après l'expérience du responsable de l'UFO, les raisons de l'avortement à Mayotte sont multiples et se caractérisent par des erreurs de contraception fréquentes (en particulier choix de l'allaitement exclusif ou de la méthode du retrait comme moyen contraceptif), des erreurs dans la prise de pilule et au niveau de la pose de l'implant sous-cutané (vérification de l'absence de grossesse mal réalisée, ou absence de précaution au départ). Malgré la sexualité qui débute plus jeune qu'en métropole du fait des traditions musulmanes⁴⁹ sur les îles de la lune [polygamie⁵⁰; mariage jeune, jusqu'à 12 ans encore pour les filles, à l'arrivée du responsable de l'UFO sur Mayotte en 1992], il y a peu de communication entre les générations autour du tabou sexuel. La polygamie a son pendant chez les femmes qui peuvent avoir plusieurs partenaires et qui ne savent donc pas

⁴⁷ cf annexe 13.1.

⁴⁸ cf annexe 12.13.

⁴⁹ Blanchy S. La vie quotidienne à Mayotte

⁵⁰ Malango. La polygamie à Mayotte

forcément qui est le père⁵¹, d'où certains autres avortements. La misère pousse certaines à entrer dans des arrangements vivriers, entre la polygamie et la prostitution, où la femme est relativement entretenue contre des relations sexuelles. L'inceste et le viol ne sont pas absents, souvent du fait de la famille ou de proches⁵² et les accords entre familles pour cacher les faits à la société sous couvert d'un mariage peuvent coûter cher, de l'ordre de deux zébus (vaches locales à 4000 euros l'unité). Ceci explique la faible judiciarisation de ces événements. Certaines familles veulent garder l'enfant contre l'avis de la femme, ce qui complique la prise en charge. Les grandes multipares commencent à vouloir limiter leur progéniture, ce qui constitue sûrement le début d'un passage à la transition démographique sur le territoire de Mayotte.

De plus, l'IVG dans ce département est marquée par une grande proportion d'étrangères ayant recours au soin sur le territoire alors qu'elles peuvent avoir accouché à l'étranger, en particulier les comoriennes⁵³.

Les mahoraises utilisent des méthodes médicinales pour les avortements illicites comme des décoctions de coca et d'aspirine. La responsable de l'UFO n'a vu qu'un essai d'avortement mécanique avec un bout de bambou, alors qu'en métropole l'avortement à l'aiguille à coudre est un classique⁵⁴.

La prise en charge de l'avortement fonctionne bien à l'UFO parce qu'avec l'absence de rendez-vous les femmes sont assurées d'être reçues dès la découverte de la grossesse. De plus, le tabou mahorais qui consiste à cacher sa grossesse avant 4 mois⁵⁵ laisse le temps de gérer celle non désirée.

8.2.3 Le secteur libéral

Le nombre de médecins installés est peu élevé: 19 médecins généralistes, 2 radiologues, 1 gynécologue, 1 pneumologue, 1 psychiatre et 1 cardiologue. Ce nombre stagne, en raison de la surcharge de travail et des problèmes d'accès aux soins des patients, ce malgré des stratégies de recrutement de médecins libéraux par l'Assurance Maladie («kit d'installation»).

Cinq médecins généralistes sont conventionnés avec le CHM pour pratiquer des IVG médicamenteuses au cabinet depuis 2006.

⁵¹ Belec S. Un traducteur pour un consentement éclairé à Mayotte

⁵² Bajos N., Bozon M. Les agressions sexuelles en France. résignation, réprobation, révolte. Enquête sur la sexualité en France

⁵³ cf annexe 12.12.9

⁵⁴ Decors M. La faiseuse d'anges et l'évolution des pratiques d'avortement

⁵⁵ Op. cit. p. 16

9. ETUDE LONGITUDINALE SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'IVG A MAYOTTE DE 1993 A 2011

Il s'agit de faire une étude longitudinale caractérisant l'évolution de la prise en charge de l'IVG à Mayotte depuis la prise de fonction de la responsable de l'activité IVG en octobre 1993 et jusqu'au fonctionnement de l'UFO actuelle.

9.1. Matériel, méthode et biais

Le recueil des données de l'unité fonctionnelle d'orthogénie du CHM pendant la période du 1er octobre 1993 au 31 décembre 2011 a été descriptif en voulant s'intéresser à plusieurs aspects de l'activité de l'UFO :

- caractériser les patientes requérant le soin IVG en terme d'âge,
- mesurer la fréquence des méthodes utilisées, les structures et les opérateurs utilisés,
- le terme au cours duquel les patientes ont requis l'IVG,
- le nombre de récurrence d'IVG que les patientes pouvaient avoir eu avant un acte,
- la fréquence des IVG à Mayotte, chaque mois de l'année.

L'étude est rétrospective, avec l'analyse des bulletins statistiques de l'UFO. De plus à Mayotte, il existe des billets compte-rendu laissés dans les carnets de santé des patientes qui constituent un système de retour d'information pour l'UFO; ce qui permet de s'enquérir de l'évolution du suivi de la patiente jusqu'à la délivrance de la contraception⁵⁶, et permettant l'archivage des données, dans le service. Les statistiques annuelles d'établissements (SAE), et les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) n'ont pas été utilisées⁵⁷.

Les biais de recrutement sont dus aux accidents qui ont pu arriver dans l'unité empêchant le recueil des données, et au manque de personnel qualifié pour poursuivre ce travail en intermédiaire. Ceci explique une perte de donnée notamment en 2010 (figure 4).

⁵⁶ cf annexe 12.3

⁵⁷ Rossier C. Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002

9.2. Résultats

9.2.1 Bilan d'activité générale de l'UFO à Mayotte de 2005 à 2011

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre IVG instrumentale	704	662	749	719	627		462
Nombre IVG médicamenteuse	951	986	656	1021	1108		1207
Total IVG à Mayotte	1666	1648	1531	1740	1735		1669
Dossiers traités par l'UFO	2196	1708	1667	1652	1747		1469
Nombre de naissances à Mayotte	7628	7799	7941	7617	7518	7226	6776
IVG pour 100 naissances vivantes	21,8	21,1	19	22,8	23		24,6

Figure 4: Tableau de données sur l'IVG à Mayotte de 2005 à 2011

9.2.2 Répartition du nombre des IVG et des naissances de 1993 à 2011.

Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre d'IVG	174	247	344	353	426	511	750	909	1066	1260	1494	1587	1666	1648	1531	1740	1735		1669
Naissances	4551	4751	5142	5342	5346	5200	6206	6579	6587	6700	7230	7660	7628	7799	7941	7617	7518	7226	6776
Taux d'avortement pour 100 naissances	3,8	5,2	6,7	6,6	8	9,8	12	13,9	16,2	18,8	20,6	20,7	21,8	21,3	19	22,8	23		24,6

Figure 5: Tableau de répartition du nombre des IVG et des naissances de 1993 à 2011

Répartition des IVG et des naissances de 1993 à 2011

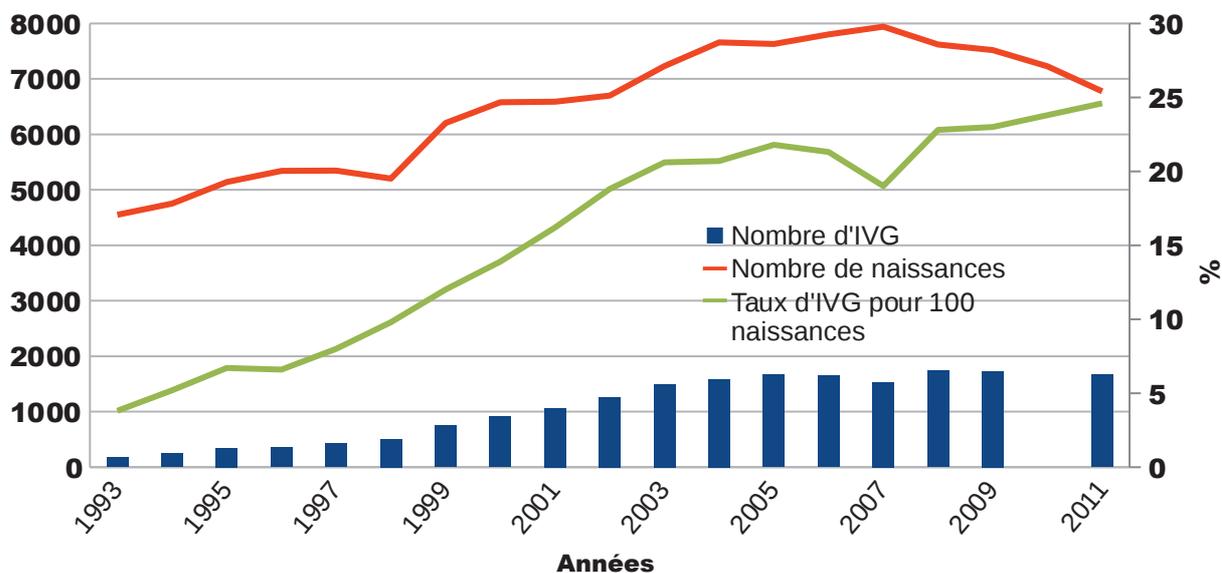


Figure 6: Histogramme de répartition du nombre des IVG et des naissances de 1993 à 2011

9.2.3 Répartition des méthodes utilisées pour avorter à l'UFO de 2002 à 2009.

Méthodes	médicamenteuse	Instrumentale	Instrumentale après 12 SA	Total par an (=100%)
2002	36 (2,9%)			1260
2003	293 (19,6%)			1494
2004	634 (39,9%)			1587
2005	951 (57,1%)	614 (36,9%)	101(6,1%)	1666
2006	986 (59,8%)	528 (32%)	134 (8,1%)	1648
2007	782 (51,1%)	612 (40%)	137 (8,9%)	1531
2008	1021 (58,2%)	582 (33,4%)	137 (7,9%)	1740
2009	1108 (63,9%)	523 (30,1%)	104 (6%)	1735

Figure 7: Tableau de répartition des méthodes utilisées pour avorter à l'UFO de 2002 à 2009

Répartition des méthodes d'avortement

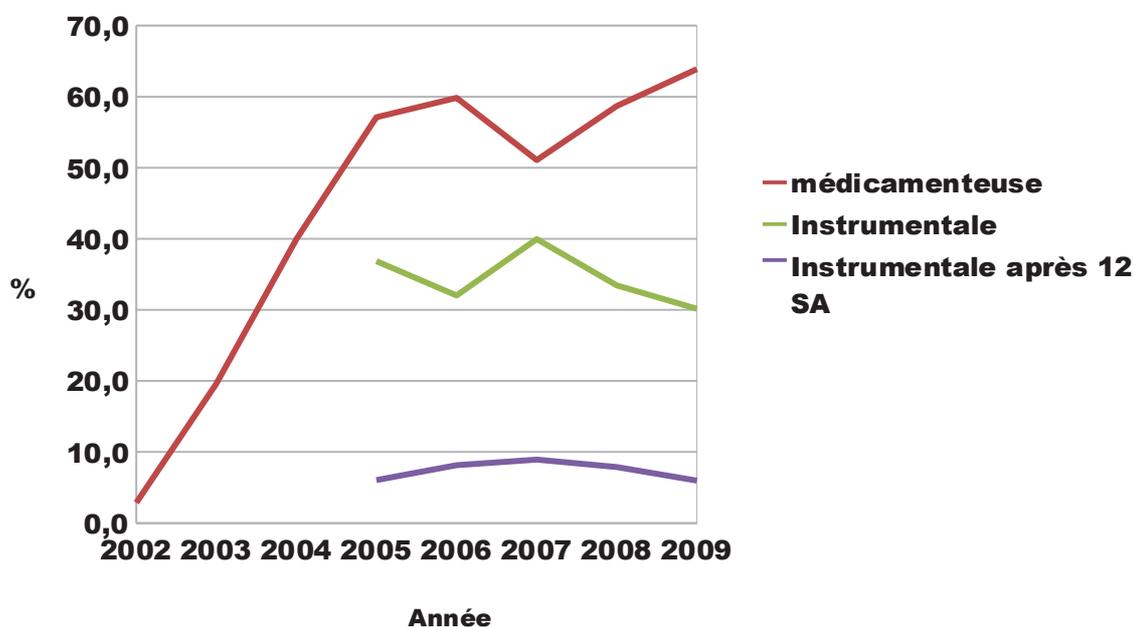


Figure 8: Histogramme de répartition des méthodes utilisées pour avorter à l'UFO de 2002 à 2009

9.2.4 Répartition des femmes ayant avorté entre 2005 et 2009, par tranche d'âge

Années	Âge					Total (=100%)
	11 – 17	18 – 25	26 – 35	36 – 45	> 45	
2005	106 (6,2%)	757 (44,3%)	508 (29,8%)	334 (19,6%)	2 (0,1%)	1707
2006	203 (13,4%)	698 (46%)	513 (33,8%)	101 (6,7%)	2 (0,1%)	1517
2007	186 (12,7%)	686 (47%)	474 (32,5%)	104 (7,1%)	9 (0,6%)	1459
2008*						
2009	225 (13,8%)	715 (43,8%)	576 (35,3%)	111 (6,8%)	4 (0,2%)	1631

Figure 9: Tableau de répartition des femmes ayant avorté entre 2005 et 2009, par tranche d'âge

