HAL
open science

Contraception et grossesses non désirées chez les jeunes femmes (18-25 ans) de l'île de Maré en Nouvelle-Calédonie : une enquête qualitative

Murielle Dumas

To cite this version:

Murielle Dumas. Contraception et grossesses non désirées chez les jeunes femmes (18-25 ans) de l'île de Maré en Nouvelle-Calédonie : une enquête qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02141232

HAL Id: dumas-02141232

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02141232

Submitted on 27 May 2019

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.

N° d'ordre : **ANNÉE 2018**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Murielle DUMAS

Née le 13 Mars 1991 à Le Mans

Contraception et grossesses non désirées chez les jeunes femmes (15-25 ans) de l'île de Maré en Nouvelle-Calédonie. Une enquête qualitative.

Thèse soutenue à Rennes

le 31 Mai 2018

devant le jury composé de :

Jean LEVEQUE
Professeur - Service de Gynécologie-Obstétrique - CHU de Rennes / *Président*

Ronan GARLANTEZEC
Maître de Conférence universitaire – Service d'Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention – CHU de Rennes / *assesseur*

Sidonie CHHOR-QUENIART
Médecin généraliste, Maître de Conférence associé des université de MG - Rennes / *assesseur*

Ludivine ALLARD-BAIN
Médecin généraliste - Brest / *assesseur*

Michel JORDA
Médecin généraliste, sexologue - Mont-Dore (Nouvelle-Calédonie) / *directeur de thèse*

N° d'ordre : **ANNÉE 2018**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Murielle DUMAS

Née le 13 Mars 1991 à Le Mans

Contraception et grossesses non désirées chez les jeunes femmes (15-25 ans) de l'île de Maré en Nouvelle-Calédonie. Une enquête qualitative.

Thèse soutenue à Rennes

le 31 Mai 2018

devant le jury composé de :

Jean LEVEQUE
Professeur - Service de Gynécologie-Obstétrique
CHU de Rennes / *Président*

Ronan GARLANTEZEC
Maître de Conférence universitaire – Service d'Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
CHU de Rennes / *assesseur*

Sidonie CHHOR-QUENIART
Médecin généraliste, Maître de Conférence associé des université de MG - Rennes / *assesseur*

Ludivine ALLARD-BAIN
Médecin généraliste - Brest / *assesseur*

Michel JORDA
Médecin généraliste, sexologue - Mont-Dore (Nouvelle-Calédonie) / *directeur de thèse*

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie

DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques (Professeur associé)	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion

HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre + consultanat	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie

MOREL Vincent (Professeur associé)	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand (Professeur associé)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillisement; addictologie
SOULAT Louis (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales

TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMI Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINE Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAULT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie

MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

Remerciements

Au Président de jury
Monsieur le Professeur Jean Levêque, vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour l'attention que vous portez à ce travail.

Aux membres du jury
Monsieur le Docteur Ronan Garlantezec, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, je tiens à vous remercier et à vous témoigner ma gratitude.

Madame le Docteur Sidonie Chhor, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, ainsi que pour votre implication dans notre formation, je tiens à vous remercier et à vous témoigner ma gratitude.

Monsieur le Docteur Michel Jorda, je te remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse. Pour ton implication auprès des internes en médecine générale à Nouméa et ton soutien tout au long de ce projet, je te remercie sincèrement.

Madame le Docteur Ludivine Allard-Bain, « Docteur Ludivine » de Maré, merci d'avoir accepté ce nouveau challenge, ton expérience du terrain sera précieuse et ta présence me fait chaud au cœur.

A Christine Salomon,
Votre expertise, vos contacts, vos remarques toujours très pertinentes m'ont été très précieuses tout au long ce projet. Je vous remercie très sincèrement pour votre soutien sans lequel ce travail n'aurait pas été aussi riche.

A toutes les femmes interrogées,
Je les remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à cette enquête et de la confiance qu'elles m'ont accordée pour parler de ces sujets « tabou ».

Aux équipes des dispensaires de La Roche, *de l'ESPAS-CMP et de Wé* pour tout ce que vous m'avez apporté, professionnellement, humainement et dans ce travail de thèse. Vous m'avez redonné la passion de la médecine.

A mes maîtres de stage praticien, Carole, Michel et Laurence, pour votre accueil chaleureux dans vos cabinets et dans vos foyers, pour tout ce que vous m'avez transmis et pour tous nos échanges, sur la médecine et le reste ! Vous m'avez donné une ouverture d'esprit sur notre métier que j'espère ne jamais oublier.

Dédicaces

A ma famille,

Merci pour votre soutien tout au long de ces longues années d'études

David, Marine, Amandine et Mistral, je vous souhaite de trouver votre voie et de vous épanouir dans le travail mais aussi à travers tout le reste.

A mes amis d'ici et d'ailleurs,

Aux « vieilles » amies du lycée, qui comptent toujours…Louise, Elodie et Laure

Anne-Claire et Constance, les irréductibles de Liverpool…

Aux acolytes de Lorient: Marine, Romain, Baptiste, Céline et les autres sans qui ces années bretonnes n'auraient pas été aussi mémorables !

A la team du DU de médecine tropicale, Alice, Armelle, Marie, Clara & les autres…

A tous mes co-externes et co-internes avec qui nous avons partagé de bons moments mais aussi les galères de notre formation…

A la Nouvelle-Calédonie et à ses habitants…petite île du bout du monde qui a conquit mon cœur,

A tous ceux que j'y ai rencontré, ceux de passage et ceux qui restent, qui ont contribué à rendre la vie ici encore plus belle !

A Jean-Luc, à mes côtés dans cette nouvelle vie, et j'espère pour très longtemps encore…

A ceux qui ont compté toutes ces années et que je n'ai pas cité, merci pour tous les bons moments qui ont fait oublié ces années d'études parfois difficiles !

Table des matières

Introduction **14**

Méthode **18**

I. Type d'étude et constitution de l'échantillon **18**

II. Guide d'entretien (annexe 2) **18**

III. Déroulement des entretiens **19**

IV. Analyse des données **19**

V. Aspects éthiques et règlementaires **19**

Résultats **20**

I. Déroulement des entretiens **20**

II. Les caractéristiques de la population (annexe 3) **20**

III. Connaissances théoriques et pratiques autour de la contraception **20**

1) Des connaissances théoriques, présentes mais mal assimilées 20

2) Pratiques des femmes en matière de contraception et perception du risque de grossesse 21

3) Sources d'information 23

IV. Les conséquences des échecs de contraception **24**

1) Des histoires de vie marquées par des grossesses non désirées 24

2) Un recours à l'IVG peu fréquent et mal vécu 26

3) Une réponse communautaire aux grossesses des jeunes filles non mariées 26

V. Les freins à une contraception adaptée et efficace **27**

1) Un défaut d'information et de connaissances 27

2) La survenue ou la peur des effets indésirables 28

3) Des représentations erronées, source de méfiance 28

4) Un problème logistique d'accès à la contraception 29

5) La sexualité, un sujet tabou 29

6) L'absence de confidentialité 30

VI. Attentes des participantes pour faciliter l'accès à la contraception **30**

1) Disposer d'un espace d'expression libre et garantissant une meilleure confidentialité 31

2) Réaliser des interventions d'information sur la sexualité en tribu 31

3) Implication du médecin traitant 31

Discussion **32**

I. Analyse des résultats principaux **32**

1) Des grossesses non désirées finalement menées à terme 32

2) Des connaissances souvent fragmentaires et des sources d'informations variables 34

3) Pratiques en matière de contraception et comparaison avec les données du grand Nouméa et de France Métropolitaine 35

4) De nombreux freins à une contraception efficace et librement choisie 36

5) La sexualité, un sujet « tabou » pour qui ? 37

II. Forces et limites de l'étude **38**

III. Perspectives **39**

Conclusion **42**

Références bibliographiques **43**

Glossaire **46**

Annexes **47**

Annexe 1 : Fiche d'information à destination des femmes **47**

Annexe 2 : Guide d'entretien **48**

Annexe 3: Tableau des caractéristiques des femmes participantes **50**

Annexe 4 : méthode BERCER (OMS) **52**

Liste des illustrations

Figure 1 : Carte des Provinces et Communes de Nouvelle Calédonie……....17
Figure 2 : Carte de l'île de Maré et localisation des deux CMS de La Roche et Tadine ……..17

Introduction

La Nouvelle-Calédonie (NC), est une collectivité française d'Outre-Mer, située dans le Pacifique Sud. Elle est découpée en trois Provinces (figure 1) depuis les accords de Matignon de 1988 : la Province Nord, la Province Sud et la Province des îles regroupant les 4 îles Loyautés : Ouvéa, Lifou, Maré et Tiga. D'après le recensement de l'ISEE de 2014(1), cette dernière Province comprend 7% de la population calédonienne soit 18 297 habitants. Les Mélanésiens ou Kanak représentent 94% de la population des îles Loyauté et 39% de l'ensemble de la population calédonienne. 5 648 habitants résident sur l'île de Maré avec une densité de population de 8,5 habitants/km2 (1).
Les accords de Matignon, renforcés par les accords de Nouméa en 1998 ont doté la NC d'une forte autonomie en matière de santé, dont les responsabilités sont réparties entre le gouvernement et les provinces.

Sur les îles Loyauté, l'offre de soin est concentrée dans les centres médico-sociaux (CMS), héritiers des anciens dispensaires militaires, désormais sous la tutelle de la Province (2). Il y a deux CMS sur l'île de Maré : Tadine et La Roche (figure 2). Dans chaque dispensaire, 3 médecins et 7 infirmiers y assurent des consultations et une permanence des soins 24/24H. Le suivi gynécologique et la contraception sont gérés essentiellement par les deux sages-femmes de l'île, qui assurent également les consultations de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans les 2 CMS. Un gynécologue assure des vacations mensuelles. Pour les examens complémentaires d'imagerie, les actes chirurgicaux ou les IVG, les patients sont transférés vers le Centre Hospitalier Territorial (CHT) ou les cliniques privées situés à Nouméa.

Il existe deux types de couverture sociale selon les revenus des personnes[1]. La majorité des patients suivis dans les CMS de l'île de Maré sont bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite (AMG). Les consultations de contraception et la délivrance des moyens contraceptifs sont gratuites dans les CMS.

Sur le plan légal, la loi Veil de 1975 n'a pas été rendue applicable en Nouvelle-Calédonie. L'IVG a été dépénalisée en 1983, sans en prévoir les modalités. C'est seulement la loi du 29 Septembre 2000 qui a fixé le cadre de l'IVG (tel que défini en France dans la loi Veil) ainsi que les modalités de prise en charge financière des produits et actes relatifs à la contraception. La loi française du 4 Juillet 2001 a été étendue partiellement en NC et a assuré la gratuité de l'IVG. Enfin, l'IVG ambulatoire (autorisé en France en 2001) a été autorisé par ordonnance en 2008 (3). En 2018, l'IVG n'est pas encore proposée sur l'île de Maré mais les frais de transports pour se rendre à Nouméa sont pris en charge.

- [1] Pour les travailleurs : le régime général de la CAFAT rembourse partiellement les frais médicaux courants (40%) et les moyens de contraception à hauteur de 80%. Il s'agit d'une caisse unique, territoriale. Une mutuelle complémentaire peut être souscrite.
- Pour les personnes ayant de faibles revenus (barème selon les revenus et la composition du foyer): ils peuvent bénéficier de l'Aide Médicale (équivalent de la CMU) avec deux types, A et B suivant les niveaux de revenus. L'aide médicale est gérée par les provinces et assure le remboursement à 90% des consultations, des examens d'imagerie ou de laboratoire et des médicaments en pharmacie.

La couverture contraceptive des femmes en âge de procréer, malgré une progression au cours des dix dernières années, reste insuffisante en Nouvelle-Calédonie (4). Alors que seulement une femme sur trois utilisait un moyen de contraception en 2004 (5) ; elle était estimée par la DASS en 2015 à 52% des femmes en âge de procréer (4).
De cette couverture contraception insuffisante résulte un taux important de premières grossesses non désirées et un recours plus fréquent à l'IVG. Dans une enquête INSERM de 2007 par questionnaire auprès des jeunes calédoniens de 16 à 25 ans (6), 53% des femmes calédoniennes de moins de 25 ans déclaraient ne pas avoir voulu leur 1ère grossesse, sans différence significative entre les provinces. De plus, le taux d'IVG est élevé : 17,34/1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, contre 14,5/1000 en Métropole, en 2015 (4,7,8).