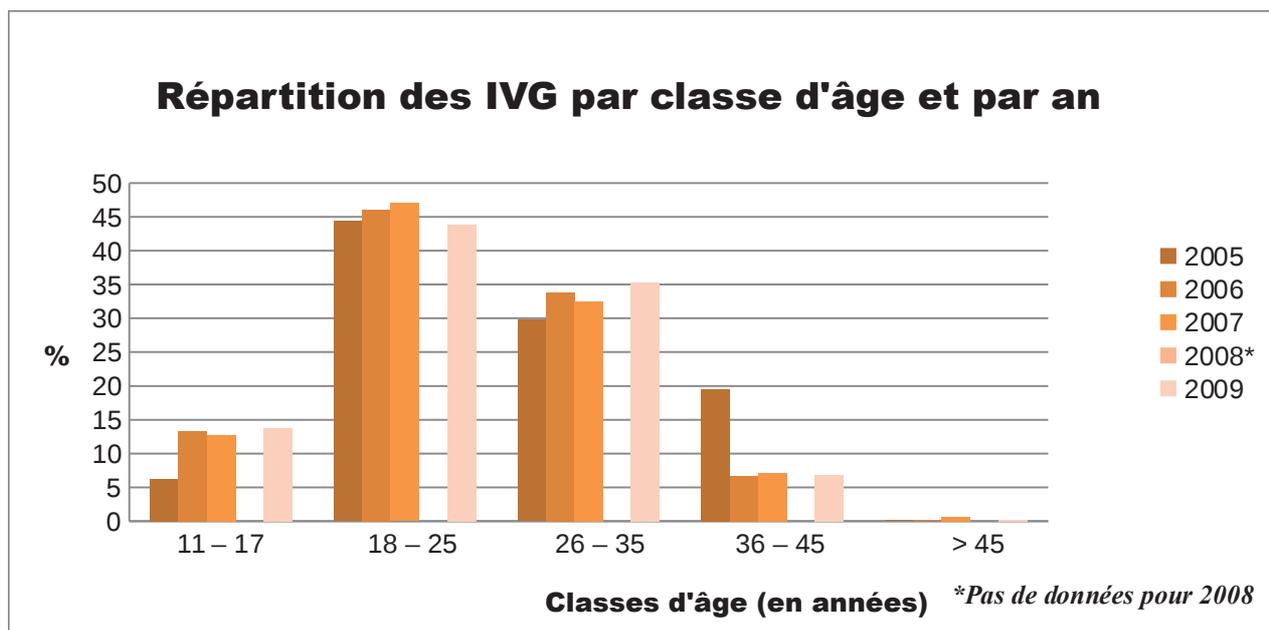


Figure 10: Histogramme de répartition des femmes ayant avorté entre 2005 et 2009, par tranche d'âge

9.2.5 Répartition des femmes mineures ayant avorté entre 1999 et 2009, par âge

Année	Effectif par âge							Total	Pourcentage	Nombre d'IVG année
	11	12	13	14	15	16	17			
1999		1	7	17	28	48	64	167	22%	750
2000		5	11	14	23	48	74	175	19%	909
2001		6	13	14	47	68	88	236	22%	1066
2002		3	5	19	43	53	61	184	15%	1260
2003								161	11%	1494
2004								208	13%	1587
2005										1666
2006		2	12	25	46	52	66	203	12%	1648
2007	3	2	7	20	39	56	59	186	12%	1531
2008										1740
2009	0	7	9	27	30	67	85	225	13%	1735

Figure 11: Tableau de répartition des femmes mineures ayant avorté entre 1999 et 2009, par âge

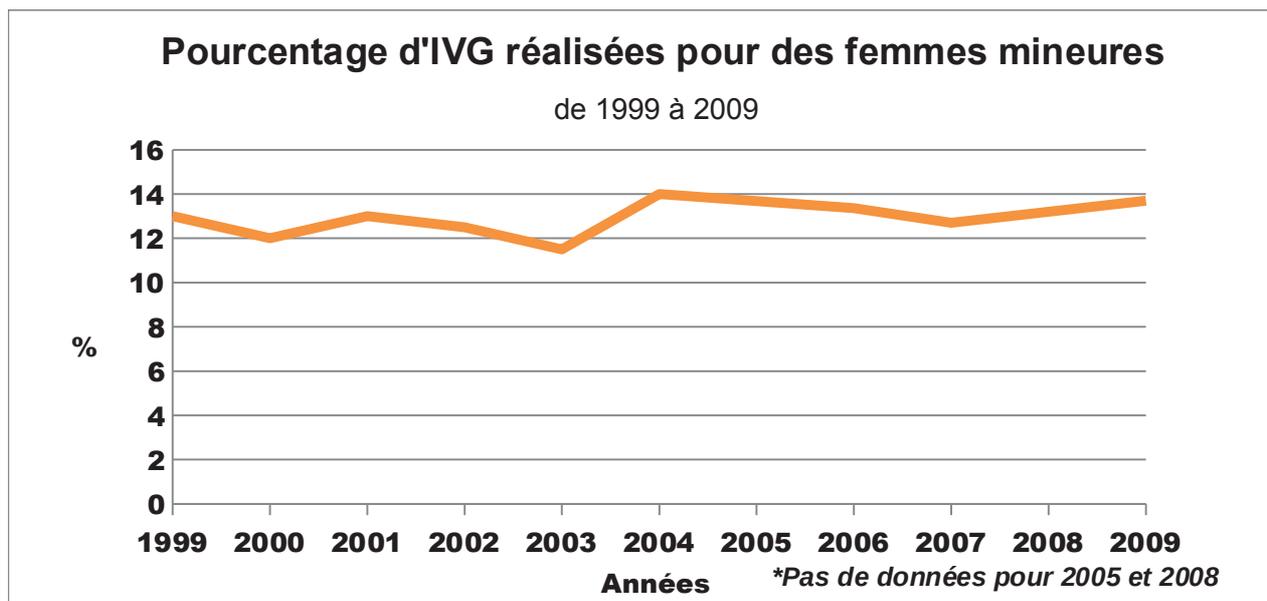


Figure 12: Histogramme de répartition des femmes mineures ayant avorté entre 1999 et 2009, en pourcentage global

Répartition des IVG par âge des mineures

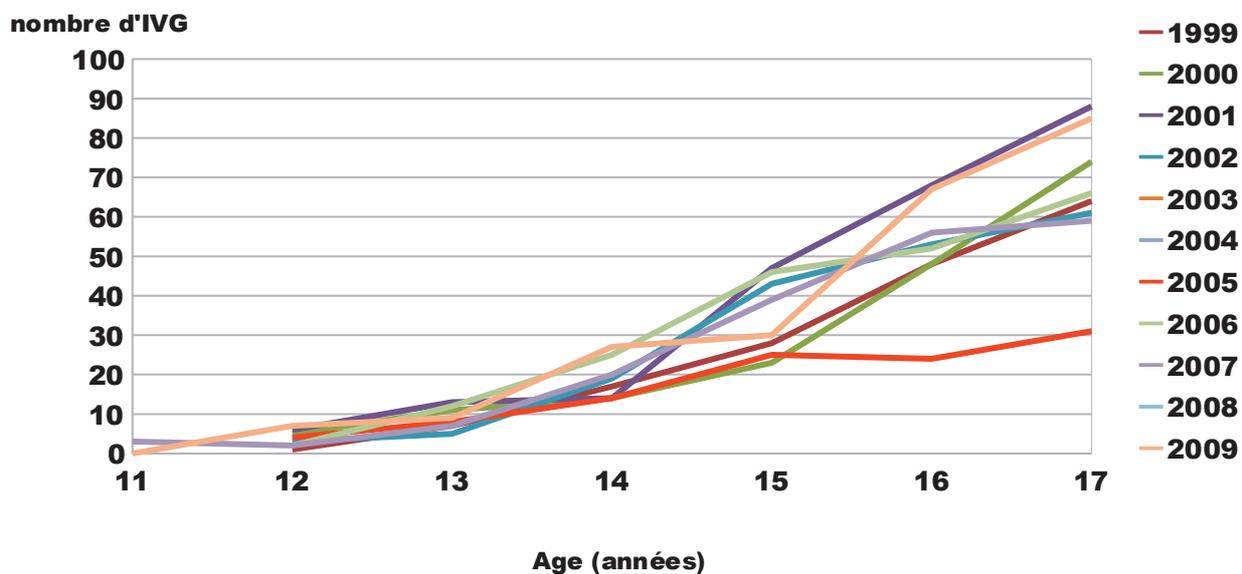


Figure 13: Histogramme de répartition des femmes mineures ayant avorté entre 1999 et 2009, par âge

9.2.6 Répartition des termes des grossesses des femmes ayant avorté en 2007 et 2009

Terme de grossesse en SA	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total IVG utilisées par an
2007	110 (8%)	357 (25%)	240 (17%)	108 (8%)	209 (15%)	132 (13%)	108 (8%)	73 (5%)	59 (6%)	5 (0%)	1401
2009	48 (3%)	226 (14%)	373 (23%)	288 (18%)	213 (13%)	182 (11%)	112 (7%)	93 (6%)	59 (4%)	12 (1%)	1606

Figure 14: Tableau de répartition des termes des grossesses des femmes ayant avorté en 2007 et 2009

Répartition des IVG en fonction du terme de la grossesse

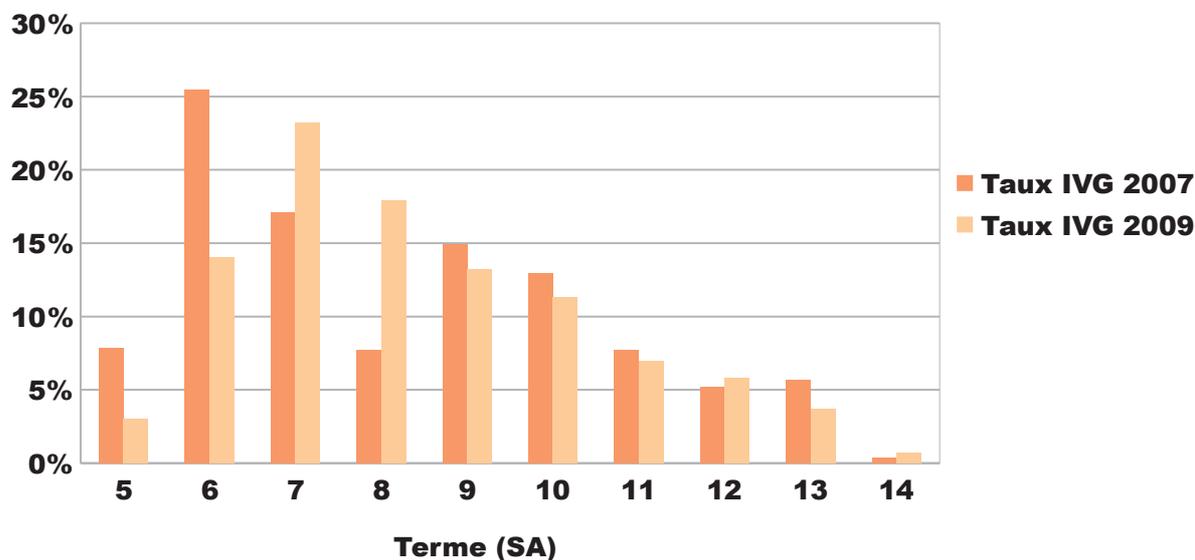


Figure 15: Histogramme de répartition des termes des grossesses des femmes ayant avorté en 2007 et 2009

9.2.7 Répartition du nombre de récurrences d'IVG des patientes ayant avorté en 2005 et 2007

	0	1	2	3	4	5	6	total IVG/an
2005	1324 (79,5%)	272 (16,3%)	51 (3,2%)	10 (0,4%)	4 (0,3%)	3 (0,2%)	2 (0,1%)	1666
2007	1053 (68,8%)	364 (23,8%)	86 (5,6%)	11 (0,7%)	6 (0,4%)	1 (0,1%)	0 (0%)	1531

Figure 16: Tableau de répartition du nombre de récurrence d'IVG des patientes ayant avorté en 2005 et 2007

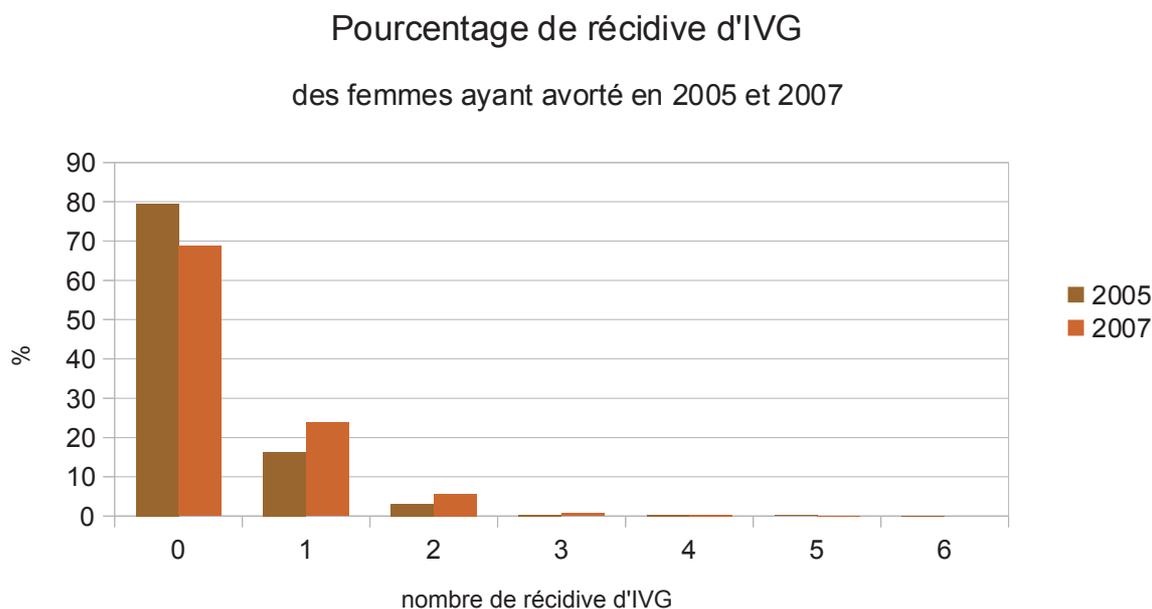


Figure 17: Histogramme de répartition de pourcentage de récurrence d'IVG des patientes ayant avorté en 2005 et 2007

9.2.8 Répartition des IVG par mois de l'année de 2003 à 2009

Nombre	mois de l'année												
Année	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	total/an
2003	96	69	75	70	67	80	93	88	143	144	73	98	1096
2005	142	110	142	95	112	136	126	162	191	170	138	142	1666
2006	144	143	158	105	93	129	115	150	175	132	144	119	1607
2007	99	90	53	28	141	144	125	170	130	164	127	126	1397
2009	110	118	98	99	96	194	132	169	162	134	134	146	1592
moyenne	118	106	105	79	102	137	118	148	160	149	123	126	1472

Figure 18: Tableau de répartition des IVG par mois de l'année de 2003 à 2009, en effectif absolu

%	mois de l'année												
Année	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	total/an
2003	8,8	6,3	6,8	6,4	6,1	7,3	8,5	8,0	13,0	13,1	6,7	8,9	100
2005	8,5	6,6	8,5	5,7	6,7	8,2	7,6	9,7	11,5	10,2	8,3	8,5	100
2006	9,0	8,9	9,8	6,5	5,8	8,0	7,2	9,3	10,9	8,2	9,0	7,4	100
2007	7,1	6,4	3,8	2,0	10,1	10,3	8,9	12,2	9,3	11,7	9,1	9,0	100
2009	6,9	7,4	6,2	6,2	6,0	12,2	8,3	10,6	10,2	8,4	8,4	9,2	100
moyenne	8,0	7,2	7,1	5,4	6,9	9,3	8,0	10,0	10,9	10,1	8,4	8,6	100

Figure 19: Tableau de répartition des IVG par mois de l'année de 2003 à 2009, en pourcentage

Répartition des demandes IVG par mois de l'année

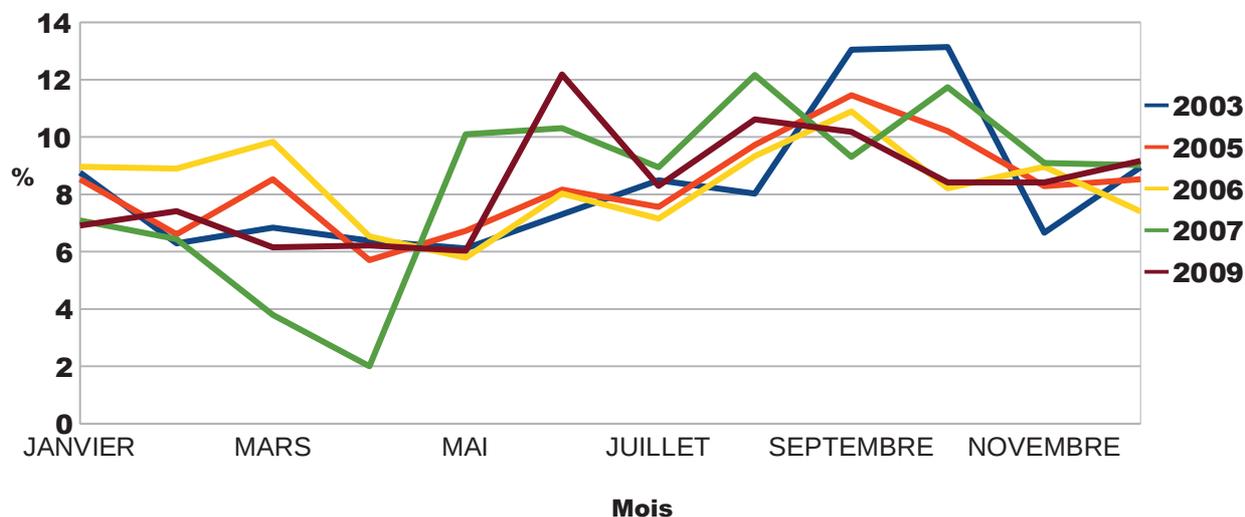


Figure 20: Répartition des IVG par mois de l'année, en pourcentage de 2003 à 2009

Répartition moyenne des demandes IVG par mois de l'année

sur la période 2003 - 2009

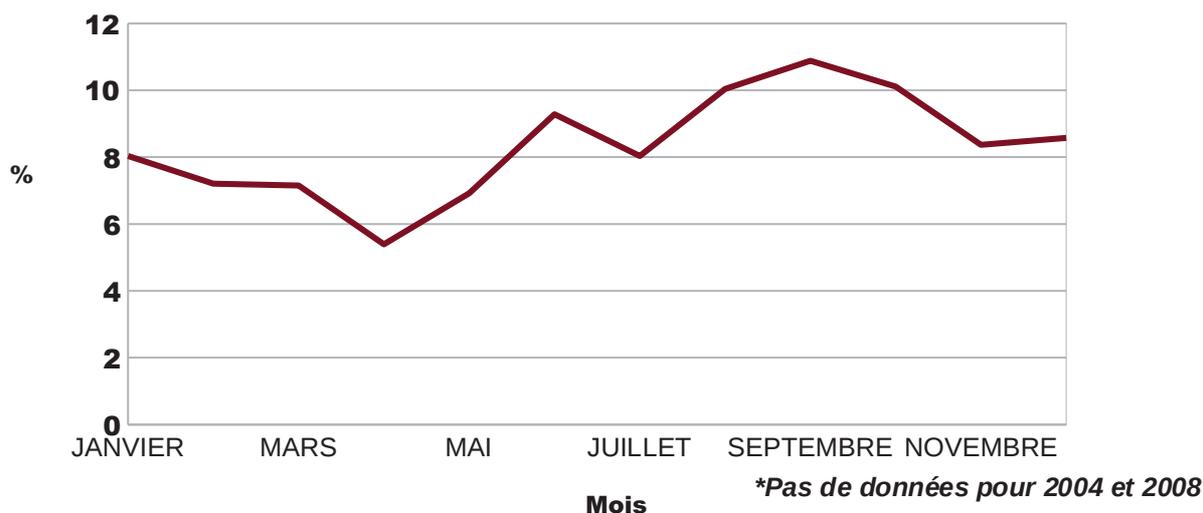


Figure 21: Histogramme de répartition de la moyenne des IVG par mois de l'année de 2003 à 2009

9.3. Discussion

9.3.1. Bilan d'activité générale de l'UFO à Mayotte (2005-2011)

A Mayotte, avec la création de l'Unité Fonctionnelle d'Orthogénie en 2004, l'activité en terme de nombre d'avortements a crû de plus de huit fois, passant de 174 à 1066 IVG de 1993 à 2001. C'est-à-dire que le taux d'avortement pour 100 000 naissances est passé de 3,8 à 16,2 IVG^a, soit quatre fois plus qu'au départ. La décennie suivante, le nombre d'IVG pratiqué est passé de 1260 en 2002 à 1669 en 2011, soit un taux d'avortement allant de 18,8 à 24,6^a. Globalement en à peine vingt ans, l'activité a presque décuplé, avec un taux d'avortement qui a été multiplié par six⁵⁸. En comparaison, en métropole, de 1995 à 2008, le taux d'avortement est stable à 26,3^a, ce qui contraste avec la progression de l'activité à Mayotte.

En 2002, selon les données de l'INED (Institut National des Etudes Démographiques), les taux d'avortement les plus faibles mesurés sont 0,1 pour la Haute Corse et 1 IVG pour 100 naissances vivantes pour la Haute Garonne en France continentale. Le taux d'avortement le plus élevé est 35,4^a dans la Creuse. La Seine maritime a un taux d'avortement à 18,1^a. La moyenne métropolitaine est de 16,4 IVG^a, et la médiane à 19,9^a (département du Jura). Ainsi Mayotte, avec un taux d'avortement de 18,8^a en 2002, se situe au dessus de la moyenne nationale, et au niveau de la médiane de la métropole.

9.3.1.1 Evolution de la méthode médicamenteuse (2002-2009)

L'évolution de la méthode médicamenteuse est ascendante avec 36 IVG médicamenteuses sur 1260 IVG au total en 2002 pour atteindre 1108 IVG médicamenteuse sur 1735 IVG au total en 2009, c'est à dire un passage de 2,9 à 58,2% d'IVG médicamenteuses, ou une multiplication par vingt en sept ans (figure 7). En métropole, d'après l'INED sur la même période, le taux d'IVG médicamenteuse est passé de 32,4% à 48,7% soit une progression d'environ deux tiers⁵⁹. Cette évolution est fulgurante et elle répond à une attente de la population. En effet, les menstruations sont très suivies au sein du couple mahorais et la découverte d'une grossesse est souvent précoce. Les femmes, si elles ne veulent ou peuvent l'assumer, désirent rapidement régler le problème et avec la plus grande discrétion. Malgré les saignements prolongés⁶⁰, les patientes préfèrent la méthode la moins invasive pour elles.

9.3.1.2 Evolution de la fréquence des IVG tardives (2005-2009)

Les IVG tardives sont passées du nombre de 101 en 2005 à celui de 104 en 2009 et restent donc stables à 6% sur 5 ans (figure 7).

Le taux d'IVG tardives en métropole de 2002 à 2009 avec les données disponibles de l'INED est en moyenne de 3,4%, soit inférieur⁶¹.

Cette problématique des IVG tardives reste importante en France et à Mayotte dans la prise en charge de l'avortement pour le confort des patientes et des soignants. Cette différence est paradoxale étant donné la facilité d'accès de l'IVG à Mayotte et la propension des femmes à s'inquiéter rapidement d'un retard de règle. Elle peut s'expliquer par le pourcentage d'étrangères

^a pour 100 000 naissances

⁵⁸ cf annexe 12.11.

⁵⁹ cf annexe 12.12.3

⁶⁰ Op. cit. p. 1

⁶¹ cf annexe 12.12.3

pratiquant l'IVG à Mayotte pour des raisons légales et économiques: l'avortement est interdit aux Comores et à Madagascar⁶². Le prix minimal est de 50000 francs comoriens ou 100 euros aux Comores, d'après l'un des médecins du service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier national El Maarouf de Moroni. Ceci amène les patientes comoriennes en particulier à essayer par tous les moyens d'atteindre l'île voisine.

L'accès gratuit au sein du CHM facilite le parcours de soins de la patiente dans cette période critique, malgré le paradoxe de la femme mahoraise: elle est réticente à utiliser la contraception (période d'absence du mari par polygamie), elle est différente culturellement (valorisation sociale par le nombre d'enfant, mais l'intégration des notions concourant à la transition démographique est en cours⁶³). Parfois les femmes sont bloquées et n'arrivent pas à parler de leur grossesse⁶⁴ ce qui retarde le diagnostic de la grossesse et la prise en charge.

À Mayotte la majeure partie des femmes qui avortent viennent d'Afrique⁶⁵ (52,5%). Les comoriennes sont incluses dans ces statistiques de l'INED alors qu'en Seine Maritime, la majorité des avortées (86,3%) sont originaires de métropole, comme dans la plupart des départements français métropolitains.

9.3.1.3 Evolution de l'âge des patientes requérant une IVG (2003-2009)

La répartition par âge des patientes entre 2003 et 2009 montre (Figure 9):

- pour les mineures une stabilité avec un taux d'IVG entre 11% et 13% (Figure 11),
- la tranche 18-25 ans reste stable à 44%,
- la tranche 26-35 ans est passée de 30 à 35%,
- la tranche 36-45 ans a diminué de 20 à 7%,
- les plus de 45 ans est stable de 0,1 à 0,2%

Donc plus de deux tiers des femmes qui avortent, ont entre 18 à 35 ans, soit 74 à 79%, alors que c'est la classe d'âge où les critères d'aptitude à la conception ont le plus de chance d'être remplis: «trouver un partenaire stable et qui puisse ensuite être un père acceptable, s'entendre avec lui sur la décision d'avoir un enfant, terminer des études, s'assurer d'un minimum de stabilité professionnelle, disposer de ressources suffisantes»⁶⁶. Les femmes mineures ne sont pas majoritaires en terme d'accès à l'avortement, elles sont moins bien informées, ont aussi moins de relations sexuelles⁶⁷. Ces données vont dans le sens d'une maîtrise accrue en matière de fécondité. La transition démographique s'amorce à Mayotte.