D'après les enquêtes réalisées sur l'ensemble du territoire, les jeunes femmes des îles auraient moins recours à la contraception (4,6,7). Toujours dans l'enquête INSERM de 2007 (6), 24% des jeunes femmes sexuellement actives des îles Loyauté n'avaient pas de contraception efficace, contre 11% sur la Grande Terre. De même, le préservatif n'était pas utilisé par 44% des jeunes des îles n'ayant pas de partenaire stable contre 29% ailleurs. Le constat était le même dans le baromètre santé de 2016 (7), recensant entre 43 et 62% d'utilisateurs systématiques du préservatif en Province des îles, contre 50 à 65% en Province Sud.
Pour comparer avec la France métropolitaine, dans l'enquête Fécond réalisée en 2013, plus de 93% des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 25 ans, disposaient d'un moyen de contraception (9,10). En revanche, les DIU et le Nexplanon, moyens ayant le meilleur indice de Pearl, sont plus utilisés en NC, avec une nette progression entre 2004 et 2015, parallèlement à la régression de l'utilisation des contraceptions orales. Ils concerneraient 38% des femmes sous contraception contre 15% en France métropolitaine (5).

Deux autres marqueurs sont importants pour mieux appréhender la situation particulière des jeunes calédoniens : la prévalence des IST ainsi que celle des violences (sexuelles ou non) subies sont élevées en NC et supérieures à la France métropolitaine.
Une enquête réalisée en population générale (18-49 ans) en 2012 a montré une prévalence de 9% du portage à *Chlamydiae trachomatis* détecté par PCR (et de 18,7% chez les 18-25 ans), de 3,5% pour *Neisseria gonorrheae*, de 3% pour la syphilis cicatricielle et de 0,4% pour la syphilis active (11).
Selon l'avis du CESE de 2017(12), 19% des femmes calédoniennes auraient subis des violences sexuelles conjugales au cours des 12 derniers mois, contre 2,3% en France Métropolitaine. La situation des jeunes filles est également préoccupante avec une prévalence élevée des abus sexuels précoces (13,14). Dans l'enquête INSERM de 2007 (6), 17% de l'ensemble des filles calédoniennes (contre 5% des garçons) et 28% des filles des îles Loyauté déclaraient avoir subis des violences sexuelles avant l'âge de 16 ans.

Deux enquêtes socio-anthropologiques ont été réalisées en 2010 à Nouméa (15,16) sur les comportements des jeunes en matière de sexualité en ciblant plus particulièrement les populations vulnérables (jeunes non insérés, résidents des squatts du Grand Nouméa…). Les auteurs ont identifié

un défaut d'information et de connaissances, source de comportements à risque de grossesse non désirée et d'IST. La sexualité apparaissait comme un sujet tabou en général et de façon plus marquée dans la communauté kanak (15–17).
Seule l'enquête qualitative portant sur les représentations des violences sexuelles collectives réalisée par Isabelle De Frémicourt (18) a ciblé la population des jeunes des îles. Dans cette étude, la consommation d'alcool, de cannabis, le contexte festif et l'émulation du groupe étaient des éléments déterminants de ces comportements violents.

SI les jeunes îliens sont minoritaires en nombre, leurs cadres de vie et leurs problématiques au quotidien sont assez différentes des jeunes de Nouméa. Les habitants des îles sont essentiellement Kanak[2], la « coutume »[3] est très ancrée dans le quotidien, la religion chrétienne (catholique ou protestante selon les tribus) très présente. Ceux qui poursuivent des études après le collège doivent partir sur Nouméa. L'offre d'emploi étant très limitée sur l'île, il existe un exode massif vers la grande Terre, notamment des jeunes actifs et des familles, qui y reviennent à l'occasion des évènements coutumiers ou pour les vacances. Pour ceux restés vivre sur l'île, le mode de vie est communautaire et tourné vers la culture vivrière.

La population des 15-25 ans est généralement choisie dans les études concernant les comportements en santé sexuelle, car il s'agit d'une phase de transition déterminante dans la vie des individus, tant sur le plan de l'insertion socio-économique que sur celui de la construction d'une vie sexuelle et familiale. C'est aussi la période où l'on note le plus de grossesses non désirées chez les femmes (4).

Quelles particularités dans le rapport à la contraception des jeunes femmes de Maré expliquent une couverture contraceptive deux fois inférieure à celle des autres femmes calédoniennes (6)? Comment la vie de ces jeunes femmes est-elle impactée par ces échecs de contraception?

L'Objectif principal de cette enquête qualitative était d'explorer les connaissances, les représentations, les pratiques et les freins concernant la contraception chez les jeunes filles de Maré âgées de 15 à 25 ans. L'objectif secondaire était de faire émerger des pistes pour améliorer l'accès à une contraception adaptée et choisie de façon éclairée.

---

[2] Deux termes existent pour désigner le peuple autochtone de Nouvelle-Calédonie : « Mélanésien » ou « Kanak », terme invariable en genre et en nombre, reprise du terme « canaque » de l'époque coloniale et que s'est réappropriée cette communauté dans le contexte politique de réaffirmation de leur identité dans le cadre de la lutte nationaliste.

[3] Le mot « coutume » est usuellement employé en Nouvelle-Calédonie pour désigner de façon générale la culture Kanak, ses modes d'organisation sociale, ses traditions, ses valeurs et pratiques sociales et culturelles.

Figure 1 : Carte des Provinces et Communes de Nouvelle-Calédonie

Source : Sénat.fr [en ligne] disponible : www.senat.fr/leg/etudes-impact/pjl12-719-ei/pjl12-719-ei.html

Figure 2 : Carte de l'île de Maré et localisation des deux CMS de La Roche et Tadine (H)

Source : Province des îles Loyauté [en ligne] disponible: http://www.province-iles.nc/index.php/?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=30#nengone

Méthode

I. Type d'étude et constitution de l'échantillon

Il s'agit d'une étude qualitative. Le recueil des données s'est fait à partir d'entretiens semi-dirigés. La population de l'étude comprend les femmes Kanak de 15 ans à 25 ans, originaires de Maré et résidant sur l'île ou scolarisées à Nouméa.

La période de recrutement était limitée dans le temps par la durée de mon stage SASPAS en tant qu'interne en médecine générale au CMS de La Roche, sur l'île de Maré.

L'échantillonnage était raisonné, en variation maximale, avec pour objectif d'obtenir les profils les plus diversifiés possible selon les critères suivants : âge, situation maritale, conditions de vie, situation professionnelle, carrière sexuelle, gestité/parité, tribu d'appartenance, CMS de référence, couverture sociale (CAFAT +/-mutuelle, Aide Médicale Gratuite A ou B).

L'étude a été présentée à l'ensemble du personnel soignant du CMS de La Roche ainsi qu'aux sages-femmes travaillant dans les dispensaires de La Roche et Tadine. Des fiches d'information (annexe 1) à destination des patientes leur ont été remises, afin de proposer à toutes les femmes âgées de 15 à 25 ans, se présentant au CMS pour une consultation (médicale ou autre) ou des soins infirmiers, de participer à l'étude. En cas d'accord de principe, elles prenaient les coordonnées des femmes et je les recontactais ensuite pour leur donner plus d'informations et convenir d'un rendez-vous.
Des fiches d'informations accompagnées d'une demande de consentement pour les parents ont également été remises aux collégiennes du collège de La Roche, âgées de 15 ans et plus, par l'infirmier scolaire de l'établissement, avec l'accord du principal.
A la fin des entretiens, il était demandé aux participantes de proposer à leurs sœurs/cousines/amies de participer à l'étude.

II. Guide d'entretien (annexe 2)

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des données de la littérature et de plusieurs entretiens exploratoires auprès de différents professionnels:
- Christine Salomon, anthropologue, auteur de nombreuses publications sur les comportements en santé chez les jeunes et sur la transformation des rapports sociaux de sexe en Nouvelle-Calédonie
- des intervenants du Comité de Promotion de la Santé Sexuelle (CP2S) une association basée à Nouméa, qui réalise des interventions auprès des jeunes, scolaires ou non, sur la sexualité et la contraception
- Brigitte Lèques, médecin généraliste ayant travaillé de longues années au Centre de Conseil Familial de Nouméa (équivalent des plannings familiaux de France métropolitaine)
- une jeune femme de 21 ans, en stage au CMS de La Roche, à Maré, réalisant des études universitaires à Nouméa.

Il a ensuite été modifié au fur et à mesure des entretiens pour explorer de nouvelles pistes ou être plus compréhensible.

III. Déroulement des entretiens

Les femmes ont été informées du caractère anonyme et confidentiel des données recueillies, de la durée prévisible de l'entretien et des objectifs de l'étude.

L'entretien était semi-dirigé, enregistré sur un dictaphone.

Les entretiens étaient réalisés dans mon bureau de consultation au CMS, à mon domicile ou au domicile des participantes, à leur convenance.

Il a été proposé à chacune des participantes de recevoir par e-mail le document final.

IV. Analyse des données

Le contenu des entretiens a été retranscrit intégralement après écoute des fichiers audio enregistrés lors des entretiens. L'ensemble des données obtenues a été anonymisé. Notamment, les prénoms des femmes ont été remplacés par des noms de fleurs. L'analyse du verbatim a été conduite selon la méthode de la théorisation ancrée. Le codage a constitué en un regroupement, en unités de sens minimales, des mots et des phrases employés par les participantes. Les unités de sens ont ensuite été assemblées en sous-catégories, en catégories et enfin en thèmes.

V. Aspects éthiques et règlementaires

Les participantes étaient volontaires. Leur consentement pour participer à l'étude et pour l'enregistrement des données était recueilli oralement, avant de commencer l'entretien. Leur droit d'interrompre à tout moment l'entretien ou de refuser de répondre à une question leur a été rappelé. Pour les mineures, leurs mères ou leurs sœurs aînées majeures avaient été rencontrées au préalable pour leur présenter l'étude et ce sont elles qui ont ensuite adressé les jeunes filles après avoir donné leur accord de principe. L'accord des mineures a ensuite été recherché de la même façon que pour les femmes majeures.

Le conseil de thèse du Département de Médecine Générale de l'Université de Rennes a validé le projet.

Résultats

I. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 1er Juillet et le 1er Novembre 2017.

Quinze entretiens ont été réalisés, d'une durée allant de 21 minutes à 73 minutes, avec une durée moyenne de 45 minutes (annexe 3). Deux entretiens ont été réalisés avec deux participantes (cousines germaines) simultanément, à leur demande.

Certaines femmes qui avaient accepté de participer n'ont finalement pas été vues en entretien car il n'a pas été possible d'organiser une rencontre, sans qu'il y a ait eu de refus clairement exprimé de leur part.

Aucune des participantes n'a demandé à interrompre l'entretien.

II. Les caractéristiques de la population (annexe 3)

La population de l'étude comportait dix-sept femmes âgées de 15 à 25 ans, la moyenne d'âge était de 20 ans. Parmi les participantes, cinq étaient mineures et douze étaient majeures.

Plusieurs collégiennes avaient été recrutées par l'infirmier scolaire mais aucun entretien n'a pu être réalisé car elles ne se sont pas présentées au rendez-vous convenu initialement et il a été impossible de convenir d'un autre rendez-vous (période non propice du fait des vacances scolaires et d'évènements coutumiers ; parents injoignables).

Cinq jeunes femmes étaient sur l'île de Maré seulement pendant les vacances scolaires. L'une était au lycée des îles (Lifou), deux autres au lycée à Nouméa et les deux dernières réalisaient des études supérieures (BTS et licence universitaire) à Nouméa.

Les caractéristiques détaillées des participantes, concernant leur situation de couple, sociale, professionnelle et leur carrière sexuelle sont présentées dans le tableau en annexe 3.

III. Connaissances théoriques et pratiques autour de la contraception

1) Des connaissances théoriques, présentes mais mal assimilées

Les connaissances théoriques acquises étaient très variables selon les participantes.

Concernant le terme de « contraception », un tiers des participantes ne connaissait pas ce terme et trois participantes l'associaient à la protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Par exemple, Marguerite, âgée de 21 ans, en BTS « *Ben la contraception…c'est tout ce qui permet de se protéger de…des maladies, tout ça. Et puis c'est…ben…pour se protéger…bah au niveau sexuel, sexualité* ».

Une fois la contraception définie comme « le moyen pour éviter de tomber enceinte », toutes les participantes ont cité le préservatif et l'implant et pouvaient expliquer de quoi il s'agit pour la plupart. Les deux tiers ont également cité la pilule et/ou les dispositifs intra-utérins (DIU).