Le nombre d'IVG chez les mineures est passé de 167 en 1999 à 225 en 2009, soit de 22 à 13%, parallèlement à un accès à l'avortement qui s'est amélioré avec l'installation de l'UFO à Mayotte et avec les modifications législatives. Ce taux d'avortement reste stable à 14% en moyenne depuis dix ans. Plus les filles sont âgées, plus elles ont recours à l'avortement. La sexualité apparaît plus fréquente à l'accession à la majorité, mais ce résultat fait penser que l'éducation sexuelle et l'information sur la contraception ne sont pas encore optimales.

Sur la même période le taux d'avortement chez les mineurs est en moyenne de 6,9% en

⁶² Op. cit. p. 5

⁶³ cf paragraphe 7.1.

⁶⁴ Op. cit. p. 16

⁶⁵ cf annexe 12.12.9

⁶⁶ Survivre à la grossesse et à l'accouchement. Un droit humain international. OMS

⁶⁷ Calvez M. Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans

métropole selon l'INED soit deux fois moins⁶⁸. Cette différence semble être expliquée par un niveau d'éducation inférieur en matière d'éducation sexuelle⁶⁹. Ainsi les comportements de prévention par utilisation de préservatifs et de contraceptifs oraux sont moins développés mais restent à évaluer.

9.3.1.4 Evolution du terme de grossesse des femmes requérant une IVG (2007/2009)

En 2007, les femmes ont avorté plus fréquemment à six semaines d'aménorrhée, avec 357 patientes pour ce terme. La moyenne et la médiane des effectifs tendent vers le terme de grossesse de dix semaines d'aménorrhée (SA). Les IVG tardives représentent 64 avortements soit 4% de l'activité du service.

En 2009, c'est à 7 SA que les femmes ont le plus avorté avec une moyenne et une médiane des effectifs qui tendent aussi vers dix semaine d'aménorrhée. Il y a eu 71 IVG tardives soit 5% d'activité. L'évolution est parallèle au niveau du terme de grossesse des patientes requérant une IVG sur ces deux années.

Il y a 40 dossiers mal renseignés pour cet item en 2007, ce qui explique la différence avec le recueil en 9.3.1.2

En métropole, selon l'INED, en 2007, les IVG ont été pratiqué plus souvent à 6 SA à 21%⁷⁰.

9.3.1.5 Evolution des récidives d'IVG (2005/2007)

En 2005, 51% des femmes avortant à Mayotte n'ont jamais eu d'IVG contre 69% en 2007. Les femmes avortant qui ont eu plus de deux avortements sont marginales (environ 1%). A noter qu'en 2007, il y a 10 dossiers mal renseignés.

En métropole, en 2005 et 2007, il y a eu en moyenne 66,6% de femmes qui n'avaient jamais eu d'avortement⁷¹. Ainsi, les récidives d'IVG concernent environ une femme sur trois à Mayotte comme en métropole en 2007.

9.3.1.6 Evolution des IVG au cours de mois de l'année (2003-2009)

Entre 2003 et 2009, des pics d'avortements ont été observés en octobre 2003 avec 144 IVG, en septembre 2005 avec 191 IVG, en septembre 2006 avec 175 IVG, en août 2007 avec 170 IVG, et en juin 2009 avec 194 IVG. Le pourcentage d'avortement moyen est plus élevé, à 10% en août, septembre et octobre entre 2003 et 2009.

Il faut noter que les périodes de vacances à Mayotte sont associées à un afflux de personne, famille et amis, en rapport avec des célébrations de mariage qui occupent une part très importante dans la culture mahoraise et comorienne. Ces fêtes amènent une augmentation de l'activité sexuelle qui se matérialise par une augmentation de l'activité de l'UFO. Des demandes accrues d'IVG suivent ces événements.

Il est difficile d'établir un lien de corrélation entre le mois de réalisation de l'IVG et la fête de l'Aïd el fitr qui marque la fin du mois sacré du ramadan pour la communauté mahoraise et comorienne, bien que la responsable de l'UFO ait remarqué des sursauts d'activité suivant ces dates : 26 novembre 2003, 5 novembre 2005, 23 octobre 2006, 13 octobre 2007, 20 septembre 2009 qui correspondent aux fêtes de Aïd el fitr qui se sont succédées.

⁶⁸ cf annexe 12.12.5

⁶⁹ Op. cit. p. 28

⁷⁰ cf annexe 12.12.6

⁷¹ cf annexe 12.12.7

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE A MAYOTTE

En France métropolitaine, de 2005 à 2007, nous observons une activité augmentée pendant les mois de juin et octobre, en ce qui concerne le nombre d'IVG pendant l'année. La moyenne par mois aplanit les différences avec les mois d'été et aussi avec le Ramadan.

10. CONCLUSION:

Le combat pour le droit au libre choix en matière de reproduction tel que décrit par le droit international exige des pays qu'ils permettent l'accès à un large choix de contraceptifs, de services de santé de la reproduction. Ce système doit ouvrir les portes aux procédures d'avortement médicalement assisté, de même qu'une éducation et une information à la sexualité et à la reproduction⁷². Mayotte est «un îlot de prospérité dans un océan de pauvreté»⁷³, car en matière de santé le secteur sanitaire apporte une qualité de soin enviée comme le montre l'amélioration du niveau des indicateurs de santé tels que la mortalité infantile⁷⁴, la mortalité maternelle ou l'espérance de vie.

Selon notre étude à Mayotte, le taux d'avortement a décuplé en près de vingt ans et la méthode médicamenteuse est 19 fois plus utilisée qu'à son introduction sur l'île, ce qui montre l'adaptation de l'UFO à une demande croissante. La majorité des femmes avortent entre 18 et 25 ans (soit 44% des effectifs) donc il faut poursuivre l'effort d'éducation sexuelle commencé à l'école, avec des campagnes d'information et au sein de la relation privilégiée médecin malade. Les avortements se font en moyenne au terme de 10 semaines d'aménorrhée et les IVG tardives représentent 5% des avortements. La part des femmes qui utilise l'avortement pour la première fois augmente plus que celle qui récidive, ce qui fait penser que le traumatisme de devoir avorter et l'information sur la contraception protège contre une récidive : en effet soit le nombre de récidives est limité, soit la croissance démographique masque l'évolution des récidives. En valeur absolue le nombre d'IVG stagne, donc les avortements de novo sont plus fréquents à l'UFO. La part d'IVG est plus élevée après les vacances d'été à 10% en août, septembre et octobre. La nécessité d'une action ciblée de communication pendant la période estivale est ainsi étayer.

La stratégie pour l'accession de la liberté de choix pour les femmes, par l'accès au contraceptifs et à l'avortement est éminemment politique, malgré la clarté de l'amélioration de la santé que ces moyens procurent aux femmes. Des difficultés apparaissent dès la promotion du libre choix pour les femmes, sur différents terrains comme avec la libération de l'avocat autodidacte Chen Guangcheng qui a mis en évidence des pratiques de stérilisation de femmes massives dans la région du Shandong en Chine, dans le cadre de la politique de l'enfant unique dans le pays⁷⁵. Ainsi en métropole lors de la dernière campagne présidentielle, la volonté de Madame Le Pen de dérembourser l'avortement en fonction de besoin budgétaire à réalimenter le débat sur l'avortement et à fait affirmer au nouveau président de la France, Monsieur Hollande, son point de vue avec une volonté contraire, d'ouvrir un centre IVG par hôpital public et de rembourser l'IVG à 100%⁷⁶. Dernièrement, c'est un candidat républicain du Missouri au sénat américain, qui a fait scandale en supputant le blocage de la grossesse en cas de «viol véritable» afin de légitimer le rejet de l'avortement en cas de viol⁷⁷.

Selon Monsieur Jean-Claude Magnier, le co-président de l'Association nationale des centres IVG et de contraception «L'organisation de l'accès aux soins dans ce domaine dépendra localement du nombre d'actes à réaliser tout les ans»: en dessous de 400, une maternité suffira à absorber ce travail s'il y a au moins deux personnes accueillantes, pour plus de 400, il est préférable d'avoir une unité fonctionnelle dédiée et avec d'autant plus de personnel et de moyens qu'il y a d'actes à pratiquer, 2000 interventions par an devant être la limite supérieure⁷⁸. Ainsi avec 1669 IVG en 2011,

⁷² Op. cit. p. 28

⁷³ Op. cit. p. 13

⁷⁴ cf annexe 12.12.1

⁷⁵ Haski P. Le dissident aveugle Chen Guanngheng s'exile aux Etats-Unis

⁷⁶ Fabbian L. Sur l'IVG, Hollande fait-il le bon diagnostic?

⁷⁷ AFP. Etats-Unis: une bourde sur le "véritable viol" remet l'avortement au coeur de la campagne

⁷⁸ Op. cit. p. 31

l'UFO atteint la limite d'un accueil optimal pour les patientes et les soignants, malgré la stagnation du nombre d'IVG de ces dernières années. Cette stabilisation de l'activité est notamment due à la prise en charge des IVG médicamenteuses à l'extérieur de l'UFO par les médecins généralistes libéraux et les médecins des centres périphériques de référence.

Cependant, étant donné l'évolution démographique actuelle, et la faible pratique de la contraception par les femmes à Mayotte⁷⁹, des améliorations sont à soutenir:

- une étude des connaissances et pratiques sexuelles à Mayotte.
- une éducation envers la jeunesse et les mères avec des ateliers de discussion sur la contraception, les infections sexuellement transmissibles et l'espacement des naissances avec des ateliers de mise en pratique.
- un soutien à la planification familiale en cours avec l'évolution du réseau périnatalité de Mayotte⁸⁰ (REPEMA).
- la création d'une deuxième UFO dans le sud ce qui nécessiterait d'avoir un gynécologue obstétricien et un anesthésiste dans la maternité du secteur sud.
- la formation de médecins supplémentaires vacataires libéraux, de sages femmes, de personnels paramédicaux pour l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des IVG.

⁷⁹ Lartigau-Roussin C. L'étonogestrel en implant sous-cutané : un nouveau moyen de contraception à Mayotte ?

⁸⁰ cf annexe 12.5

11. BIBLIOGRAPHIE:

1. Allain K., Magnin K. La santé à Mayotte: particularité du système de soins et de l'exercice de la médecine générale. 2010. Doctorat Th. Med. Rennes 1, 2010:185
2. Avortement dans le monde pays par pays. Site disponible sur: <<http://avortementivg.com>> (Page consultée le 02/01/2012)
3. AFP. Etats-Unis: une bourde sur le "véritable viol" remet l'avortement au coeur de la campagne. [en ligne]. Site disponible sur: <http://www.lexpress.fr/actualites/1/monde/etats-unis-une-bourde-sur-le-veritable-viol-remet-l-avortement-au-coeur-de-la-campagne_1151066.html> (Page consultée le 20/08/2012)
4. ARS-OI, Schéma Régional d'Organisation des Soins de Mayotte, 2005-2010
5. Bajos N, Bozon M. Les agressions sexuelles en France. résignation, réprobation, révolte. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé, éditions la Découverte, Paris, 2008, 610 p.
6. Belec S. Un traducteur pour un consentement éclairé à Mayotte. mémoire médecine foetale. 2008
7. Blanchy S. La vie quotidienne à Mayotte. Paris: l'Harmattan ; 1990
8. Brozille P. Vichy l'avortement et l'opinion. Maîtrise d'histoire dirigée par Michelle Perrot, Université Paris VII, 1992
9. Calvez M. Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans. [en ligne]. Site disponible sur: <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/954045500/0000.pdf>> (Page consultée le 04/03/2012)
10. Caminade P. Comores-Mayotte : une histoire néocoloniale. Paris, Survie, éditions Agone, Dossier noir n°19, 2010
11. CNGOF. L'allongement du délai de l'IVG : la seule réponse à une question sérieuse ? [en ligne]. Site disponible sur: <http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_06.HTM> (Page consultée le 02/02/2012)
12. Cook R., Dickens B. Survivre à la grossesse et à l'accouchement. Un droit humain international. OMS. *Advancing Safe Motherhood Through Human Rights*. 2001
13. Decors M. La faiseuse d'anges et l'évolution des pratiques d'avortement. [en ligne]. Site disponible sur: <<http://www.helmo.be/esas/mapage/euxaussi/famille/faisange.html>> (Page consultée le 06/03/2012)
14. Fabbian L. Sur l'IVG, Hollande fait-il le bon diagnostic? [en ligne]. Site disponible sur: <<http://www.rue89.com/comment/3038625>> (Page consultée le 06/06/2012)
15. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Paris, De Boeck/Estem, 2011

16. Ferrand M. , Jaspard M. L'interruption volontaire de grossesse. « que sais-je », Paris, PUF, 1987
17. Groupe caisse des impôts. Signature d'une convention à Mayotte. Rénovation urbaine. 03/12/2009. [en ligne]. Site disponible sur :
<<http://www.caissedesdepots.fr/actualite/toutes-les-actualites/en-region-hors-menu/signature-dune-convention-anru-a-mayotte.html>> (Page consultée le 03/08/2012)
18. Haski P. Le dissident aveugle Chen Guannqcheng s'exile aux Etats-Unis. [en ligne]. Site disponible sur:<<http://www.rue89.com/2012/05/19/chine-le-dissident-aveugle-chen-Guangcheng-sexile-aux-etats-unis-232309>> (Page consultée le 06/06/2012)
19. Index mundi. Espérance de vie à Mayotte. [en ligne]. Site disponible sur:
<http://www.indexmundi.com/fr/mayotte/esperance_de_vie_a_la_naissance.html> (Page consultée le 28/07/2012)
20. Indexmundi. Taux de mortalité infantile à Mayotte. [en ligne]. Site disponible sur :
<http://www.indexmundi.com/fr/mayotte/taux_de_mortalite_infantile.html> (Page consultée le 28/07/2012)
21. Ined. La mortalité infantile en France. [en ligne]. Site disponible sur:
<http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/duree_de_vie_decès_mortalite/mortalite_maternelle_monde/> (Page consultée le 02/01/2012)
22. Ined. La mortalité maternelle dans le monde. [en ligne]. Site disponible sur:
<http://www.ined.fr/fr/fiches_pedagogiques/duree_de_vie_decès_mortalite/mortalite_maternelle_monde/> (Page consultée le 28/07/2012)
23. Ined. Population mondiale. [en ligne]. Site disponible sur:
<http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/duree_de_vie_decès_mortalite/mortalite_maternelle_monde/> (Page consultée le 02/01/2012)
24. Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil. [en ligne]. Site disponible sur:
<http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm> (Page consultée le 02/01/2012)
25. Insee. Évolution de la population des communes de Mayotte de 1997 à 2007. [en ligne]. Site disponible sur
<http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=12258> (Page consultée le 28/07/2012)
26. Lartigau-Roussin C. L'étonogestrel en implant sous-cutané : un nouveau moyen de contraception à Mayotte ? Manuscrit n° 2384. Thérapeutique. [en ligne]. Site disponible sur:
<<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T99-1-2384-4p.pdf>> (Page consultée le 02/02/2012)
27. Legrand J. L'avortement avant et après 1975. [en ligne]. Site disponible sur:
<<http://www.cpdh.info/npds/sections.php?op=viewarticle&artid=407>> (Page consultée le 04/03/2012)

28. Lourenço A. P., Reuse C. L'interruption de grossesse précoce : ce que le praticien doit savoir. *Revue Médicale Suisse* No 66.
29. Malango. La polygamie à Mayotte. [en ligne]. Site disponible sur:
<http://www.malango.yt/traditions/polygamie_mayotte.htm> (Page consultée le 04/03/2012)
30. Minaudier J.P. Population et société de 1850 à 1914. [en ligne]. Site disponible sur:
<http://www.minaudier.com/documents/france/ancienprogramme/france-07_societe19esiecle.pdf>
(Page consultée le 03/03/2012)
31. National avortion federation. Roe v. Wade. Site disponible sur:
<http://www.prochoice.org/policy/courts/roe_v_wade.html> (Page consultée le 02/01/2012)
32. Nisand I. L'IVG en france: Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. [en ligne]. Site disponible sur:
<<http://www.gyneweb.fr/sources/contraception/ivg3.htm>> (Page consultée le 02/02/2012)
33. ONU. The Millennium Development Goals Report 2012 [en ligne]. Site disponible sur:
<<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf>> (Page consultée le 02/02/2012)
34. Quel regard portent les différentes religions sur l'embryon humain ? [en ligne]. Site disponible sur : <<http://www.bioethique.net/modules.php?name=News&file=article&sid=5>> (Page consultée le 02/01/2012)
35. République Française. Compte-rendu d'une mission effectuée du 8 au 18 septembre 2005 par une délégation chargée d'étudier la situation sociale à la Réunion et à Mayotte. [en ligne]. Site disponible sur: <<http://www.senat.fr/rap/r05-140/r05-1403.html>> (Page consultée le 03/08/2012)
36. Rossier C. Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002. *Population-F*, 62 (1), 2007, 57-90
37. Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816):625–632.

12. ANNEXES

- 12.1. Rapport d'activité de l'unité fonctionnelle d'orthogénie de Mayotte 2011**
- 12.2. Fiche d'accueil nouvelle grossesse du réseau périnatalité de Mayotte**
- 12.3. Billet de compte rendu de prise en charge IVG pour suivi et archivage**
- 12.4. Courrier de confirmation du désir d'IVG à Mayotte**
- 12.5. Fiche du réseau actuel des acteurs autour de l'IVG à Mayotte**
- 12.6. Protocole sur l'IVG médicamenteuse à Mayotte**
- 12.7. Protocole sur l'IVG chirurgicale à Mayotte**
- 12.8. Modèles de protocoles nationales d'IVG médicamenteux**
- 12.9. Manifeste des 343**
- 12.10. Histoire de Mayotte en quelques dates**
- 12.11. Avortements suivant la région et le département de résidence de la femme**
- 12.12. Tableaux des données INED**
- 12.13. Tableaux de données sur des territoires d'Afrique**
- 12.14. Densité de la population dans les départements français**
- 12.15. Carte de Mayotte et de ses 5 secteurs sanitaires**

12.2. Fiche d'accueil nouvelle grossesse du réseau périnatalité de Mayotte

FICHE D'ACCUEIL NOUVELLE GROSSESSE			
RESEAU		PERINATALITE	MAYOTTE
Objectif 2011 2012	ACCUEIL DATATION ORIENTATION	le plus précoce possible	

NOM	PRENOM	AGE	G P
	Tel		
ATCD		Groupe	Rh
Difficultés rencontrées avec votre contraception			
Contraception envisagée			

DDR	Test de Grossesse	Résultat BHCG	du
		Résultat BHCG	du
ECHO	<ul style="list-style-type: none"> - Sac intra utérin de - Vésicule vitelline - LCC - AC - BIP - Fémur - Placentation 		- vacuité utérine
Si Grossesse Gémellaire préciser la Chorionicité			

GROSSESSE DE	SA	DG	TP à 41 SA
Suspicion de GEU... Kystes ...Fibrome...Autre.....			

Le	identification	Signature
-----------	-----------------------	------------------

12.3. Billet de compte rendu de prise en charge IVG pour suivi et archivage

IDENTITE	CONSULTATION DE CONTROLE LE DR
	CLINIQUE
	BILAN RECUPERER :
CS ANEST LE : PRISE N°1 LE : PRISE N°2 LE : BLOC LE :	ECHO DE CONTROLE :
CONTRACEPTION DONNEE	CONTRACEPTION FINALE
RDV CONSULTATION DE CONTROLE LE	DOSSIER N°
LIEU DR	FICHE A RETOURNER A L'UNITE D'ORTHOGENIE DR BELEC 0269618000 POSTE 5060 CHM

12.4. Courrier de confirmation du désir d'IVG à Mayotte



Service de Gynécologie Obstétrique.

Rue de l'Hôpital B.P.04
97600 MAMOUDZOU

Unité Fonctionnelle d'Orthogénie

CONFIRMATION DE DECISION

Ce jour le

Je confirme ma décision d'interrompre ma grossesse ainsi que la loi m'y autorise.

J'ai compris que la méthode utilisée nécessite une seconde prise de médicaments dans 48 heures.

Je dois donc revenir pour prendre d'autres médicaments le

Je dois également me présenter pour l'échographie et la visite contrôle le
à

L'accompagnant

l'intéressée

12.5. Fiche du réseau actuel des acteurs autour de l'IVG à Mayotte

Service de Gynécologie Obstétrique

Rue de l'Hôpital B.P.04

97600 MAMOUDZOU

UFO UNITE FONCTIONNELLE D'ORTHOGENIE

Unité Fonctionnelle d'Orthogénie

Echographies Gynéco- Obstétricales

DAN Diagnostic Ante Natal

Tél : 0269.61.80.00 poste 5070

0269.69.50.40 codes 7296

Fax : 02 69 61 86 92

CONTACTS UTILES

LE RESEAU ACTUEL A MAYOTTE

MEDECINS LIBÉRAUX CONVENTIONNÉS AVEC L'HOPITAL POUR DISTRIBUTION DU RU EN VILLE

Dr CONAN	MAMOUDZOU	02 69 61 02 03	Poste 7430
Dr GUERBI	MAMOUDZOU	02 69 61 02 43	Poste 7428
Dr SEMERIA	MAMOUDZOU	02 69 61 39 66	
Dr BENARD	SECTEUR SUD CHIRONGUI	02 69 62 55 55	Poste 7918
Dr ROUSSIN	SECTEUR SUD CHIRONGUI	02 69 62 55 55	Poste 7918

MEDECINS DE PMI ASSURANT AVEC LES SAGES FEMMES LES CONSULTATIONS EN SECTEUR

NORD	Mtsangamouji	Tél : 02 69 62 58 98	Poste 7315
	Dzoumogne	Tél : 02 69 62 35 55	Poste 2600
	Mtsamboro	Tél : 02 69 62 40 63	Poste 7316
CEPF	Handréma	Tél : 02 69 62 59 53	
	Acoua	Tél : 02 69 61 10 81	Poste 7300
Petite Terre	Labattoir Pamandzi	Tél : 02 69 63 78 02	Poste 7313 Poste 7319
SUD	Bandréle	Tél : 02 69 62 66 60	Poste 7302
	Dembeni	Tél : 02 69 61 23 80	Poste 7308
	Chirongui	Tél : 02 69 62 30 14	
	Bouéni	Tél : 02 69 62 17 97	Poste 7385
CENTRE	Combani et Vahibé	Tél : 02 69 61 32 64	Poste 7307
	Chiconi	Tél : 02 69 62 30 43	Poste 7222
	Sada	Tél : 02 69 64 34 80	Poste 7322
GRAND MAMOUDZOU	Passamainty	Tél : 02 69 61 65 81	Poste 7320
	Jacaranda	Tél : 02 69 61 13 69	Poste 6051
	Mtsapere	Tél : 02 69 64 33 07	Poste 7325
	Koungou	Tél : 02 69 62 45 84	Poste 7312
	Kawéni	Tél : 02 69 61 09 74	

MEDECINS DES CENTRES DE RÉFÉRENCE CONVENTIONNÉS POUR LE RU

Dr LEPERE	02 69 61 80 00	Poste 7301
Dr COMBO YACOUT	02 69 61 80 00	Poste 7274
Dr HAMIDOU	02 69 61 80 00	

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE A MAYOTTE

Psychologue ou Psychiatre sur RDV	RDV à prendre auprès du secrétariat de L'unité D'Orthogénie CHM poste 5070 ou au Centre de santé mentale au 0269 61 47 58
Assistante sociale de l'hôpital de la DSDS (secteur) de l'ASE (Kaweni) des lycées et collèges Conseillère conjugale	Tél. 0269 61 86 39 urgence 69 64 24 Tél. 0269 61 83 82 ou 0269 61 84 81 Tél. 0269 61 80 06 Tél. 0269 61 84 75

**POUR LA REALISATION DE L'ACTE
POUR TOUTES COMPLICATIONS OU POUR TOUT RENSEIGNEMENTS**



UNITE D'ORTHOGENIE

Dr S.BELEC 02 69 61 80 00 poste 5070 ou 02 69 69 50 40
Secrétariat 02 69 61 80 00 poste 5251

EN CAS D'URGENCE – MATERNITE DE MAMOUDZOU : Tél. 02 69 61 80 00 poste 5580

12.6. Protocole sur l'IVG médicamenteuse à Mayotte

PROTOCOLE

Interruptions Volontaires de Grossesses Médicamenteuses en milieu Hospitalier
Année 2012

J-2 : A domicile,
Prise de 1 comprimé de **MIFEPRISTONE (MIFEGYNE) :**
soit 200mg avant 7 SA et 2 J
et de 3 comprimés de MIFEPRISTONE (MIFEGYNE) :
soit 600 mg de 7SA et 3J à 8SA 6j .

Ces comprimés sont pris devant le médecin qui assure la consultation au sein de l'Unité d'Orthogénie ou devant la sage femme des urgences de la maternité sur prescription du médecin.
Ils peuvent également être distribués par du personnel infirmier ou par une sage femme sur prescription médicale.

J-0 6 H 30 ACCUEIL

Au secrétariat de l'Unité d'Orthogénie, le matin non à jeun.

-Hospitalisation en hôpital de jour en Chirurgie Ambulatoire avec accueil personnalisé dans le bureau des infirmiers de Chirurgie Ambulatoire et vérification du dossier, des étiquettes et de la feuille de circulation **du jour**.

-Proposer à la femme dans la mesure du possible si elle souhaite une chambre seule. Maximum deux par chambre .

-Vérifier également :

- 1) Bilan pré Opératoire : (**Groupe, rhésus, RAI, TP, TCK, sérologies, NFS, plaquettes**)
- 2) Feuille d'accompagnement et entretien avec l'assistante sociale signés, pour les jeunes filles mineures.
- 3) Feuillet de confirmation de décision signé et agrafé dans le carnet de santé
- 4) Certificat médical de première consultation et consultation de confirmation signés.
- 5) **Autorisation Parentale d'intervention signée.**
- 6) Prise des paramètres : Pouls, T.A., Poids, Dextro (si besoin)
- 7) Prise du traitement :

-TRAITEMENT: (attention vérification de la présence d'allergie)

-MISOPROSTOL 200 micro grammes : 2 comprimés per/os à l'entée puis
2 comprimés 2 à 3 heures plus tard.

-PROFENID 100 mg suppo 1 suppo

-EFFERALGAN CODEINE 500 mg 2cp per os

-Faire une injection d'ANTI D pour les femmes dont le groupe est Négatif.
-Prescription faite sur le Dossier. Ordonnance assumée par le Médecin en consultation en Orthogénie ce jour là .

-Surveillance, TA toutes les 2 heures. Evaluation de la Douleur.