Concernant la pilule contraceptive, si beaucoup étaient capables de la citer, seulement deux filles (Santoline, 24 ans, qui a fait un BTS et Hibiscus, 20 ans, étudiante en licence) étaient capables d'expliquer de quoi il s'agit précisément et comment la prendre, car elles l'avaient déjà utilisé. Beaucoup confondaient la pilule contraceptive avec la pilule du lendemain. Pour Capucine, une jeune

femme mariée de 22 ans, sans emploi *« je sais on la prend seulement quand on a couché avec le copain ou le mari. Mais après je sais pas… ».*

Concernant le DIU, la majorité des filles l'ont cité mais répondaient « *je sais pas* » quand on les interrogeaient sur le fonctionnement et les modalités de pose. Seulement trois participantes, ayant déjà eu des enfants, et ayant déjà eu un DIU pour deux d'entre elles, avaient des connaissances précises (type de dispositif, localisation, durée d'action).

Concernant la contraception d'urgence, seules celles qui y ont déjà eu recours, Hibiscus et Tulipe, savaient comment la prendre. Pour Tulipe, 23 ans, ayant déjà eu 4 grossesses (2 enfants et 2 IVG), « *la pilule du lendemain ? oui il y a que celle-là qui me sauve. Des fois non et des fois oui…* » . Parmi les autres, certaines en avaient déjà entendu vaguement parlé, sans pouvoir expliquer son mode de prise ni où l'obtenir.

Interrogées au sujet des méthodes traditionnelles (« médicament kanak »), plusieurs filles ont nommé « *les feuilles d'avocat qu'on fait bouillir* » pour « *faire tomber l'enfant* » mais la plupart considéraient qu'il s'agissait de solutions d'un autre temps. Comme Mimosa, 19 ans, lycéenne « *alors ça j'ai déjà entendu…mais je sais pas…En fait c'est interdit de faire ça quoi. De faire les médicaments kanak pour éviter de tomber enceinte. Enfin là de notre temps c'est interdit…Enfin c'est pas interdit mais on trouve plus les médicaments ».* A l'inverse, Rose, 17 ans, lycéenne, a raconté avoir avorté avec des plantes traditionnelles, car sa grand-mère connaît les traitements kanak *: « J'ai bu les médicaments de chez nous. Après je suis venue ici pour voilà…pour faire tomber le bébé. C'est les feuilles d'avocat, là, tu les fais bouillir. Après, tu mets dans un bol et puis tu bois. Après je me suis dit « je vais passer un coup pour voir si c'est toujours positif [le test de grossesse] », et c'était négatif*». Ainsi, elle a ressenti le besoin de vérifier l'efficacité du traitement traditionnel par un outil scientifique, le test de grossesse.

En revanche, aucune n'a mentionné de plantes à prendre de façon préventive, pour éviter une grossesse.

Ainsi, bien que les participantes connaissaient de nom la plupart des moyens contraceptifs, peu savaient précisément comment ils s'utilisent. Seuls les moyens les plus utilisés, le préservatif et l'implant, étaient bien connus par la majorité des femmes. Le DIU était réservé aux femmes « initiées », ayant déjà eu des enfants, alors qu'il faisait peur aux autres. La pilule contraceptive et la contraception d'urgence étaient très souvent assimilées ou confondues.

Les femmes les mieux renseignées sur la contraception étaient celles ayant déjà eu une grossesse et celles ayant poursuivi des études après la 3e.

2) Pratiques des femmes en matière de contraception et perception du risque de grossesse

Parmi les 17 participantes, 9 utilisaient un moyen de contraception. 6 femmes seulement disposaient d'un moyen efficace: trois avaient un Nexplanon, une un DIU, une utilisait systématiquement des préservatifs, la dernière prenait la pilule contraceptive. Elles étaient toutes satisfaites de leur moyen de contraception actuel.

Deux femmes utilisaient des préservatifs mais de façon non systématique, sans avoir non plus recours à la contraception d'urgence. La dernière, Tulipe, associait le préservatif et l'abstinence périodique, et prenait parfois la contraception d'urgence.

Gardenia et Jacinthe, âgées respectivement de 25 et 17 ans, avaient un implant contraceptif depuis l'âge de 16 ans, posé avant le début de leur vie sexuelle. Alors qu'elles étaient plutôt bien informées (elles ont toutes les deux été au lycée), ce sont leur parents qui leur ont fait poser un Nexplanon, sans les consulter au préalable. Gardenia racontait « *Quand je suis arrivée à Nouméa, mon père (nb : son père adoptif/grand-père biologique), il m'a emmené direct à l'hôpital sans me prévenir pour aller mettre l'implant ! Rires. Il m'a emmené et il m'a dit « hé tu as un rendez-vous », je lui ait dit « c'est quoi », il a dit « bah je sais pas on va voir » et c'est la sage-femme qui m'a dit quand je suis rentrée « tu veux le mettre où ? », j'ai dit « mettre quoi ? », et elle me dit « bah l'implant ! » et moi j'ai dit « attends » et je suis partie dehors pour le voir « mais papa… ?! », il m'a dit « allez tu rentres », et puis je suis rentrée et j'ai mis* ». Le scénario a été sensiblement le même pour Jacinthe, à l'initiative de sa mère. Ces deux exemples soulignent la difficulté que rencontrent les parents, même bienveillants, pour aborder avec leur fille la question de la sexualité.

Camelia, 25 ans, a déjà essayé plusieurs moyens de contraception. Elle a eu un implant, qu'elle a fait retirer à cause d'une prise de poids importante « *pour moi j'ai grossi à cause de ça…Je mange trop* ». La sage-femme lui avait prescrit la pilule mais elle ne l'a pas prise « *J'ai pris pilule mais je veux pas prendre…Parce que j'oublie toujours des trucs (…) ah non non non…j'ai peur* ». Pour elle, le risque d'oubli de pilule serait la source d'un stress plus important que l'absence de contraception efficace. Elle utilisait des préservatifs essentiellement avec des partenaires occasionnels, mais pas avec son copain (nb : qui ne vit pas à Maré, ils se voient de façon épisodique). Quand elle était interrogée sur les conséquences que pourraient avoir la survenue d'une grossesse pour elle, elle était assez ambivalente. « *C'est pas que c'est pas grave mais…il faut que ce soit avec quelqu'un qui est sûr…je veux pas qu'il soit bête mon gosse ! Rires. Oui, surtout quand c'est les fêtes, je fais un peu n'importe quoi…mais c'est bon c'est avec préservatif. Enfin quand j'ai bu j'ai peur…que ça se déchire. Surtout ça. Parce que je sais que quand on boit l'alcool, après on est trop agressif…bah hé j'ai peur de tomber enceinte, et puis à cause de l'alcool… mais sinon…si je tombe enceinte, je vais garder mon bébé* ».

Dahlia, 17 ans, lycéenne à Nouméa, utilisait des préservatifs de façon non systématique, avec des partenaires occasionnels. Elle envisageait d'avoir un implant mais repoussait toujours le moment de le poser et avançait différents prétextes : « *j'ai peur d'y aller toute seule* », « *non mais là j'ai envie de mettre ! mais j'ai pas le temps…enfin c'est compliqué d'y aller* ». Elle ne veut pas le poser dans un CMS de Maré car « *il y a trop de famille*… ». Elle dit n'avoir jamais craint d'être tombée enceinte après un rapport sexuel et ne semblait pas avoir conscience de son risque de grossesse.

Hibiscus, 20 ans, étudiante en licence à Nouméa, prenait la pilule après avoir fait retirer un Nexplanon mal supporté (perte de poids). Elle maîtrisait bien son moyen de contraception et en était satisfaite. Venue sur Maré pour les vacances, elle a oublié sa plaquette de pilule à Nouméa et avait des rapports

sexuels non protégés avec son copain depuis son arrivée une dizaine de jours plus tôt. Elle ne semblait pas avoir conscience de son risque de tomber enceinte suite à cette interruption de contraception.

Concernant les huit autres participantes sans moyen de contraception : cinq n'avaient pas d'activité sexuelle au moment de l'entretien dont trois étaient des jeunes filles encore vierges (Marguerite, Iris et Mimosa), deux étaient enceintes au moment de l'entretien suite à un échec de contraception (Santoline et Myosotis) et une voulait tomber enceinte (Capucine).
Santoline, 24 ans, enceinte, en couple et sans emploi, ayant un niveau BTS, était la participante le plus au point sur la contraception. Elle connaissait tous les moyens de contraception. Avant sa grossesse, elle utilisait le préservatif de façon non systématique « *du coup on utilise le préservatif mais après je fais par rapport au cycle menstruel. Après les règles, après il y a 14 jours. Et puis on fait sans préservatif ces jours-là* ». Elle aurait voulu prendre la pilule mais son copain l'en a empêchée « *il ne veut pas que je prenne la pilule, tout ça, l'implant, le stérilet…enfin les moyens de contraception. Il ne veut pas. Peut-être par manque de conscience…ou…enfin il a jamais voulu que je prenne ».*
Pour lui, le souhait de contraception de sa copine signifiait qu'elle risquait de le tromper *« Pour lui, les filles qui mettent la contraception, c'est les filles qui vont aller après genre tromper… ».* Elle était enceinte au moment de l'entretien, pour la deuxième fois, après avoir avorté l'année précédente. Malgré des connaissances théoriques maîtrisées (sauf concernant la méthode Ogino où elle avait des rapports pendant la période la plus à risque de grossesse), elle n'avait pas conscience du risque pris concernant une éventuelle grossesse « *Comme nous deux…on prenait…dans la période où pour moi j'étais pas féconde. Bah du coup…ça ne m'a pas effleuré l'esprit de prendre la pilule du lendemain* ».

Chez certaines femmes, relativement bien informées en théorie sur les moyens de contraception, les pratiques sexuelles rapportées dans les entretiens manifestaient une prise de risque importante concernant une éventuelle grossesse non désirée. Ce risque ne semblait pas vraiment perçu par les femmes elles-mêmes. Pour certaines, il existait probablement un souhait, non avoué, de tomber enceinte, qui pourrait expliquer cette attitude ambivalente concernant leur risque de grossesse.

3) Sources d'information

Parmi les sources d'informations des femmes sur la contraception et la sexualité, trois types de sources étaient rapportés.

Tout d'abord, les premiers interlocuteurs de ces jeunes femmes sont les autres femmes de leur groupe d'âge : cousines germaines et amies proches. Elles partageaient leurs expériences en matière de sexualité, souvent sans rentrer dans les détails.
Santoline, 24 ans : « *On en parle comme ça dans une discussion et puis c'est fini. Vite fait quoi* ».
Certaines rapportaient avoir des discussions plus approfondies et échanger sur leurs pratiques en matière de contraception et sur les effets indésirables rencontrés.
Ylang, 20 ans, jeune maman : « *c'est les grandes sœurs, elles racontaient des histoires et puis on parlait de ça. On leur demandait, parce que avant je savais pas…et puis elles parlaient de préservatifs* ».

En revanche, excepté pour deux jeunes femmes, Camelia et Jacinthe, se disant très proches de leurs mères (et pour autant la mère de Jacinthe lui a pris rendez-vous pour une pose d'implant sans la concerter au préalable), ces sujets n'étaient pas abordés avec les parents ou alors de façon très évasive sous forme d'injonction. Par exemple, Marguerite, 21 ans, étudiante, rapportait les conseils de sa mère «*même si tu as un copain, bah tu fais attention. Il y a des limites et tout », « C'est juste ça, on ne rentre pas carrément dans le sujet*».

Une autre source, qui était parfois la seule citée au cours de l'entretien, réside dans les informations délivrées lors des interventions en milieu scolaire, au collège ou au lycée. Même si elles en ont retenu seulement des idées vagues, ces interventions étaient présentées comme leur principale source d'informations, notamment pour celles n'ayant pas encore eu de grossesse.
Marguerite, 21 ans « *c'est grâce à ça quand j'étais à l'école, au collège. C'est arrivé une fois, de la prévention sur ça. J'ai retenu un peu des trucs sur ça, mais pas en détail* ».

Enfin, pour les femmes ayant déjà eu un enfant, la sage-femme devient la personne réfèrente en matière de sexualité et de contraception.
Mélisse, 22 ans, tombée enceinte à 19 ans, était désormais bien informée sur les différents moyens « *bah en fait j'ai tout essayé !* » grâce aux sages-femmes. Quand on lui demande quelles étaient ses connaissances avant : « *oui je savais des choses avant. Enfin quand je venais pour ma grossesse…mais pas avant que je tombe enceinte. Quand je suis venue ici, chez la sage-femme, c'était parce que j'étais enceinte ! Mais avant j'y allais pas…j'avais peur aussi de venir*».
Si la sage-femme était clairement identifiée comme une personne-ressource en matière de contraception, peu de jeunes femmes nullipares osaient aller la consulter.
En revanche, les médecins n'étaient jamais, lors des entretiens, identifiés comme des interlocuteurs sur ces sujets.

Les médias constituaient une source assez marginale d'information. Seulement deux jeunes filles, Hibiscus et Ylang, ayant vécu à Nouméa, mentionnaient la radio (l'émission sur la sexualité diffusée le vendredi soir sur NC 1ère) pour l'une et internet pour l'autre comme sources d'informations.

IV. Les conséquences des échecs de contraception

1) Des histoires de vie marquées par des grossesses non désirées

Parmi les participantes, huit femmes sur dix-sept étaient enceintes ou avaient déjà eu des enfants. Une seule femme, Ylang, avait envisagé sa grossesse, mais sans avoir de vrai désir d'enfant. Toutes les autres grossesses étaient non désirées. Elles avaient été plus ou moins bien vécues selon leur situation familiale et professionnelle au moment de la découverte de la grossesse.

Ylang, âgée de 20 ans, en concubinage, sans emploi et jeune maman n'utilisait volontairement pas de moyen de contraception. Elle ne se projetait pas dans l'éventualité d'une grossesse. En réponse à la question si elle cherchait à tomber enceinte : « *Ben non..euh…on s'est dit…c'est juste si je tombe enceinte bah voilà…on avait pas de contraception. Comme je faisais plus l'école et que ça fait quand même longtemps que je reste avec lui [nb : un an]…ça allait si je tombais enceinte. Mais, fin, je*

voulais comme ça mais je pensais pas avoir un bébé ! (rires) ». Pour elle, la survenue d'une grossesse ne semblait pas un problème vu qu'elle était en couple stable (mais non cohabitant) et que son copain travaillait. En revanche, sur le plan social, cette grossesse survenue hors mariage posait problème. « *C'était dur pour mes parents parce que les gens ils parlaient. Mon père il m'a dit qu'il fallait que je régularise ma situation, parce que je peux pas continuer comme ça. Bah il faut que je me marie. Je lui ait dit oui, je vais régulariser ma situation mais on peut pas le faire…parce que dans la coutume, il faut que le grand frère se marie d'abord, et le grand frère de mon copain il est pas marié…mais il a déjà un bébé* ».
Cette situation de procréation hors mariage est de plus en plus fréquente chez les jeunes Kanak. Elle est plus ou moins acceptée par les parents, selon l'importance qu'ils accordent aux traditions, religieuses et coutumières.

Pour Mélisse, 22 ans, la découverte de sa grossesse à 19 ans, alors qu'elle était encore au lycée, a été difficile et l'a contraint à arrêter ses études. Lors de l'entretien, l'émotion et les regrets suite aux conséquences de cette grossesse étaient très forts : « *moi j'ai…enfin moi je voulais continuer l'école mais c'est pas facile à H (le lycée où elle était, interne, loin de sa famille)* », « *Je regrette de pas avoir mis un implant ou un truc comme ça…* ». Elle était en couple stable mais n'avait pas de contraception efficace à cette période-là. Ils utilisaient des préservatifs de façon non systématique : « *Oui j'avais peur [de tomber enceinte]. Il faut qu'on mette des préservatifs…Sinon je voulais pas…J'avais peur…Mais ça arrivait des jours où on met pas les préservatifs* ». Ses parents ont adopté l'enfant mais comme elle résidait toujours chez eux et n'avait pas repris d'études, elle continuait à s'en occuper (situation très fréquente dans la culture mélanésienne) : « *Mes parents ils étaient en colère…Parce que j'étais encore au lycée. Ma mère elle m'a dit de ne pas…ne pas avorter…et puis j'ai dit « moi je veux pas avorter ». Mon fils il a été donné à mes parents…c'est eux qui ont demandé. Mais en ce moment il est toujours avec moi* ». Elle souhaiterait avoir d'autres enfants, mais plus tard, quand elle sera mariée et quand elle aura une situation stable «*travailler, avoir une maison…tout ça ! Après quand c'est sûr…et mon copain aussi…* ».

Pour Santoline, 24 ans, en couple stable non cohabitant, enceinte pour la deuxième fois, après avoir fait une IVG, la survenue de cette grossesse n'était pas idéale mais elle était finalement bien accepté : « *Je suis déjà tombée enceinte l'année dernière mais on a décidé d'avorter…A chaque fois c'est « accident »…enfin on essaie de faire attention mais…bon apparemment ça marche pas ! rires* ». Son copain lui interdit de prendre une contraception. C'est lui également qui l'a poussé à avorter la première fois « *parce qu'il m'a…d'abord on avait plein de projets, il voulait qu'on travaille d'abord, qu'on ait une maison et tout et puis après j'ai accepté. Enfin pour moi il a raison. Du coup j'ai accepté d'avorter ».*

Tulipe, 23 ans, a eu quatre grossesses, non désirées, et a avorté deux fois. Elle est tombée enceinte pour la première fois, à 18 ans. Le père l'a quitté et sa mère a adopté son fils « pour les papiers » mais elle a continué à s'en occuper jusqu'à ses 3 ans. Elle a dû arrêter ses études, alors qu'elle était dans un lycée professionnel. Quand elle est tombée à nouveau enceinte à 19 ans, avec un nouveau partenaire, elle a préféré avorter « *parce que c'était serré…Et puis c'était pour moi aussi, j'avais pas*

les moyens…Après ici c'est bon d'avoir des bébés mais avec les papas aussi…Ici l'alcool...il gagne devant les enfants ». Concernant son deuxième avortement, à 23 ans, après avoir eu un 2e fils, alors qu'elle était en couple cohabitant avec le père de son 2e enfant (mais non mariés), « *après je savais que si je continuais…Si je gardais, ben ça serait autre chose encore. Et puis notre situation, ici, elle était pas trop…à moi et mon copain…ça fait que j'étais pas…c'était pas stable.Ca fait que je voulais pas trop…après je me retrouverais toute seule avec les enfants…Mais ici c'est souvent comme ça* ». Elle aurait aimé avoir d'autres enfants mais ne se sentait pas capable de les assumer. Elle est tombée à nouveau enceinte quelques mois après l'entretien…et a fait une fausse-couche.

2) Un recours à l'IVG peu fréquent et mal vécu

Le recours à l'IVG, même s'il a été envisagé par plusieurs des femmes, a été finalement souvent écarté. L'avortement, interdit par les notables coutumiers et les églises, est perçu de façon négative par les femmes elles-mêmes. Pour celles qui y ont eu recours, elles gardent le secret et sinon sont culpabilisées.

Mélisse a difficilement vécu sa découverte de grossesse à 19 ans mais n'a pas envisagé d'avorter : « *Non j'ai pas voulu avorter. Oui c'est par rapport à la religion. Et la coutume* ».

Santoline, citée plus haut, a accepté d'avorter un an plus tôt, sur pression de son compagnon mais ne voulait plus y avoir recours, même quand elle est tombée enceinte une deuxième fois sans le vouloir. Elle gardait une honte et une culpabilité importante suite à son avortement « *c'est un secret car je n'ai pas voulu que personne dise…enfin c'est parce que j'ai peur de mes parents. Je sais que ma mère elle va me…enfin parce que après, c'est aussi…Par rapport à la religion. Quand j'ai dit à une tantine que j'ai avorté […] elle m'a parlé…enfin elle m'a un peu engueulé aussi…enfin elle m'a parlé de la religion « Nous, on est catholiques. Il ne faut pas faire ça. Tu as fais un crime. » Après ça m'a touché, j'ai repensé…Parce que j'ai même pas pensé à ça quand j'ai voulu avorter…je suis allée à Nouméa sans dire à personne.* »

Tulipe, 23 ans a avorté deux fois. Sa décision d'avorter était motivée par la crainte de se retrouver mère célibataire et de ne pas pouvoir assumer ses enfants : « *pour moi c'était me mettre des bâtons dans les roues comme on dit. Déjà m'en sortir c'est…c'est beaucoup* ». Elle en gardait un réel traumatisme et une culpabilité importante : « *Après chez nous les croyances…et après il y a des choses qui disent, ça fait peur…genre que voilà, quand on est mort, il y a le purgatoire et puis, il faut purger nos peines. Tu sais que…il y a ça et que c'est dit que c'est le plus gros pêché du monde. Donc après c'est voilà…c'était une décision…trop dure. Le truc c'est que j'en ait parlé à personne* ». Elle n'en a jamais parlé à sa mère ni à ses sœurs, par peur de leur réaction. Elle aurait aimé faire une psychothérapie mais ce n'est pas possible sur Maré. Avant l'entretien, elle n'avait jamais reparlé de tout ça avec des professionnels de santé car elle ne se sentait pas assez en confiance.

3) Une réponse communautaire aux grossesses des jeunes filles non mariées

Si l'avortement n'est pas accepté par la majorité des Maréens, du fait d'une éducation religieuse très présente, les jeunes mères célibataires restent intégrées au sein de la tribu et des solutions communautaires sont trouvées pour aider à l'éducation des enfants. Les jeunes filles qui tombent enceintes jeunes ou sans être mariées craignent la réaction de leurs parents, surtout de leur père à l'annonce de leur grossesse.

Quand on demande à Lys, tombée enceinte sans le vouloir à 18 ans, ce qu'elle a pensé après avoir découvert qu'elle était enceinte: «*Ben, j'ai pensé à mon père! (petit rire nerveux).Parce que j'avais peur qu'il va me taper, mais c'est bon il l'a bien pris. Enfin il était en colère mais il a accepté quand même que je sois enceinte. Il m'a dit de garder, de bien m'occuper des papiers du bébé* ».

Beaucoup de femmes interrogées, rapportaient cette injonction « d'assumer » de la part des parents. En cas de grossesse, les étudiantes sont poussées à arrêter leurs études pour s'occuper de leur enfant.

Pour Tulipe, concernant sa première grossesse à 19 ans, sa mère l'a soutenue pendant sa grossesse, d'autant plus que le père de l'enfant à naître l'a quittée. Sa mère a adopté l'enfant mais lui a demandé de s'en occuper « *ben si t'es enceinte, tu arrêtes l'école, tu restes là, tu t'occupes de ton fils. Moi je vais prendre c'est juste pour les papiers, pour payer l'hôpital tout ça… ».*

Iris, 15 ans, rapportait ces propos qu'elle a tenu à sa sœur, tombée enceinte à 18 ans *: « moi j'ai dit à ma grande sœur, il faut pas aller tout le temps avec les garçons, parce que après tu vas pleurer que tu as un enfant…non il faut assumer tu sais. Il faut pas regretter, tu l'as cherché ! ».* Ces propos d'une adolescente semblent exprimer la vision des parents, et au-delà, de la société, de ces grossesses hors mariages.

L'adoption (coutumière), très fréquente dans la communauté mélanésienne, pratiquée dans différentes situations, est souvent une solution avancée par les parents pour aider les mères célibataires. Elle permet de garantir un nom (transmis par le père) et une place dans la société mélanésienne patriarcale patrilinéaire à l'enfant née d'une mère célibataire.

Myosotis, 17 ans et enceinte de 3 mois au moment de l'entretien, fera adopter son enfant par son frère, plus âgé, marié et sans enfant.

Lys, mère célibataire, a choisi de garder son enfant et l'élève avec le soutien de ses parents : «*Notre premier bébé il faut le donner aux parents. Enfin oui c'est une coutume mais après ce n'est pas obligé. Déjà moi, mes parents ils m'ont demandé mais moi j'ai dit non. Et puis mes cousines aussi elles m'ont dit de pas donner. Et puis j'ai bien discuté avec mes parents et ils m'ont dit que c'est moi qui voit. Et là je m'en occupe toute seule, c'est encore ma fille* ». Dans son cas, se mélangent deux pratiques d'adoption coutumière : donner son premier enfant à ses parents (pratique usuelle pour les couples mariés pour « rembourser » la femme prise [cqfd : la mariée]) et donner une « place » à sa fille dans le clan en la faisant adopter par ses propres parents.