-Pouls et température si nécessaire

- Repos dans un lit, un brancard confortable ou un fauteuil inclinable.

La prise en charge de toutes complications ou de toute hospitalisation en dehors des heures d'ouverture de la chirurgie ambulatoire se fera en Gynécologie par le gynécologue de garde joignable au poste 7130.

LA SORTIE :

Que la personne soit mineure ou majeure elle devra être **accompagnée** par une personne adulte de confiance

Il est souhaitable que cette sortie ne se fasse pas avant 14 H.

Si les comprimés sont donnés tard cette sortie se fera quatre à cinq heures après la prise des deux premiers comprimés de MISOPROSTOL.

Si pas d'accompagnant demander systématiquement l'avis d'un médecin pour autorisation de sortie sinon faire signer une décharge.

Pour les mineures il faut absolument confier la jeune fille à un adulte.

Ne pas oublier de compléter l'information sur la **contraception choisie**. Donner une plaquette de pilule si besoin en fonction de la prescription notée sur le carnet de santé (**Minidril , Méliane, Milligynon, Cerazette**).

Vérifier que les notions de base soient comprises (surveillance du stérilet, effets secondaires du Nexplanon, oubli de pilule...)

Remettre le bilan sanguin à la patiente et la réorienter vers un médecin de centre de référence ou médecin libéral si problèmes.

Un arrêt de travail ou un bon d'absence est dispensé à l'Unité d'Orthogénie signé pour une durée d'environ trois jours selon l'appréciation du médecin.

Traitement à la sortie : Attention bien vérifier si allergie. Traitement pour 3 jours :

Profénid suppo 100 mg 2 fois par jour (Spasfon si allergie)
Effergal Codéiné 500 3 fois par jour .

Vérifier avec la patiente la date et le lieu de la consultation de contrôle post IVG programmée 15 jours plus tard. Lui en rappeler l'importance.

Lui préciser que si dans les suites immédiates elle était inquiète cette femme devait se présenter dans les centres de soins de référence ou aux urgences de la maternité.

Pour tout problème, pendant l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire :
(Allergie, saignements anormaux, douleurs, malaise ou complication)

Contacteur Soit Dr Belec responsable de l'unité au poste 7296 ou 5070
Soit le Medecin en consultation au centre ce jour là au poste 5251 au 5070
Soit le Gynécologue de garde à la maternité poste 7130 ou 7167
Soit l'Anesthésiste de garde poste 7813

Protocole validé 12 JANVIER 2012

12.7. Protocole sur l'IVG chirurgicale à Mayotte

PROTOCOLE

Interruptions Volontaires de Grossesses CHIRURGICALE Année 2012

J-2 : A domicile,
Prise de **1 comprimé per os de MIFEPRISTONE (MIFEGYNE) soit 200mg.**
Ces comprimés sont pris devant le médecin qui assure la consultation au sein de l'Unité d'Orthogénie ou devant la sage femme des urgences de la maternité sur prescription du médecin.
Ils peuvent parfois être distribués par du personnel infirmier sur prescription médicale.

J 0 5 H 30

-Rester à jeun.

-Prendre une douche à la **Bétadine Scrub** à domicile bien se rincer

-Prendre **MISOPROSTOL (CYTOTEC) 200 microgrammes,**
soit 2 comprimés per os avec très peu d'eau

6 H 30 ACCUEIL

-Hospitalisation en hôpital de jour en Chirurgie Ambulatoire avec accueil personnalisé
dans le bureau des infirmiers de Chirurgie Ambulatoire et vérification du dossier, des
étiquettes et de la feuille de circulation du jour.

-Vérifier également :

. La prise du traitement J-2 et J0.

. Le Bilan pré Opératoire : (**Groupe, Rhésus, RAI, TP, TCK, Sérologies, NFS,**
plaquettes)

. La consultation d'anesthésie signée.

. La feuille d'accompagnement et entretien avec l'assistante sociale signés, pour
les jeunes filles mineures.

. L'autorisation parentale d'intervention signée.

. Le certificat médical de première consultation et la consultation de
confirmation signés.

. La prise des paramètres : Pouls, T.A., Poids, Dextro (si besoin)

. La douche bétadinée , si allergie savon

. Et la prise de **traitement**, à donner avant la montée au bloc :
(attention vérification de la présence d' allergie)

-TRAITEMENT PRE-OPERATOIRE :

○ **MISOPROSTOL 200 microgrammes** : 2 comprimés per/os

○ **FLAGYL 1 g** : soit 4 comprimés de 250 mg per/os

○ **PROFENID 100** : 1 suppositoire

○ **Prémédication** : Selon prescription du médecin anesthésiste. (Atarax...Prodafalgan...)

7H Visite de l'anesthésiste et accord.

8H Les médecins intervenants sont actuellement au nombre de quatre.

Le nombre d'intervention par jour est actuellement limité cinq.

est souhaitable de faire monter au bloc en priorité les jeunes mineures et en dernier, les
grossesses tardives qui seront plus facile à prendre en charge, si les saignements sont
commencés.

II

MEDECINS PARTICIPANT REGULIEREMENT A L'ACTIVITE CHIRURGICALE IVG

Dr BELEC	06 39 69 50 40
Dr COMBO	06 39 69 19 20
Dr LEPERE	06 39 28 51 67
Dr SEMERIA	06 39 67 38 02

-Passage en salle de réveil.

Faire **Anti- D si groupage négatif** en salle de réveil.

Signature de la prescription par le médecin qui a pratiqué l'acte.

-Retour des patientes dans le service de chirurgie ambulatoire, avec surveillance simple de post opératoire (pouls, TA, saignements, douleur).

-Que la personne soit mineure ou majeure elle devra être **accompagnée à sa sortie** par une personne adulte de confiance.

Si pas d'accompagnant demander systématiquement l'avis d'un médecin pour autorisation de sortie sinon faire signer une décharge

Pour les mineures il faut absolument confier la jeune fille à un adulte.

Cette sortie est personnalisée et réalisée au sein du bureau infirmier afin de permettre plus de confidentialité.

Il est souhaitable qu'aucune sortie ne se fasse avant 14 H.

Elle doit être calculée sur la base de 6H après l'intervention. Cette heure de sortie peut être retardée sur indication de l'anesthésiste ou de l'opérateur.

Ne pas oublier de compléter l'information sur la **contraception choisie**. Donner une plaquette de pilule si besoin en fonction de la prescription notée sur le carnet de santé (**Minidril, Méliane, Milligynon, Cerazette**). Vérifier que les notions de base soient comprises (surveillance du stérilet, effets secondaires du Nexplanon, oubli de pilule...)

Remettre le bilan sanguin à la patiente et la réorienter vers un médecin de centre de référence ou médecin libéral si problèmes..

Vérifier que le courrier de sortie, compte rendu du bloc soit agrafé dans le carnet.

Un arrêt de travail ou un bon d'absence est dispensé à l'Unité d'Orthogénie signé pour une durée d'environ trois jours selon l'appréciation du médecin.

Traitement à la sortie : Attention bien vérifier si allergie. Traitement pour 3 jours.

Profénid suppo 100 mg 2 fois par jour (Spasfon si allergie)

Efferalgan Codéiné 500 3 fois par jour .

-Vérifier avec la patiente la date et le lieu de la consultation de contrôle post IVG programmée 15 jours plus tard. Lui en rappeler l'importance.

-Lui préciser que si dans les suites immédiates elle était inquiète cette femme devait se présenter dans les centres de soins de référence ou aux urgences de la maternité.

Pour tout problème, pendant l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire :
(Allergie, saignements anormaux, douleurs, malaise ou complication)

Contacteur Soit Dr Belec responsable de l'unité au poste 7296 ou 5070

Soit le Medecin en consultation au centre ce jour là au poste 5251 au 5070

Soit le Gynécologue de garde à la maternité poste 7130 ou 7167

Soit l'Anesthésiste de garde poste 7813

Protocole validé 12 JANVIER 2012

12.8. Modèles de protocole national d'IVG médicamenteux⁸¹

COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

Président : Professeur J. Lansac

Extrait des Mises à jour en Gynécologie

Médicale Volume 2006 publié le 29.11.2006

TRENTIÈMES JOURNÉES NATIONALES

QUATRE CONSULTATIONS SONT PRÉVUES DANS LE FORFAIT

1^{re} consultation J0

Demande d'interruption de grossesse.

La grossesse doit être confirmée et son âge précisé par échographie et/ou βhCG. L'âge de la grossesse doit être inférieur à 49 jours d'aménorrhée lors de la prise de Mifégyne®. Un groupe sanguin est demandé. On informe la patiente sur les différentes méthodes d'IVG, médicales, chirurgicales et sur le Réseau IVG médicamenteux Ville- Hôpital. Un document écrit est remis à la patiente. Un délai de réflexion de huit jours doit être respecté, et un entretien psychosocial est systématiquement proposé.

2^e consultation J7

La patiente confirme sa demande d'interrompre sa grossesse par écrit. Dans le cadre du Réseau Ville-Hôpital on lui remet un document écrit qui lui réexplique la méthode, ainsi qu'une fiche d'observation qu'elle garde jusqu'à la visite de contrôle. On lui redonne les coordonnées du médecin qui la reçoit (téléphone portable éventuel ainsi que les coordonnées de l'hôpital de référence). La Mifégyne® est prise en présence du médecin. Une prévention de l'immunisation rhésus sera prescrite si la patiente est rhésus négatif (Rhophylac® 200 IV ou IM).

Des antalgiques de niveau I ou II sont prescrits et une contraception envisagée.

3^e consultation J9

Le texte prévoit que le misoprostol est pris par la patiente en présence du médecin. On rappelle les consignes en cas d'hémorragie et l'obligation de la dernière consultation de contrôle.

4^e consultation entre J14 et J21

Vérification de l'efficacité de la méthode, de la vacuité utérine par échographie ou βhCG. La fiche de liaison est alors envoyée au centre référent.

LES PROTOCOLES ACTUELS :

1) AMM 98, jusqu'à 49 jours d'aménorrhée :

- 3 comprimés de mifépristone (Mifégyne® 200 mg x 3 comprimés) à J7 ;
- 2 comprimés de misoprostol (Cytotec®, Gymiso® 200 mg x 2 comprimés) à J9 par voie orale.

Avec ce protocole : 95% de succès, de 0,5 à 2% de grossesses évolutives, de 3 à 5% de rétentions et 0,5% d'hémorragies.

2) ANAES en mars 2001, jusqu'à 49 jours d'aménorrhée :

- 1 comprimé de mifépristone (Mifégyne® 200 mg, 1 comprimé) à J7 ;
- 2 comprimés de misoprostol (Cytotec®, Gymiso® 200 mg x 2 comprimés par voie orale) à J9.

De 88 à 92% de succès, de 3 à 4% de grossesses évolutives.

3) OMS, jusqu'à 63 jours d'aménorrhée :

- 1 comprimé de mifépristone (Mifégyne® 200 mg, 1 comprimé) à J7 ;
- 4 comprimés de misoprostol (Cytotec®, Gymiso® 200 mg x 4 comprimés) par voie vaginale à J9.

De 96 à 98% de succès, de 0,2 à 0,8% de grossesses évolutives.

⁸¹ Site disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2006_GM_107_missey.pdf

12.9. Manifeste des 343 salopes

Manifeste des 343

5 avril 1971

Le 5 avril 1971, le Nouvel Observateur publie un manifeste par lequel 343 femmes déclarent avoir avorté, et exigent l'avortement libre, ainsi que le libre accès aux moyens anticonceptionnels (l'avortement était interdit en France par la loi de 1920 ; il faudra la loi Veil, votée le 17 janvier 1975 par 284 voix contre 189, pour que l'interruption de grossesse soit admise).

Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On a fait le silence sur ces milliers de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre.