V. Les freins à une contraception adaptée et efficace

1) Un défaut d'information et de connaissances

Nous avons évoqué plus haut des connaissances insuffisantes concernant les moyens de contraception, qui s'inscrivent dans un défaut de connaissances de l'anatomie et de la physiologie en général.

Quand elles étaient interrogées sur les mécanismes d'action des différents moyens ou sur le cycle menstruel, aucune des femmes n'a pu donner d'explications précises, quelque soit leur niveau d'études.

Même chez celles qui rapportaient pratiquer l'abstinence périodique (ou plutôt le « préservatif périodique »), on constatait que la période de fécondité dans le cycle n'était pas été bien comprise.

Santoline utilisait cette méthode après sa première grossesse non désirée qu'elle a interrompue: « *Après les règles, il y a 14 jours. Et puis on fait sans préservatif ces jours-là. Genre quand je viens juste de fini mes règles* ». Elle avait donc des rapports non protégés pendant la période à risque.

Pour celles n'ayant pas dépassé le niveau 3e, beaucoup n'avaient pas reçu d'autres d'informations que celles délivrées au collège, les femmes de la famille n'étant pas non plus une source d'information.

2) La survenue ou la peur des effets indésirables

De nombreuses participantes rapportaient avoir arrêté leur moyen de contraception à cause des effets indésirables.

Comme souvent décrit, l'implant contraceptif était mal toléré à cause d'une prise de poids importante (Camelia, Tulipe), d'une perte de poids (Hibiscus), ou à cause de spotting (Mélisse). Après le retrait du dispositif, elles ont eu du mal à s'orienter vers un autre moyen.

Certaines participantes auraient souhaité avoir un implant mais avaient peur à cause d'expériences négatives rapportées par des proches : complications de la pose à type d'hématome (Lys) et peur de prendre du poids (Lys, Marguerite). L'idée d'insérer un corps étranger dans son corps faisait peur à Santoline : « *déjà moi j'aime pas qu'on me pique…et puis un truc dans mon [grimace de dégoût]…Et puis mes cousines quand elles me disent qu'elles ont tiré l'implant, ils ont machiné leur peau…ça me fait peur* ».

D'autres ont entendu parler de complications suite à des poses de stérilet : infection (Santoline), ménorragies secondaires et « maladie » ayant nécessité le retrait (Lys).

3) Des représentations erronées, source de méfiance

- **Sur l'implant**

L'aménorrhée secondaire était mal perçue par certaines qui s'inquiétaient des conséquences. Gardenia s'inquiétait « *Ca va faire 6 ans que j'ai pas mes règles (elle en est à son deuxième implant), c'est pas trop grave ? Mais genre le sang qui est détruit, il reste pas dedans ?* ». Cette peur du « mauvais sang resté bloqué à l'intérieur » revenait souvent dans les discours des jeunes filles. Jacinthe a entendu qu'une de ses cousines aurait « *un début de cancer de l'utérus à cause de l'implant* ».

Mimosa imaginait qu'il s'agit d'un morceau de fer « *une espèce de fer..moi j'ai du mal à avoir confiance. Parce que après, si tu l'as, ça peut…Le fer il peut machiner mais après ça…* ».

- **Sur le DIU**

Sa localisation exacte inconnue fait peur ainsi que le fait d'avoir quelque chose « à l'intérieur « de son corps pour une durée aussi longue :

- Mimosa: « *5 ans ?? Tu m'étonnes ça va périmer !* ».

- Camelia: « *Ma cousine, elle avait mis et elle devait tirer l'année dernière et puis elle a oublié…Du coup elle s'est dit c'est sûr que c'est rouillé ! Et moi je me suis dit ah non non non pas de truc rouillé dans mon corps !* »

- Ylang: « *et puis le stérilet, c'est dangereux. Quand tu vas mettre il faudra faire attention. De pas tomber d'un arbre. Enfin, pas faire des trucs ! Parce que sinon, oui, on peut mourir avec…* »

- **Sur la pilule**

De façon un peu paradoxale, plusieurs femmes craignaient les oublis, non pas forcément pour le risque de grossesse que cela engendre mais comme si l'oubli en lui-même entraînerait des problèmes; sans pouvoir expliquer qu'elle était leur crainte exacte.

Capucine, 22 ans, sans contraception : « *Et bien j'ai entendu des histoires. Ils ont dit qu'il faut qu'on la prenne...Si on loupe, ben je sais pas mais il y a des histoires comme ça* ».

Camelia, 25 ans, sans contraception : « *ah non non non, la pilule j'ai peur. Parce que déjà je suis une fêtarde. Si j'oublie de boire ce soir [la pilule] et que demain soir je bois…là ça craint. Si je fais des trucs…* »

Peu de participantes déclaraient avoir confiance dans ce moyen. En comparaison, beaucoup déclaraient avoir plus confiance dans le préservatif, moyen vu comme plus « sûr » pour son action contraceptive mais aussi parce qu'il protège des infections sexuellement transmissibles.

4) Un problème logistique d'accès à la contraception

Si la large majorité des participantes savait où obtenir un moyen de contraception (pharmacie, dispensaire, médecin), il ne leur était pas toujours facile d'y avoir accès.

Pour certaines filles qui habitent dans des tribus éloignées (jusqu'à 30-40 minutes de route en voiture du dispensaire), il peut-être difficile de trouver un prétexte et/ou un moyen de locomotion pour venir au dispensaire, par exemple pour venir chercher des préservatifs (en libre disposition) ou pour consulter.

Hibiscus, 20 ans, étudiante en licence à Nouméa, est rentrée à Maré pour les vacances et a oublié sa plaquette de pilules à Nouméa. Elle n'a pas trouvé d'occasion de venir au dispensaire avant une dizaine de jours (elle était finalement venue pour un certificat de travail) et a eu des rapports sexuels non protégés avec son copain dans l'intervalle. Elle ne s'imaginait pas en parler directement à sa mère car ses parents désapprouvent sa relation amoureuse et on n'échange pas sur ces questions entre enfants et parents, comme nous le verrons plus loin.

L'aspect financier n'a pas été évoqué par les participantes car les moyens de contraception (sauf le patch et l'anneau vaginal) sont délivrés gratuitement dans les CMS. De plus, la plupart des patientes étaient bénéficiaires de l'aide médicale et ne doivent donc régler que 10% du montant des médicaments si elles les prennent en pharmacie.

Seule Tulipe, en difficulté pour trouver un moyen qui lui convienne et qui avait été séduite par les patchs n'a pas pu continuer car le coût était trop élevé (dispositif non remboursé).

5) La sexualité, un sujet tabou

Deux termes apparaissaient dans tous les entretiens : « honte » et « tabou ». Tout ce qui touche à la contraception et par extension à la sexualité est de l'ordre du privé. On ne peut en parler librement avec quelqu'un d'autre, d'autant plus s'il est plus âgé.

Ce tabou concerne le cercle familial, sauf éventuellement les autres femmes de son âge, sœurs et cousines, avec qui on a grandit.

Tulipe expliquait « *ben déjà c'est tabou. Le plus dur, c'est ça. De pouvoir en parler à quelqu'un…c'est gênant aussi pour une fille de parler de ça. En sachant que voilà…après surtout ici, c'est pour les gens, ceux qui pensent aussi. De ce que les gens ils disent ».*

La sexualité est un sujet impossible à aborder en famille pour la plupart des participantes. Si certains parents ont voulu que leur fille ait un implant, comme cela a été le cas pour Gardenia et Jacinthe (cf supra), probablement par peur que leur fille tombe enceinte hors-mariage, le rendez-vous pour la pose a été pris sans que le sujet ait été abordé au préalable avec les jeunes filles.

Cette honte de parler de soi et de sa sexualité s'étend aussi aux soignants.

A la question sur les difficultés que peuvent rencontrer les filles de Maré pour avoir des informations, Jacinthe répondait : « *la peur.la peur de parler…à quelqu'un…même aux gada [les blancs], la honte*» et précisait *« la honte de dire qu'on a un copain, qu'on a eu des rapports…* ».

Pour Gardenia, c'était : «*ils ont honte…leurs réactions à eux, genre par rapport au docteur aussi, ils croient que si ils vont aller là-bas pour poser des questions, ben ils vont voilà…ils vont avoir honte»* et quand on lui demandait de préciser *« bah qu'ils sont jeunes, qu'ils ont des rapports…* ».

Le poids des traditions religieuses chrétiennes, prônant la virginité avant le mariage, rend la sexualité difficile à assumer pour les jeunes, alors même que la réalité n'est plus vraiment celle-là.

Peu des participantes osaient aborder le sujet de la contraception avec leur partenaire même si la majorité pensait que les garçons étaient aussi concernés que les filles par cette problématique.

6) L'absence de confidentialité

Du fait de la faible population de l'île et du mode de vie communautaire, la confidentialité est quasiment inexistante. Les personnes connaissent forcément des personnes travaillant au dispensaire ou d'autres patients venus consulter.

Récupérer des préservatifs dans la boîte mise à disposition au CMS peut s'avérer être une véritable mission si l'on ne veut pas être vu.

Tulipe, 24 ans, racontait qu'au début de sa vie sexuelle : « *venir ici à l'hôpital [au CMS] pour venir prendre des préservatifs devant tout le monde c'était…sss c'était dire que voilà, ça y est, j'avais des rapports. On venait la nuit pour prendre des préservatifs…quand il y avait le vigile, mais c'était bon, parce que les vigiles c'est nos oncles donc ça passe. Comme on sait que les tontons ici, ça dit rien ! Ca fait que on savait que notre secret il était bien gardé. Bah parce que la journée…on connaît trop de monde et à l'époque j'avais peur aussi de venir à la sage-femme* ».

Mais si elles l'ont envisagé, certaines jeunes filles n'osaient pas venir consulter la sage-femme (avant une première grossesse) car être vue à attendre devant le bureau pourrait être une occasion de rumeurs sur une éventuelle grossesse ou du moins afficher au grand jour le fait d'avoir une vie sexuelle.

Santoline expliquait: « *Oui, à cause du regard des gens. Parce qu'ici, pour une fille, si elle vient ici voir la sage-femme, bah les gens ils pensent déjà « ça y est elle fait la grande fille » ou direct « elle est peut-être enceinte » et puis après c'est bouche à oreille pour eux, ils vont aller en parler à tous le monde, ça va arriver dans les oreilles des parents[…] c'est difficile, on va faire attention à qui est là-bas [au CMS*] ».

VI. Attentes des participantes pour faciliter l'accès à la contraception

Il a été demandé aux participantes de formuler leurs attentes et de faire des propositions pour améliorer l'accès à l'information sur la sexualité et l'accès aux moyens de contraception.

1) Disposer d'un espace d'expression libre et garantissant une meilleure confidentialité

La majorité des participantes souhaiteraient bénéficier de plus de confidentialité. S'il est difficile de changer les habitudes des habitants de l'île, elles aimeraient avoir un lieu plus à l'écart du reste du dispensaire, où on ne les verrait pas se rendre et où leurs propos ne pourront pas être entendus.

Ylang : « *Ben déjà que ce soit plus éloigné qu'ici [le bureau de la sage-femme] mais avoir une salle que pour…bah c'est mieux* ».

Tulipe, qui a vécu des situations d'alcoolisme et de violence conjugale : « *une pièce éloignée des gens, un endroit où les gens ils pourront parler…Parce qu'il n'y a pas que sur la contraception…il y a aussi sur les femmes qui…se font battre par leurs maris* ».

Le besoin de pouvoir s'exprimer plus librement concernerait finalement tout le champ de la santé sexuelle et affective.

2) Réaliser des interventions d'information sur la sexualité en tribu

Plusieurs participantes ont suggéré la réalisation d'interventions en tribu, à destination des jeunes des deux sexes ou alors exclusivement des filles et jeunes femmes. Mais dans le même temps, elles pensent que certaines hésiteraient à parler voire à venir, à cause du tabou autour de la sexualité.

Myosotis, 17 ans : « *il faut parler à eux. Aller dans les tribus où il y a plein de filles…* ».

Santoline, 24 ans, expliquait *« S'informer…c'est un peu trop difficile de s'informer sur la sexualité ici chez nous…parce que après il y a le respect. Parce qu'on respecte trop le cousin. Moi je préfèrerai que par exemple, vous alliez dans ma tribu, au faré devant tout le monde, tous les jeunes pour qu'ils vous écoutent parler de la sexualité…après c'est ça aussi, c'est enfin…par exemple moi j'ai peur d'aller là-bas si il y a mon cousin, c'est difficile ».*

Hibiscus, 20 ans, proposait *« peut-être intervenir aussi…lors des grandes fêtes ? Avoir un stand, un truc comme ça. Mais bah voilà après c'est encore la honte, d'aller au stand…Après c'est de eux-mêmes, il faut que ça vienne d'eux ».*

Pascale, 17 ans *« ben faire…comment dirais-je, ben on va mettre un jour, comme ça on va inviter toutes les filles de Maré quoi…et puis après on discute. Enfin seulement les jeunes filles. Et les jeunes mamans ».*

3) Implication du médecin traitant

La plupart des femmes interrogées ignoraient que les médecins étaient compétents en matière de contraception et pouvaient être une personne-ressource.

Une fois cette information donnée, une large majorité de participantes, surtout les plus jeunes, exprimaient que c'était au médecin d'aborder en premier le sujet, même si ce n'était pas le motif de la consultation, en garantissant la confidentialité.

Lys, 19 ans « *il faut poser des questions et puis après, c'est à nous de répondre* ».

Certaines ont exprimé le fait qu'elles se sentiraient plus à l'aise pour aborder ces sujets, si le médecin est une femme et encore davantage une jeune femme: Kalmie, 19 ans « *Bah oui mais c'est bon…si c'est une fille comme vous* » ; Camelia « *homme, non merci* ».

Il semblait envisageable pour elles de discuter de sexualité et de contraception avec les médecins, si les soignants ouvraient la discussion. Si elles peuvent éprouver de la honte à parler de leur activité sexuelle, les soignants ne sont pas concernés par le « tabou » existant dans le cercle familial.

Discussion

I. Analyse des résultats principaux

1) Des grossesses non désirées finalement menées à terme

Cette étude est la première à s'intéresser spécifiquement aux jeunes femmes de Maré et même de l'archipel des îles Loyauté sur leur vécu autour de la contraception. Bien que cet échantillon ne soit pas représentatif de l'ensemble des jeunes femmes de Maré, le premier résultat frappant est la proportion de grossesses non désirées. Sur les sept femmes ayant déjà eu une grossesse, hormis une qui avait un vague désir de maternité, aucune grossesse n'était voulue.

Dans la société Kanak du IXe siècle, avant l'arrivée des missionnaires, la maternité était l'événement-clé de la vie d'une femme (19). L'engendrement réussi transformait la jeune fille en « femme » et lui permettait d'entrer dans le groupe des « mamans ». La maternité conditionnait l'accès au mariage. Les liens entre clans (regroupement de plusieurs « familles ») étaient entretenus par les mariages et c'est donc via la maternité que les femmes trouvaient leur place dans le groupe de leur conjoint. Ainsi, l'infertilité constituait un problème majeur et une femme sans enfant risquait de se faire répudier. Bien que ces pratiques aient régressé avec la christianisation, il existe encore un opprobre fort qui touche les femmes qui n'engendrent pas de descendance, même si l'adoption permet de combler ce « manque ». Parallèlement, les méthodes traditionnelles pour favoriser la fertilité ou au contraire espacer les naissances ont vraisemblablement toujours existées (20). La première règle était l'abstinence pendant toute la période d'allaitement du nourrisson, souvent poursuivi jusqu'à l'âge de la marche (19), qui permettait d'éviter les grossesses rapprochées. Il existait aussi des traitements traditionnelles à base de plantes (et associés à des rites spécifiques), permettant d'avorter ou de prévenir une grossesse (19–21). Les missionnaires, catholiques et protestants, arrivés à partir de 1840, ont interdit ces pratiques et introduit des règles chrétiennes européennes pour régir le groupe social : mariage précoce, virginité pré-maritale, famille nucléaire, interdiction des méthodes d'espacement des naissances (19,22). Puis le développement des méthodes médicamenteuses occidentales a pris le pas sur la médecine traditionnelle sauf dans quelques familles où les savoirs ont perduré.

Dans l'enquête réalisée en 2007 par questionnaire en population générale (6), parmi les jeunes filles ayant déjà eu une grossesse, la moitié (53%) déclaraient qu'elles ne désiraient pas cette grossesse. Cette proportion était très différente selon les communautés (15) avec une prévalence beaucoup plus élevée chez les Européennes métropolitaines (73% des filles qui ont déjà été enceintes) et calédoniennes (70%) que chez les Kanakes (46%). Toutefois, chez les Kanakes, les jeunes filles diplômées étaient bien plus nombreuses (42%) que les non diplômées (22%) à déclarer que leur grossesse n'était pas désirée, tendance qui soulignait pour les auteurs, le rôle du niveau d'éducation dans la transformation des représentations sociales et des aspirations individuelles.
Les résultats de la présente enquête qualitative à Maré confirment cette tendance. En effet, les participantes soulignaient que ces grossesses non désirées les avaient contraintes à arrêter leurs études (le plus souvent au cours du lycée). Cela était source de déception et de frustration. Par ailleurs, plusieurs femmes aspiraient à une situation « stable « en termes de conditions matérielles

(un travail, une maison) et relationnelles (avoir un partenaire « fiable », être mariée etc) avant de fonder une famille. On constate ainsi une aspiration de ces jeunes mélanésiennes, vivant en tribu, à un modèle de vie plus européen et urbain leur permettant plus d'autonomie vis-à-vis du reste du clan.

Sans rentrer ici dans les détails, on ne peut pas ne pas évoquer les dilemmes et les questionnements auxquels sont confrontés les jeunes Kanak, partagés entre deux modèles de vie très différents, entre celui des règles de « la coutume » qui est un modèle patriarcal, rural et communautaire et le modèle occidental urbain, plus individualiste (23,24).

Deux constats de cette enquête l'illustrent bien. Nous l'avons dit, les femmes interrogées ont déclaré ne pas avoir désiré leur grossesse. Deux d'entre elles avaient fait le choix d'un avortement par IVG, dont une poussée par son compagnon. Dans les deux cas, le choix reposait sur la crainte que leur situation ne leur permette pas d'assumer cet enfant. Cet acte considéré comme un « crime », en désaccord avec leur éducation religieuse et « la coutume », était finalement source d'une culpabilité importante.

Pour les autres mères célibataires, la solution évoquée était celle, communautaire, de l'adoption coutumière de l'enfant, par leurs propres parents ou un frère. L'intérêt de cette adoption, outre qu'elle pourrait permettre aux filles de continuer leurs études (ce qui n'a finalement pas été le cas pour les femmes interrogées, qui ont quand même élevé leur enfant), a pour objectif principal de donner une identité et un statut social à l'enfant (22,25). En effet, dans la culture kanak, l'identité d'un individu, par son nom de famille (transmis par le père) lui assure une appartenance à une terre et une place dans la structure coutumière (26). Bien qu'en général l'enfant adopté connaisse voire côtoie ses parents biologiques, le pourquoi de l'adoption n'est pas forcément abordé. Citons le cas de Mimosa, adoptée par son oncle maternel car sa mère l'a eu très jeune, qui a été en partie élevée par sa mère mais n'a jamais abordé avec elle le sujet de sa naissance.

On peut également noter que certaines jeunes filles ont refusé que leur enfant soit adopté, démarche qui s'inscrit dans cette même aspiration à un mode de vie plus individualiste et dans d'autres représentations de la parentalité que les représentations « traditionnelles ». Notons aussi que certains parents respectent les choix de ces jeunes mères célibataires modernes, en rupture avec les normes anciennes.

Le besoin d'avoir une contraception qui leur convienne est bien réel chez ces jeunes filles, qui aspirent à choisir le moment de leur maternité. Les grossesses non désirées, qui constituent toujours un événement marquant dans la vie de ces jeunes femmes, sont survenues alors qu'elles n'avaient de contraception, pour des raisons diverses. Chez les jeunes filles qui utilisaient seulement des préservatifs, par manque de connaissance ou par peur des autres moyens, il s'agissait d'un « accident », un rapport sexuel où le partenaire n'avait pas mis de préservatif. Pour d'autres, le fait d'être dans une relation jugée « stable » avec le partenaire les avait incitées à abandonner l'usage du préservatif, en acceptant le risque de grossesse, dans la mesure où, dans les conceptions anciennes de la conjugalité, seule la naissance d'un enfant peut consolider ou faire durer un couple (19). Pour les deux femmes utilisant les méthodes « naturelles » du retrait et de l'abstinence périodique, c'est le manque d'efficacité de la méthode qui était en cause. Elles avaient recours à ces méthodes pour l'une car son conjoint lui interdisait de recourir aux moyens médicamenteux et pour l'autre car elle n'arrivait

pas à trouver de moyen qui lui convienne (prise de poids sous implant, difficultés d'observance de la pilule, problème de coût des patch, expulsion de DIU). Une autre problématique est la prise de risque sexuel (oubli de préservatif ou incapacité à l'utiliser) en état d'alcoolisation, alcoolisation souvent massive lors des fêtes et des weekend ; problématique explorée dans d'autres enquêtes (6,7,16).
On note une certaine fatalité quand à la survenue d'une grossesse. De plus, si de manière générale, elles ne semblent pas mesurer leur risque de tomber enceinte, les filles restent passives après un rapport sexuel non protégé, même s'il a été perçu à risque. Elles ne connaissent pas ou ne pensent pas à recourir à la contraception d'urgence et ne consultent qu'en cas de retard de règles.
Dans une enquête réalisée en 2014 (20), sur 50 jeunes filles de moins de 25 ans des îles Loyauté, seulement 10% connaissaient la pilule du lendemain.

Par comparaison, dans l'enquête COCON réalisée en France en 2000 (27), les premières causes d'absence de contraception déclarées par les femmes ayant eu une grossesse non prévue étaient : « ne pensait pas être à risque de grossesse » (63,6% des femmes), « ne s'est pas préoccupée de sa contraception » (58,6%), « pensée fataliste : on verra » (38,9%), « arrêt de la contraception utilisée car n'était pas appropriée » (33%). Les causes sont donc assez similaires dans notre enquête et témoignent d'un défaut de sensibilisation, s'accompagnant de connaissances insuffisantes et éventuellement d'un accès difficile à la contraception comme nous le développerons plus loin.
Ainsi, bien que le plus souvent, les femmes n'avaient pas prévu leur grossesse, les solutions de recours comme la contraception d'urgence et l'IVG étant peu utilisées, elles arrêtent leurs études, mènent leurs grossesses à terme, et s'occupent ensuite de leur enfant s'il n'a pas été adopté.

2) Des connaissances souvent fragmentaires et des sources d'informations variables

Certaines femmes n'avaient des connaissances que très fragmentaires concernant la contraception.
Le terme lui-même n'est pas forcément connu ou confondu avec la protection contre les IST. Seuls les moyens les plus fréquemment utilisés en NC (préservatif et Nexplanon) sont connus. Les participantes dont les connaissances apparaissaient les plus faibles étaient les femmes n'ayant pas eu d'enfants et/ou ayant arrêté l'école en 3e.

En effet, la première source d'informations retrouvée, comme dans d'autres études (7,15,20), est le groupe générationnel constitué des sœurs, cousines, amies. La qualité des informations est donc très variable, et le retour d'expérience (parfois négative) des moyens de contraception par les autres filles influence beaucoup leur propre choix de contraception.

La deuxième source d'information est celle délivrée en milieu scolaire. Des interventions au collège, qui constitue la seule source d'information citée par certaines, les filles retiennent souvent des notions vagues et mélangent risque d'IST et de grossesse. Cette confusion peut expliquer en partie pourquoi le préservatif paraît « plus sûr ». Les informations reçues au lycée sont mieux intégrées, les filles se sentant souvent plus concernées à ce moment-là.

Enfin, pour celles ayant déjà eu une grossesse, la sage-femme est clairement la référence en matière de contraception et les femmes acquièrent ensuite davantage de recul vis-à-vis de leurs propres

expériences et vis-à-vis de celles des femmes de leur groupe d'âge. Ce rôle majeur des sages-femmes tient en partie à l'organisation des soins en brousse (cqfd : le territoire en dehors du grand Nouméa), regroupés dans les CMS, où la sage-femme fait presque office de gynécologue (21). La place centrale de la sage-femme dans le conseil autour de la contraception tient probablement aussi au fait que celles-ci sont essentiellement des femmes, contrairement aux gynécologues (même si cela est moins vrai dans la nouvelle génération), et qu'avant la médicalisation de l'accouchement, ce dernier était clairement une affaire de femmes dans lequel les hommes ne devaient pas s'immiscer. De plus, comme en Europe, avant la professionnalisation de cette fonction, survenue depuis moins d'un siècle en NC, le rôle de sage-femme était assurée par les femmes plus âgées de la tribu (19). Précisons ici que parmi les deux sages-femmes de Maré au moment de l'enquête, l'une était Kanak, originaire d'une autre île Loyauté et installée à Maré depuis plusieurs années, et l'autre, Européenne, exerçant en NC depuis plusieurs années. Une seule femme interrogée a mentionné l'origine ethnique des sages-femmes, en précisant qu'il était plus difficile pour elle de se confier à celle qui était Kanak. Nous aborderons cette question liée au « tabou » un peu plus loin.