J.Abba Sidick, J.Abdalleh, Monique Anfredon, Catherine Ardit, Maryse Ardit, Hélène Argellies, Françoise Arnoul, Florence Asie, Isabelle Atlan, Brigitte Auber, Stéphane Audran, Colette Aubry, Tina Aumont, L.Azan, Jacqueline Azim, Micheline Baby, Geneviève Bachelier, Cécile Ballif, Néna Baratier, D.Bard, E.Bardis, Anne de Bascher, Laurence Bataille, C.Batini, Chantal Baulier, Hélène de Beauvoir, Simone de Beauvoir, Colette Biec, M.Bediou, Michèle Bedos, Anne Bellec, Loleh Bellon, Edith Benoist, Anita benoit, Aude Bergier, Dominique Bernabe, Jocelyne Bernard, Catherine Bernheim, Nicole Bernheim, Tania Bescomd, Jeannine Beylot, Monique Bigot, Fabienne Biguet, Nicole Bize, Nicole de Boisanger, Valérie Boisgel, Y.Boissaire, Séverine Boissonade, Martine Bonzon, Françoise Borel, Ginette Bossavit, Olga Bost, Anne-Marie Bouge, Pierrette Bourdin, Monique Bourroux, Bénédicte Boysson-Bardies, M.Braconnier-Leclerc, M.Braun, Andrée Brumeaux, Dominique Brumeaux, Marie-Françoise Brumeaux, Jacqueline Busset, Françoise de Camas, Anne Camus, Ginette Cano, Betty Genel, Jacqueline Chambord, Josiane Chanel, Alice Cherki, Danièle Chinsky, Claudine Chonez, Martine Chosson, Catherine Claude, Marie-Louise Clave, Françoise Clavel, Iris Clert, Geneviève Cluny, Annie Cohen, Florence Collin, Anne Cordonnier, Anne Cornaly, Chantal Cornier, J.Corvisier, Michèle Cristofari, Lydia Cruse, Christiane Dancourt, Hélène Darakis, Françoise Dardy, Anne-Marie Daumont, Anne Dauzon, Martine Dayen, Catherine Dechezelle, Marie Dedieu, Lise Deharme, Claire Delpech, Christine Delphy, Catherine Deneuve, Dominique Desanti, Geneviève Deschamps, Claire Deshayes, Nicole Despiney, Catherine Deudon, Sylvia Diarte, Christine Diaz, Arlette Donati, Gilberte Doppler, Danièle Drevet, Evelyne Droux, Dominique Dubois, Muguette Durois, Dolorès Dubrana, C.Dufour, Elyane Dugny, Simone Dumont, Christiane Duparc, Pierrette Duperrey, Annie Dupuis, Marguerite Duras, Françoise Duras, Françoise d'Eaubonne, Nicole Echard, Isabelle Ehni, Myrtho Elfort, Danièle El-Gharbaoui, Françoise Elie, Arlette Elkaïm, Barbara Enu, Jacqueline d'Estrée, Françoise Fabian, Anne Fabre-Luce, Annie Fargue, J.Foliot, Brigitte Fontaine, Antoinette Fouque-Grugnardi, Eléonore Friedmann, Françoise Fromentin, J.Fruhling, Danièle Fulgent, Madeleine Gabula, Yamina Gacon, Luce Garcia-Ville, Monique Garnier, Misha Garrigue, Geneviève Gasseau, Geneviève Gaubert, Claude Génia, Elyane Germain-Horelle, Dora Gerschenfeld, Michèle Girard, F.Gogan, Hélène Gonin, Claude Gorodesky,

Marie-Luce Gorse, Deborah Gorvier, Martine Gottlib, Rosine Grange, Rosemonde Gros, Valérie Groussard, Lise Grundman, A.Guerrand-Hermès, Françoise de Gruson, Catherine Guyot, Gisèle Halimi, Herta Hansmann, Noëlle Henry, M.Hery, Nicole Higelin, Dorinne Horse, Raymonde Hubschmid, Y.Imbert, L.Jalin, Catherine Joly, Colette Joly, Yvette Joly, Hermine Karagheuz, Ugne Karvelis, Katia Kaupp, Nanda Kerien, F.Korn, Hélène Kostoff, Marie-Claire Labie, Myriam Laborde, Anne-Marie Lafaurie, Bernadette Laffont, Michèle Lambert, Monique Lange, Maryse Lapergue, Catherine Larnicol, Sophie Larnicol, Monique Lascaux, M.-T.Latreille, Christiane Laurent, Françoise Lavallard, G.Le Bonniec, Danièle Lebrun, Annie Leclerc, Marie-France Le Dantec, Colette Le Digol, Violette Leduc, Martine Leduc-Amel, Françoise Le Forestier, Michèle Léglise-Vian, Marie-Claude Lejaille, Mireille Lelièvre, Michèle Lemonnier, Françoise Lentin, Joëlle Lequeux, Emmanuelle de Lesseps, Anne Levailant, Dona Lévy, Irène Lhomme, Christine Llinas, Sabine Lods, Marceline Loridan, Edith Loser, Françoise Lugagne, M.Lileyre, Judith Magre, C.Maillard, Michèle Manceaux, Bona de Mandiargues, Michèle Marquais, Anne Martelle, Monique Martens, Jacqueline Martin, Milka Martin, Renée Marzuk, Colette Masbou, Celia Maulin, Liliane Maury, Edith Mayeur, Jeanne Maynial, Odile du Mazaubrun, Marie-Thérèse Mazel, Gaby Memmi, Michèle Meritz, Marie-Claude Mestral, Maryvonne Meuraud, Jolaine Meyer, Pascale Meynier, Charlotte Millau, M. de Miroshodji, Geneviève Mnich, Ariane Mnouchkine, Colette Moreau, Jeanne Moreau, Nelly Moreno, Michèle Moretti, Lydia Morin, Marianne Moulergues, Liane Mozère, Nicole Muchnik, C.Muffong, Véronique Nahoum, Eliane Navarro, Henriette Nizan, Lila de Nobili, Bulle Ogier, J.Olena, Janine Olivier, Wanda Olivier, Yvette Orengo, Iro Oshier, Gege Pardo, Elisabeth Pargny, Jeanne Pasquier, M.Pelletier, Jacqueline Perez, M.Perez, Nicole Perrottet, Sophie Pianko, Odette Picquet, Marie Pillet, Elisabeth Pimar, Marie-France Pisier, Olga Poliakoff, Danièle Poux, Micheline Presle, Anne-Marie Quazza, Marie-Christine Questerbert, Susy Rambaud, Gisèle Rebillion, Gisèle Riboul, Arlette Reinert, Arlette Repart, Christiane Rebeiro, M.Ribeyrol, Delye Ribes, Marie-Françoise Richard, Suzanne Rigail Blaise, Marcelle Rigaud, Laurence Rigault, Danièle Rigaut, Danièle Riva, M.Riva, Claude Rivière, Marthe Robert, Christiane Rochefort, J.Rogaldi, Chantal Rogeon, Francine Rolland, Christiane Rorato, Germaine Rossignol, Hélène Rostoff, G.Roth-Bernstein, C.Rousseau, Françoise Routhier, Danièle Roy, Yvette Roudy, Françoise Sagan, Rachel Salik, Renée Saurel, Marie-Ange Schiltz, Lucie Schmidt, Scania de Schonen, Monique Selim, Liliane Sendyke, Claudine Serre, Colette Sert, Jeanine Sert, Catherine de Seyne, Delphine Seyrig, Sylvie Sfez, Liliane Siegel, Annie Sinturel, Michèle Sirot, Michèle Stemer, Cécile Stern, Alexandra Stewart, Gaby Sylvia, Francine Tabet, Danièle Tardrew, Anana Terramori, Arlette Thephany, Joëlle Thévenet, Marie-Christine Theurkauff, Constance Thibaud, Josy Thibaut, Rose Thierry, Suzanne Thivier, Sophie Thomas, Nadine Trintignant, Irène Tunc, Tyc Dumont, Marie-Pia Vallet, Agnès Van Parys, Agnès Varda, Catherine Varlin, Patricia Varod, Cleuza Vernier, Ursula Vian-Kubler, Louise Villareal, Marina Vlady, A.Wajntal, Jeannine Weil, Anne Wiazemsky, Monique Wittig, Josée Yanne, Catherine Yovanovitch, Anne Zelensky

12.10. Histoire de Mayotte en quelques dates

25 avril 1841 :	Traité de cession de Mayotte à la France
13 juin 1843 :	Prise de possession française
1846-1886 :	Mayotte, colonie sucrière
9 décembre 1846 :	Ordonnance royale portant sur l'abolition de l'esclavage à Mayotte
27 avril 1848 :	Décret libérateur, abolition de l'esclavage
1864 :	Première école publique à Dzaoudzi
1886-1887 :	L'archipel des Comores devient un protectorat français
1908-1914 :	Archipel des Comores: Province de « Madagascar et Dépendances »
24 septembre 1946 :	Les Comores accèdent au statut de Territoire d'Outre-Mer (TOM)
juin 1956 :	Loi-cadre (Defferre) instituant une Assemblée territoriale
juillet 1957 :	Le Conseil du Gouvernement des Comores, doté d'une autonomie interne, est créé par décret
15 juin 1973 :	Accords sur l'accession progressive à l'indépendance
22 décembre 1974 :	Référendum d'autodétermination des Comores (Mayotte dit non à l'indépendance 63,8 %)
6 juillet 1975 :	Déclaration unilatérale de l'indépendance des Comores
8 février 1976 :	Nouvelle consultation de Mayotte (Mayotte souhaite demeurer au sein de la République Française à 99,4 %)
11 avril 1976 :	Référendum statutaire (79,6 % en faveur de la départementalisation, solution non proposée au suffrage). Mayotte devient une Collectivité Territoriale à caractère départemental
24 décembre 1976 :	Mayotte devient une Collectivité Territoriale de la République Française, sur la base de l'article 72 de la Constitution
19 octobre 1986 :	Visite du Premier Ministre : Jacques Chirac
31 décembre 1986 :	Intégration de Mayotte dans la loi-programme relative au développement des DOM
24 novembre 1994 :	Visite du Premier Ministre : Édouard Balladur
28 Octobre 1999 :	Décès de Zéna M'DÈRE, co-fondatrice du Mouvement Populaire Mahorais
2 juillet 2000 :	Consultation sur l'avenir institutionnel de Mayotte. Mayotte va devenir une Collectivité départementale
13 Juillet 2001 :	Mayotte constituée, conformément à l'article 72 de la constitution, une Collectivité territoriale qui prend le nom de «Collectivité Départementale de Mayotte».
21 juillet 2003 :	Loi de programmation pour l'outre-mer
1er janvier 2008 :	Passage au régime dit d'« identité législative » : l'ensemble du droit commun est applicable par défaut sauf dans certains domaines spécifiques comme la fiscalité, l'urbanisme, le droit social...)
16 mars 2008 :	Renouvellement du conseil général
18 avril 2008 :	Adoption, à l'unanimité par les conseillers généraux de Mayotte, d'une résolution invitant le gouvernement français à transformer la collectivité en DOM
29 mars 2009 :	Consultation sur la départementalisation. Le « oui » l'emporte avec 95,2 % des suffrages
31 mars 2011 :	Passage effectif au statut de DOM

12.11. Avortements suivant la région et le département de résidence de la femme

2002 - TABLEAU I

Avortements suivant la région et le département de résidence de la femme

	Avortements	Naissances vivantes	Avortements pour 100 naissances vivantes
Lieu de résidence			
75 Ville de Paris	6632	32237	20,6
77 Seine et Marne	3276	17728	18,5
78 Yvelines	2860	19655	14,6
91 Essonne	2484	16927	14,7
92 Hauts de Seine	3829	24515	15,6
93 Seine Saint Denis	4940	25702	19,2
94 Val de Marne	3337	19608	17,0
95 Val d'Oise	2001	17152	11,7
Région Ile de France	29359	173524	16,9
08 Ardennes	607	3587	16,9
10 Aube	243	3387	7,2
51 Marne	1102	7064	15,6
52 Haute Marne	423	2186	19,4
Région Champagne Ardennes	2375	16224	14,6
02 Aisne	1146	6906	16,6
60 Oise	1174	10859	10,8
80 Somme	1164	7028	16,6
Région Picardie	3484	24793	14,1
27 Eure	816	7201	11,3
76 Seine Maritime	2814	15547	18,1
Région Haute Normandie	3630	22748	16,0
18 Cher	716	3267	21,9
28 Eure et Loire	816	5251	15,5
36 Indre	467	2375	19,7
37 Indre et Loire	1334	6753	19,8
41 Loir et Cher	731	3556	20,6

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE A MAYOTTE

	Avortements	Naissances vivantes	Avortements pour 100 naissances vivantes
45 Loiret	1586	8206	19,3
Région Centre	5650	29408	19,2
14 Calvados	1120	8227	13,6
50 Manche	679	5603	12,1
61 Orne	462	3357	13,8
Région Basse Normandie	2261	17187	13,2
21 Côte d'or	1131	5942	19,0
58 Nièvre	386	2157	17,9
71 Saône et Loire	901	5653	15,9
89 Yonne	405	3848	10,5
Région Bourgogne	2823	17600	16,0
59 Nord	6862	36844	18,6
62 Pas de Calais	2946	19460	15,1
Région Nord Pas de Calais	9808	56304	17,4
54 Meurthe et Moselle	2099	8548	24,6
55 Meuse	341	2247	15,2
57 Moselle	2535	11974	21,2
88 Vosges	884	4333	20,4
Région Lorraine	5859	27102	21,6
67 Bas Rhin	2225	12939	17,2
68 Haut Rhin	1790	8930	20,0
Région Alsace	4015	21869	18,4
25 Doubs	1447	6367	22,7
39 Jura	582	3082	18,9
70 Haute Saône	484	2749	17,6
90 Territoire de Belfort	372	1803	20,6
Région Franche Comté	2885	14001	20,6
44 Loire Atlantique	2960	15829	18,7
49 Maine et Loire	1521	9803	15,5
53 Mayenne	579	3932	14,7
72 Sarthe	1135	6686	17,0

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE A MAYOTTE

	Avortements	Naissances vivantes	Avortements pour 100 naissances vivantes
85 Vendée	852	6749	12,6
Région Pays de la Loire	7047	42999	16,4
22 Côtes d'Armor	845	6337	13,3
29 Finistère	1357	9782	13,9
35 Ille et Vilaine	1920	11880	16,2
56 Morbihan	1211	7838	15,5
Région Bretagne	5333	35837	14,9
16 Charente	513	3423	15,0
17 Charente Maritime	1211	5796	20,9
79 Deux Sèvres	311	3929	7,9
86 Vienne	758	4573	16,6
Région Poitou Charente	2793	17721	15,8
24 Dordogne	579	3578	16,2
33 Gironde	3137	15704	20,0
40 Landes	608	3436	17,7
47 Lot et Garonne	574	3172	18,1
64 Pyrénées Atlantiques	1277	6335	20,2
Région Aquitaine	6175	32225	19,2
09 Ariège	87	1315	6,6
12 Aveyron	122	2622	4,7
31 Haute Garonne	144	13743	1,0
32 Gers	70	1548	4,5
46 Lot	39	1498	2,6
65 Hautes Pyrénées	56	2170	2,6
81 Tarn	46	3596	1,3
82 Tarn et Garonne	63	2413	2,6
Région Midi Pyrénées	627	28905	2,2
19 Corrèze	273	2243	12,2
23 Creuse	352	994	35,4
87 Haute Vienne	921	3594	25,6
Région Limousin	1546	6831	22,6

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE A MAYOTTE

	Avortements	Naissances vivantes	Avortements pour 100 naissances vivantes
01 Ain	1515	6691	22,6
07 Ardèche	659	3272	20,1
26 Drôme	1002	5542	18,1
38 Isère	2725	14983	18,2
42 Loire	958	8770	10,9
69 Rhône	4558	23297	19,6
73 Savoie	933	4660	20,0
74 Haute Savoie	1603	8680	18,5
Région Rhône Alpes	13953	75895	18,4
03 Allier	659	3310	19,9
15 Cantal	361	1465	24,6
43 Haute Loire	489	2320	21,1
63 Puy de Dôme	1438	6387	22,5
Région Auvergne	2947	13482	21,9
11 Aude	1108	3266	33,9
30 Gard	1592	7554	21,1
34 Hérault	2913	11486	25,4
48 Lozère	171	741	23,1
66 Pyrénées Orientales	1326	4457	29,8
Languedoc Roussillon	7110	27504	25,9
04 Alpes de Haute Provence	322	1554	20,7
05 Hautes Alpes	300	1445	20,8
06 Alpes Maritimes	2539	11300	22,5
13 Bouches du Rhône	4807	24083	20,0
83 Var	1127	10442	10,8
84 Vaucluse	1041	6334	16,4
Région Provence Côte d'Azur	10136	55158	18,4
2A Corse du Sud	125	2748	4,5
2B Haute Corse	17	31960	0,1
Corse N.D.	144	.	.
Région Corse	286	34708	0,8

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE A MAYOTTE

	Avortements	Naissances vivantes	Avortements pour 100 naissances vivantes
D.O.M., T.O.M.	786	.	.
Etranger(21)	.	.	.
Non déclaré	6609	.	.
France Métropolitaine	130102	792025	16,4

12.12. TABLEAUX DE DONNEES INED⁸²

12.12.1 Données sur l'IVG de 2005 à 2011, selon Ined

INED							
Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre IVG instrumentale	87649	89238	93249	87774	ND	ND	ND
Nombre IVG médicamenteuse	76662	82000	87660	87380	ND	ND	ND
Nombre ND	2674	3323	4589	4213	ND	ND	ND
Total IVG France Entière ¹	166985	174561	185498	179367	ND	ND	ND
Nombre IVG SAE ²	206311	215390	213382	209247	209268	211985	
IVG pour 100 conceptions							
IVG pour 100 naissances vivantes	26,6	27	27,1	26,3	26,4	26	24.6
¹ IVG+IMG déclarées dans bulletins							
² SAE(Statistiques annuelles d'établissement)							

12.12.2 Taux d'avortement par naissance vivantes de 1993 à 2011 en métropole selon Ined

INED																			
Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre d'IVG	ND	ND	179648	187114	188796	195960	196885	192174	202180	206596	203300	210664	206311	215390	213382	209247	ND	ND	ND
Naissances vivantes		740774	759058	764028	757384	768906	775796	807405	803234	792745	793044	799361	806822	829352	818705	828404	824641	832799	822500
Taux d'avortement*	ND	ND	28,4	28,2	28,5	28,0	27,7	26,6	26,7	26,6	26,7	27,4	26,6	27,0	27,1	26,3	ND	ND	ND
* pour 100 naissances vivantes																			

12.12.3 Evolution de la répartition des IVG médicamenteuses et chirurgicales entre 2002 et 2009 en métropole selon Ined

Méthodes	médicamenteuse	Instrumentale(dont instrumentale après 12SA)	Instrumentale après 12SA	ND	Total par an
2002	44604	88263	1347	4630	137497
2003	ND	ND	ND	ND	ND
2004	ND	ND	ND	ND	ND
2005	76612	87699	6383	2674	166985
2006	82000	89238	6486	3323	174561
2007	86660	96257	7216	2581	185498
2008	87380	87774	7276	4213	179367
2009	ND	ND	ND	ND	ND
Moyenne	75451.2	89846.2	5741.6	3484.2	168781.6
Moyenne (%)	44,7	53,3	3,4	2	100

⁸² Site disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/france/avortements_contraception/avortements/>

12.12.7 Nombre d'IVG précédant, fait par des femmes ayant avorté en 2005 et 2007, en métropole, selon Ined

Nb IVG	0	1	2	3	4	5	6	7	8 ET PLUS	ND	total IVG/an
2005	94692 (66,7%)	34093 (24%)	8402 (5,92%)	2346 (1,6%)	866 (0,6%)	355 (0,2%)	434 (0,3%)	287 (0,2%)	401 (0,3%)	25109	166985
2007	110858 (65,6%)	42208 (25%)	10606 (6,3%)	2915 (1,7%)	891 (0,5%)	349 (0,2)	408 (0,2%)	285 (0,2%)	454 (0,3%)	16524	185498

12.12.8 Nombre d'avortement par mois entre 2003 et 2009, en métropole selon Ined

Année	mois de l'année												total/an		
	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE			
2003	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2005	14676	14476	14515	13406	13748	15015	13762	12641	14583	13277	13066	13726	166985	1097	
2006	14513	13797	15747	13398	14448	16040	13971	13740	14945	15100	13777	13847	174561	1238	
2007	16173	15447	16269	15533	16767	16902	15107	13486	14745	15649	13842	13741	185498	1867	
2009	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	N	ND	ND		
moyenne	15121 (9%)	14573 (8%)	15510 (9%)	14112 (8%)	14988 (8%)	15986 (9%)	14280 (8%)	13289 (8%)	14758 (8%)	14675 (8%)	13562 (8%)	13771 (8%)	175681	1401	

12.13. Tableaux de données sur des territoires d'Afrique

12.13.1 Indicateurs de santé en Afrique ⁸³:

Région et pays	population en millions 2007	taux d'accroissement naturel (%)	population estimée		taux de mortalité infantile	taux de fécondité total	de Filles moins de 15 ans (%)	de Femmes mariés de 15 à 45 ans utilisant la contraception	
			Mi 2025	Mi 2050				toutes méthodes	méthodes modernes
Afrique	1030	2,4	1412	2084	86	4,7	41	29	23
Afrique sub saharienne	865	2,5	1207	1831	81	5,2	43	23	17
Afrique du nord	209	1,9	262	329	42	3	33	49	44
Algérie	36	1,8	43,6	50,4	28	2,3	28	61	52
Afrique occidentale	309	2,6	435	682	81	5,5	43	14	10
Afrique de l'Est	326	2,7	465	709	72	5,3	44	28	23
Comores	0,7	2,6	0,9	1,2	53	4,1	38	26	19
Djibouti	0,9	1,8	1,1	1,5	67	4	37	18	17
Kenya	40	2,7	51,3	65,2	52	4,6	42	46	39
Madagascar	20,1	2,6	28,6	42,7	48	4,8	43	40	29
Iles Maurice	1,3	0,5	1,4	1,4	13	1,5	22	76	42
Mayotte	0,2	3,6	0,3	0,5	ND	4,5	45	ND	ND
La Réunion	0,8	1,3	1	1,1	8	2,4	26	67	64
Afrique centrale	129	2,7	188	296	111	5,9	46	19	7
Afrique australe	57	1	63	68	48	2,5	32	59	58
Afrique du Sud	49,9	0,9	54,4	57,4	46	2,4	31	60	60

12.13.2 Données du Centre Hospitalier National El Maarouf à Moroni à la Grande Comore ⁸⁴.

Année	naissance	césarienne	accouchement par voie basse	Curetage (1)	complications secondaire à un avortement clandestin (2)	décès secondaire à avortement (3)	IVG (1+2+3)	taux D'IVG pour 100 naissances
2007	2852	334	2518	402	106	1	509	17,8
2008	2999	361	2638	429	46		475	18
2009	3203	411	2792	333	49	1	382	13,7
2010	3246	481	2765	118	20	1	139	5
2011	3306	503	2803	26	12	2	40	1,4

⁸³ World Population Data Sheet, Washington, DC, Population Reference Bureau. 2010

⁸⁴ Données recueillies par l'infirmière Major du service de maternité CHN El Marouf. Les données sous évaluées, surtout de 2008 à 2011 où elles ne sont pas fiables, du fait de l'absence de standardisation de l'interrogatoire à la recherche de la cause avortement. Les IVG sont plus pratiquée au sein des cliniques privées étant donné l'interdit de l'IVG aux Comores. Les cas les plus graves, sont seuls, correctement étiquetés, car ils sont diagnostiqués plus facilement.

12.14. Densité de la population dans les départements français⁸⁵

RANG	DÉPARTEMENTS	Densité (Hab./km ²) (1er janvier 2009)
41	Ain - (01)	101
53	Aisne - (02)	75
77	Allier - (03)	48
98	Alpes-de-Haute-Provence - (04)	23
13	Alpes-Maritimes - (06)	253
69	Ardèche - (07)	57
71	Ardennes - (08)	56
93	Ariège - (09)	31
75	Aube - (10)	51
70	Aude - (11)	57
90	Aveyron - (12)	33
16	Bas-Rhin - (67)	231
10	Bouches-du-Rhône - (13)	386
35	Calvados - (14)	124
95	Cantal - (15)	27
67	Charente - (16)	60
48	Charente-Maritime - (17)	90
82	Cher - (18)	45
83	Corrèze - (19)	43
87	Corse-du-Sud - (2A)	34
86	Haute-Corse - (2B)	35
66	Côte-d'Or - (21)	61
49	Côtes-d'Armor - (22)	86
97	Creuse - (23)	23
64	Deux-Sèvres - (79)	62
79	Dordogne - (24)	46
40	Doubs - (25)	102
54	Drôme - (26)	74
6	Essonne - (91)	673
44	Eure - (27)	96
55	Eure-et-Loir - (28)	74
34	Finistère - (29)	136
36	Gard - (30)	119
94	Gers - (32)	30
31	Gironde - (33)	142
21	Haute-Garonne - (31)	191
80	Haute-Loire - (43)	46
92	Haute-Marne - (52)	31
96	Hauts-Alpes - (05)	24
81	Haute-Saône - (70)	45
26	Haute-Savoie - (74)	164
74	Hauts-Pyrénées - (65)	53
58	Haute-Vienne - (87)	68
19	Haut-Rhin - (68)	213
2	Hauts-de-Seine - (92)	8824
25	Hérault - (34)	167
30	Ille-et-Vilaine - (35)	143
85	Indre - (36)	35
43	Indre-et-Loire - (37)	97
27	Isère - (38)	161

RANG	DÉPARTEMENTS	Densité (Hab./km ²) (1er janvier 2009)
72	Jura - (39)	54
84	Landes - (40)	41
28	Loire - (42)	159
22	Loire-Atlantique - (44)	186
42	Loiret - (45)	98
73	Loir-et-Cher - (41)	53
88	Lot - (46)	34
63	Lot-et-Garonne - (47)	62
99	Lozère - (48)	16
37	Maine-et-Loire - (49)	110
51	Manche - (50)	86
56	Marne - (51)	71
68	Mayenne - (53)	60
32	Meurthe-et-Moselle - (54)	141
91	Meuse - (55)	32
39	Morbihan - (56)	105
23	Moselle - (57)	170
89	Nièvre - (58)	34
9	Nord - (59)	456
33	Oise - (60)	139
76	Orne - (61)	50
1	Paris - (75)	20967
17	Pas-de-Calais - (62)	222
52	Puy-de-Dôme - (63)	80
50	Pyrénées-Atlantiques - (64)	86
38	Pyrénées-Orientales - (66)	107
8	Rhône - (69)	523
60	Saône-et-Loire - (71)	66
47	Sarthe - (72)	92
57	Savoie - (73)	69
18	Seine-et-Marne - (77)	219
20	Seine-Maritime - (76)	202
3	Seine-Saint-Denis - (93)	6371
45	Somme - (80)	94
61	Tarn - (81)	66
62	Tarn-et-Garonne - (82)	63
15	Territoire de Belfort - (90)	238
4	Val-de-Marne - (94)	5348
5	Val-d'Oise - (95)	941
24	Var - (83)	168
29	Vauduse - (84)	153
46	Vendée - (85)	92
65	Vienne - (86)	62
59	Vosges - (88)	67
78	Yonne - (89)	47
7	Yvelines - (78)	622
14	Guadeloupe - (971)	239
100	Guyane - (973)	2
11	Martinique - (972)	358
12	Réunion - (974)	316

⁸⁵ [GéoPopulation](http://www.geopopulation.com/france/departements/classement-departements-densite-population/) : Informations, données, classements, statistiques et cartes sur les pays du monde ; Site disponible sur: <<http://www.geopopulation.com/france/departements/classement-departements-densite-population/>>

12.15. Carte de Mayotte et de ses 5 secteurs sanitaires



13. SERMENT D'HYPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».