3) Pratiques en matière de contraception et comparaison avec les données du grand Nouméa et de France Métropolitaine

Les moyens les mieux connus et les plus fréquemment utilisés par les participantes sont le préservatif, surtout chez les mineures, et l'implant contraceptif.

Bien que cet échantillon ne soit pas représentatif, les données recueillies dans l'enquête qualitative menée à Maré correspondent aux tendances observées sur le territoire calédonien, sauf concernant la pilule. Dans l'enquête de 2007, 50% des Calédoniennes de 16-25 ans sexuellement actives interrogées utilisaient la pilule, 52% le préservatif masculin et 10% l'implant contraceptif (6). En revanche, l'analyse par communauté concernant les jeunes du Grand Nouméa (15) montrait que seulement 31% des jeunes Kanak utilisaient la pilule et 15% l'implant. Le baromètre santé de 2016 retrouvait un taux d'utilisation du préservatif par les jeunes de la province des îles de 43 à 62%(7).

En France métropolitaine, selon les données de l'enquête Fécond de 2010 (8,10,28), la pilule était le moyen le plus utilisé (79% des femmes de 15-29 ans) suivi du préservatif dont l'utilisation concernait surtout les plus jeunes (18,2% des 15-19 ans ; 7,2% des 20-24 ans). L'implant concernait, lui, seulement 4,5% des femmes âgées de 15 à 29 ans.

Ainsi, l'implant est beaucoup plus répandu en NC qu'en France et plus particulièrement chez les femmes Kanak. Une enquête concernant les retraits d'implants entre 2007 et 2012 dans divers centres de Nouméa (29) a montré que 2/3 des femmes le gardaient jusqu'à péremption ce qui est en faveur d'une adhésion plutôt bonne. Les trois principaux motifs d'abandon avant péremption étaient la prise de poids (11,5%), l'aménorrhée (8%) et les troubles du cycle (5%).
La gratuité de ce moyen contraception (s'il est posé dans les CMS), sa longue durée d'action (3 ans), son efficacité très élevée (0,05% de grossesses par année d'utilisation (30)) et l'absence de problème d'observance en font un très bon moyen de contraception, sous réserve qu'il soit accepté par les femmes. En effet, le fait d'avoir quelque chose « à l'intérieur de son corps », la crainte des

conséquences de l'aménorrhée (« mauvais sang bloqué »), les spotting et la prise de poids peuvent constituer des freins au choix de ce moyen.

Par ailleurs, beaucoup de femmes considèrent que le préservatif est le moyen le plus sûr, probablement car les campagnes de prévention et les informations délivrées concernant les risques d'IST (la prévalence étant élevée en NC) mettent en avant le préservatif. L'enquête OMNIBUS réalisée par un institut de sondage en 2010 (31) auprès des jeunes calédoniens montrait que si 90% des personnes interrogées savaient que le préservatif protégeait des IST, seulement 42% évoquaient l'action contraceptive.
L'usage du préservatif n'a pas été exploré en détail dans cette enquête mais des participantes ont souligné la difficulté à se procurer des préservatifs (pourtant en libre disposition dans les CMS) par peur d'être vues. Si certaines femmes rapportaient souhaiter protéger leurs rapports sexuels, le partenaire ne respectait pas toujours ce choix. De plus, l'utilisation du préservatif est généralement considéré comme restant une initiative du garçon (même si certaines filles s'en procurent elles-mêmes). Les filles disent faire confiance au partenaire, d'autant plus si elles le connaissent et qu'il est jugé « bien » (15).

La pilule était utilisée par une seule des femmes et les quelques autres qui connaissaient cette méthode la considéraient trop contraignante et craignaient de ne pas y penser. Les oublis de pilule étaient présentés comme étant plus problématiques que le risque de grossesse auquel ils exposent. Il était difficile de comprendre leur inquiétude exacte, qui peut être le reflet d'un manque de confiance en leurs capacités à gérer cette situation ou la conséquence d'une pression excessive des professionnels sur la nécessité d'une bonne observance et par conséquent d'une communication inappropriée sur ce moyen contraceptif.

Le DIU, comme en France (8), concerne plutôt les femmes ayant déjà eu des enfants.

Il aurait été intéressant de pouvoir comparer ces données avec les pratiques contraceptives en Polynésie Française, autre territoire français présentant une population autochtone avec des traditions très différentes de la métropole et une vie insulaire. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé de publications sur ce sujet.

4) De nombreux freins à une contraception efficace et librement choisie

On note dans cette enquête, un écart important entre les connaissances des jeunes femmes et leurs prises de risque en terme de grossesse, comme si le lien entre sexualité et risque de grossesse n'était pas toujours fait.
La sociologue Fatou Mbodj (17) suite à l'enquête « Diagnostic Terrain sur la santé sexuelle auprès de quatre populations cibles dans Nouméa et Grand Nouméa » de 2010, soulignait l'impression des professionnels de santé d'une « intellectualisation » des connaissances. Dans la pratique de ces professionnels comme dans notre enquête, certaines femmes donnaient l'impression de réciter un cours mais sans se sentir réellement concernées et sans que leurs connaissances impactent leurs pratiques. Ce phénomène est difficile à expliquer et est probablement multifactoriel. Pour

l'anthropologue Christine Salomon (15), cela tiendrait, en partie, au fait que les jeunes Kanak, aient un désir de maternité, en lien avec l'injonction sociale de procréation, sans désir d'enfant.

Certains freins à une contraception identifiés ici, sont retrouvés dans des études explorant les freins à la contraception et les causes de grossesses non désirées, réalisées en France Métropolitaine, notamment auprès de populations précaires ou rurales. On note, par exemple, outre un défaut d'information, des problèmes matériels d'accès à la contraception (coût, logistique pour aller consulter ou obtenir un moyen de contraception), des expériences négatives avec certains moyens contraceptifs, personnelles ou de l'entourage proche, responsables de peurs et de représentations erronées.
Citons les thèses de médecine générale de Madame Guibert (32) qui a réalisé une enquête auprès des femmes précaires consultant au planning familial de Bondy (Seine Saint Denis) pour une demande d'IVG ; de Madame Monrousseau (33) sur les idées préconçues autour de la contraception chez les femmes consultant dans les planning familiaux de l'agglomération nantaise ainsi que de Madame Perus (34), sur les connaissances et représentations des jeunes Hérautais en matière de contraception.

5) La sexualité, un sujet « tabou » pour qui ?

Pour les participantes de l'enquête qualitative réalisée à Maré, comme dans les autres enquêtes qualitatives réalisées en NC (15,16), la plupart des parents n'abordaient pas le sujet de la sexualité avec leurs enfants, ou se limitaient à des injonctions de « faire attention ». Même pour les deux participantes qui ont eu un implant posé à 16 ans alors qu'elles étaient vierges et célibataires, à l'initiative de leurs parents, il n'y a pas eu de communication au préalable sur le sujet.

Fatou Mbodj (17) mettait en garde les soignants contre une approche culturaliste. Si la différence culturelle est mise en avant par certains pour expliquer certains comportements de santé ou certaines incompréhensions et malentendus entre soignants et soignés (35), notamment en considérant que la sexualité est « tabou » dans la culture mélanésienne, se limiter à cette seule explication empêche une réflexion plus large et peut pousser les professionnels à choisir à la place des patientes ce qu'ils pensent être le mieux pour elle, basé sur leurs a priori.

Des éclairages intéressants sur la notion du « tabou » autour de la sexualité dans le monde mélanésien ont été publiés dans un numéro de 2014 de la revue Mwa Véé, revue culturelle kanak (23,25,36). On ne parle pas de ces sujets ouvertement car ces sujets se situent hors de la sphère publique, au sein de laquelle la réserve est de mise. La sexualité touche à l'intime et n'a donc pas droit de cité ni dans l'espace de vie commun ni dans les conversations au sein de la maisonnée entre parents et enfants.

Il faut par ailleurs s'interroger sur l'attitude des soignants et sur le message délivré autour de la contraception en consultation ou lors d'interventions. Même si les mœurs se sont libérées après les mouvements de 1968, certaines questions relatives à la santé sexuelle restent « tabou » en France et le sujet n'est pas si facilement abordé, que ce soit dans le cercle familial ou par les soignants.

II. Forces et limites de l'étude

Malgré un échantillon composé seulement de dix-sept femmes, une bonne diversité a été obtenue tant sur l'âge que sur la situation de couple, la carrière sexuelle, la gestité/parité, le niveau d'éducation ou encore l'usage des moyens de contraception. En revanche, pour diverses raisons, dont l'éloignement géographique, l'insuffisance de personnel médical et un manque de temps ; il n'a pas été possible de recruter des femmes consultant au CMS de Tadine. Toutefois, 3 jeunes femmes originaires de Tadine, ont été recrutées de façon opportuniste. L'île étant relativement petite, le mode de vie globalement le même dans toutes les tribus et l'organisation des CMS étant similaires, on peut supposer qu'il n'y ait pas de différences majeures avec les femmes recrutées au CMS de La Roche.

Le choix d'inclure également des lycéennes et étudiantes, résidant de fait la plupart du temps sur Nouméa, a été fait car ces jeunes filles sont malgré tout des habitantes de l'île au sens où elles en sont originaires et où leurs parents y résident. De plus, cela a permis d'établir une comparaison avec les jeunes femmes restées sur l'île et n'ayant pas atteint le niveau du baccalauréat afin d'évaluer l'influence de leur lieu de vie (Nouméa étant la seule ville et le seul lieu de réelle mixité inter-communautaire de Nouvelle-Calédonie) et de leur niveau d'études.

Par ailleurs, on ne peut pas exclure un biais dans les réponses des participantes lié à mon exercice au sein du CMS de La Roche en tant qu'interne en SASPAS. Il était prévu de mieux différencier mon rôle de médecin de celui de chercheur en réalisant les entretiens en dehors du CMS. Mais par souci de discrétion et au vu des difficultés pour convenir des rendez-vous, la plupart des entretiens ont finalement eu lieu au CMS, parfois juste après une consultation médicale. J'ai toutefois explicité aux intéressées le contexte de l'enquête et mon rôle. Le fait de me connaître comme médecin du dispensaire et l'accent mis sur le secret médical ont pu aider certaines femmes, notamment les plus réservées, à se livrer. En revanche, mon manque d'expérience concernant les techniques d'entretiens, mon statut de jeune femme et de jeune médecin, a pu entraîner un manque d'objectivité et induire certaines réponses. Notamment concernant les connaissances théoriques des femmes qui sont peut-être sous-évaluées si le temps de réflexion qui leur a été laissé pour répondre est insuffisant, ou si elles préféraient ne pas répondre plutôt que de risquer se tromper. Je fais cette hypothèse devant le constat que beaucoup répondaient d'emblée « je ne sais pas » alors que finalement en reformulant et en revenant plus tard dans l'entretien sur les mêmes questions, leurs réponses étaient plus étoffées et montraient un certain nombre de connaissances. En effet, dans le monde mélanésien, on préfère la personne humble qui dit « je ne sais pas » à celle qui étale son savoir et que l'on trouve arrogante.

On peut également évoquer une autre difficulté, la barrière du langage. Si la barrière de la langue en tant que telle a été moins problématique qu'on ne pouvait l'imaginer, la difficulté était celle de la différence de niveau de langue et l'incompréhension des termes médicaux « techniques ». En effet, le nengone, la langue de l'île est la langue utilisée au quotidien dans les familles, alors que le français est la langue utilisée à l'école, envers les soignants métropolitains et dans les échanges avec les habitants du reste de la Calédonie. Les questions trop larges et trop conceptuelles telles que « Selon

toi, est-ce qu'il peut arriver que les filles se sentent jugées quand elles veulent éviter une grossesse? » n'étaient généralement pas comprises. Les questions du guide d'entretien initial ont été donc revues au fur et à mesure, pour les rendre plus intelligibles. Il est apparu en pratique plus pertinent de poser des questions fermées et de faire préciser ensuite que de poser des questions larges et ouvertes comme il est recommandé dans ce type d'étude.

Cette enquête, au delà des résultats obtenus, a semblé très appréciée des participantes, contentes d'être écoutées. Pour certaines, cela a permis d'ouvrir un espace de parole et de pouvoir dire des choses jamais exprimées jusque-là, notamment sur leur vécu de la découverte d'une grossesse non désirée ou d'un IVG. Pour d'autres, cela leur a permis d'avoir des informations sur les différents moyens de contraception et de poser des questions qui semblaient les tarauder depuis longtemps. En effet, quand leurs connaissances étaient insuffisantes, une information leur été délivrée ensuite.

III. Perspectives

Nous l'avons noté, comme dans les autres études réalisées sur le sujet, aussi bien épidémiologiques que socio-anthropologiques, les connaissances théoriques sont insuffisantes ou du moins insuffisamment intégrées et ne trouvent pas leur traduction dans les pratiques et le comportement de beaucoup de femmes.

Les difficultés évoquées plus haut concernant la barrière sociale et de langage avec les participantes existent de la même manière avec les patients dans le cadre d'une relation de soins.
Fatou Mbodj, dans l'enquête qualitative réalisée auprès des jeunes des squatt du Grand Nouméa (17), soulignait le sentiment de ces jeunes de l'existence d'un fossé social entre eux et les professionnels de santé, de par leur différence culturelle et socio-économique. Les jeunes étaient également mal à l'aise pour s'adresser aux professionnels, du fait de leur langage jugé « trop familier » s'opposant au langage médical très « technique » dont ils ne perçoivent pas toujours le sens, sans oser demander des précisions. Ils préfèrent donc, dans ces situations, être le moins loquace possible, ce qui limite les possibilités d'échange entre les deux partis.

On peut donc proposer plusieurs pistes d'interventions :

1) Faciliter l'accès à l'information.

Si des structures associatives (CP2S, Solidarité-Sida NC) ou publiques (Centre de Conseil familial, ESPAS-CMP, infirmiers scolaires dans les établissements) permettant de s'informer et d'obtenir une contraception gratuitement sont nombreuses à Nouméa, elles n'existent pas sur l'île de Maré. Le déplacement sur Nouméa qui nécessite de prendre l'avion ou le bateau (une rotation par semaine) étant cher et compliqué, les jeunes filles de Maré n'y ont généralement pas accès. Pour les femmes n'ayant pas été au lycée, les seules interventions reçues sont celles délivrées en classe de 4e. On pourrait imaginer, comme le suggéraient les participantes, la création d'un espace dédié à l'information sur la santé sexuelle et affective, avec des consultations de contraception. Cet espace devrait être dans un lieu permettant une meilleure confidentialité que ne le permettent actuellement le bureau des sages-femmes, trop proche des autres bureaux de consultation. Idéalement, il devrait être en dehors des CMS, ou à défaut, dans un bureau situé plus à l'écart.

Il pourrait également être envisagé la réalisation de sessions d'information « collective », en tribu sur le thème de la santé reproductive et sexuelle. Ces interventions pourraient être à destination des jeunes des deux sexes, en leur demandant s'ils veulent que ce soit mixte ou pas, ou seulement à destination des jeunes filles (par exemple, les moins de 25 ans).

Cette démarche de promotion de la santé sexuelle aurait tout son sens dans l'objectif d'améliorer la prévention en Nouvelle-Calédonie du plan de santé calédonien Do Kamo adopté en 2016 (37).

Soulignons que des interventions de ce type sont réalisés par les sages-femmes de Lifou, auprès des lycéennes du lycée de Wé (nb : il n'y a pas de lycée à Maré) avec une très bonne adhésion des jeunes filles. Par ailleurs, il existe des créneaux de consultation de « planning familial », sans rendez-vous, trois demi-journées par semaine au CMS de Wé (à,Lifou, l'île principale de l'archipel des îles Loyauté), dans un bureau situé à côte de la PMI et du bureau des sages-femmes mais à l'écart des bureaux de consultation médecin et des salles de soins (ce sont donc essentiellement les femmes et mamans qui circulent dans cette zone du CMS). En 2018, Il n'existe pas encore de consultations de ce type sur l'île de Maré.

2) Améliorer la qualité de l'information délivrée

Dans le bulletin médical calédonien et polynésien d'Août 2017 sur la contraception (21), plusieurs professionnels du territoire, sage-femme et médecins partageaient leur expérience autour de la contraception et émettaient des recommandations très pertinentes pour améliorer l'adhésion à la contraception.

L'enjeu serait de sensibiliser les soignants à leurs modes de communication, afin de délivrer « une information claire et des explications à la portée des patientes » (Mme Verdier, Sage-femme de brousse) en « accompagnant [les jeunes femmes] dans une neutralité bienveillante, avec empathie, en les centrant sur elles et en leur donnant confiance en elles » (Mme Lèques, médecin généraliste ayant exercé au CCF).

Au vu des prises de risque concernant une éventuelle grossesse et l'attitude passive des filles dans cette situation, une sensibilisation visant à leur faire prendre conscience du risque et à les informer sur la contraception d'urgence pourrait permettre de réduire le taux de grossesses non désirées. Par ailleurs, si la perception de « l'urgence » les incitait à consulter, cela permettrait de créer des occasions pour les soignants de rencontrer cette population consultant peu autrement et de les informer sur les autres moyens de contraception.

La méthode BERCER (38) de counseling (GATHER en anglais) en 6 étapes (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour) proposée par l'OMS peut constituer un guide de consultation de contraception (annexe 4) pour aider les femmes à choisir une contraception adaptée.

3) Impliquer les médecins généralistes des CMS

On pourrait également proposer, suite aux résultats de cette étude, que les médecins généralistes des CMS s'impliquent plus en matière de sexualité et de contraception. En effet, si la sage-femme est reconnue par les femmes comme la référence, il apparaît difficile pour les plus jeunes, nullipares, de la consulter. Ainsi, le médecin est la personne plus accessible pour cette population spécifique. De plus, les femmes interrogées dans cette étude étaient favorables à l'idée que le médecin aborde de lui-même cette problématique, même si le motif de la consultation était tout autre.

Les dernières recommandations de la HAS (39), publiées en 2013, suite au rapport de l'IGAS de 2009 (40) vont dans ce sens. Elles mettent l'accent sur l'importance de la prise en compte de facteurs extra-médicaux (41) lors du choix de la contraception et sur la nécessité d'une contraception personnalisée, autrement-dit adaptée aux besoins et au mode de vie de la future utilisatrice. Elles insistent d'autre part, sur la nécessité de privilégier les modes de contraception les plus efficaces et de promouvoir les méthodes moins contraignantes en termes d'observance, telles que le DIU et l'implant sous-cutané (30). Enfin, elles recommandent d'anticiper les inévitables accidents de parcours contraceptifs en informant sur la contraception d'urgence (42). La contraception d'urgence, même si elle doit rester un moyen « exceptionnel », par sa prise unique, permet de faire écho à la mémoire des méthodes contraceptives passées pour lesquelles il s'agissait généralement de l'absorption d'un médicament ne comportant qu'une seule prise, et le plus souvent à visée « abortive », après les rapports sexuels.(19)

Conclusion

Face à la contraception, la situation des jeunes femmes des îles Loyauté et plus particulièrement de Maré est difficile et différente des femmes calédoniennes résidant à Nouméa. Nous avons dans cette étude, cherché à mettre en lumière les difficultés spécifiques que rencontrent ces femmes vis-à-vis de la contraception et les conséquences des grossesses non désirées. Une double lecture, médicale et anthropologique a été proposée. La vie insulaire et l'enclavement des « tribus » (les villages de résidence), qui rendent les déplacements compliqués ; le mode de vie communautaire, peu compatible avec le respect de la confidentialité ; les traditions et la religion chrétienne très présentes et très intriquées aux yeux des îliens imposent des normes sociales de relations et de procréation. Ce sont autant de freins à une contraception librement choisie et encore davantage aux IVG. Ces éléments se rajoutent aux freins souvent décrits par les auteurs dans des enquêtes similaires: connaissances théoriques insuffisantes et non assimilées, honte de parler de leur sexualité, peur des effets indésirables, difficultés matérielles d'accès à la contraception (logistique ou financière)…

Cette enquête en donnant la parole à ces jeunes femmes, permet de mieux appréhender leur vécu de leur contraception et surtout les conséquences pour elles et leur enfant d'une grossesse non désirée. Ceci d'autant plus que l'IVG, mal vue et difficilement accessible, nécessitant un déplacement à Nouméa, n'est pas une option envisageable pour la majorité d'entre elles, malgré la prise en charge à 100% depuis 2001. Si l'adoption et le soutien des parents sont des réponses communautaires pour aider les jeunes filles-mères, ces situations de grossesses précoces obligent parfois les mères à des choix difficiles et peuvent créer des situations compliquées pour l'avenir de l'enfant. La situation de ces enfants « nés en l'air », car n'ayant pas de filiation patrilinéaire dans cette communauté où le nom et la terre d'appartenance ont une importance majeure, mériterait d'être explorée. Les questionnements sur leur identité, les problématiques d'abandon auxquels ils peuvent être confrontés ensuite (si la mère se marie dans une autre tribu, en cas de décès des grands-parents qui les ont élevés), leur place dans le groupe qui ne sera pas forcément établie, sont autant de difficultés potentiellement source de mal-être et de comportements à risque.

Les attentes formulées par les participantes me paraissent être des pistes à explorer pour faciliter l'accès à une contraception choisie et adaptée dans cette population mais aussi de façon plus générale pour les jeunes en milieu rural ou socialement précaires. L'accès à l'information doit être facilité, que ce soit par des actions collectives de sensibilisation, ou de façon individuelle, avec une information claire, permettant aux femmes de se l'approprier et visant à déconstruire leurs représentations. La garantie de la confidentialité doit être repensée dans ce contexte particulier et améliorée. Il serait notamment pertinent de mettre en place des consultations de planning familial, comme à Lifou, de préférence dans un lieu à l'écart du CMS. Une écoute empathique dans laquelle les soignants prennent le temps de reformuler et d'être sûr que l'interlocutrice a bien saisi le sens de leur propos, est une autre condition fondamentale pour que les femmes se sentent à l'aise pour aborder ces sujets relevant de l'intime. Dans ces endroits où l'offre de soins est limitée, le médecin généraliste, de façon conjointe avec les sages-femmes, a un rôle important à jouer.

Imprimé n° 4

Scolarité médecine 3ème cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : DUMAS Murielle

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Contraception et grossesses non désirées chez les jeunes femmes (15-25 ans) de l'île de Maré en Nouvelle-Calédonie. Une enquête qualitative.

Nouméa, le 18/03/18	Rennes, le 25 Mars 208
Le Directeur de thèse	**Le Président de jury**

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le – 3 AVR. 2018

Le Président de l'Université de Rennes1

D. ALIS

Maj : 23-janv.-14

Références bibliographiques

1. Institut de la Statistique et des Etudes Economiques Nouvelle-Calédonie. Recensement 2014: chiffres clés; 2014. [En ligne]. http://www.isee.nc/component/phocadownload/category/28-chiffres-clefs-communes?download=75:mare

2. Gouvernement de Nouvelle-Calédonie. Les Provinces; [page consultée le le 18 janv 2018]. [En ligne]. https://gouv.nc/gouvernement-et-institutions-les-autres-institutions/les-provinces

3. Direction des Affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. Evaluation de la mise en oeuvre en Nouvelle-Calédonie de la loi du 4 Juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de la grossesse et à la contraception. 2008.

4. Direction des Affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie. Situation sanitaire en Nouvelle Calédonie - 2015. 2015.

5. Demory JE. Etat des lieux de la contraception en Nouvelle-Calédonie. Bull Méd Calédonien Polynésien. Août 2017;(71) :3.

6. Hamelin C, Salomon C, Lert F et al (Unité INSERM 687). Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie. Premiers résultats. Mars 2008.

7. Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie. Baromètre santé jeune de Nouvelle-Calédonie. Phase terrain, Septembre 2014. Résultats généraux, Avril 2016. 2016.

8. Institut National et de Prévention et d'Education pour la Santé. L'Etat de santé de la population en France. Rapport 2017. 2017.

9. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C et l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés [En ligne]. Mai 2014;(511). Disponible: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf

10. Bajos N, Moreau C, Le Guen M, Bohet A, et l'équipe Fécond. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? Population & Sociétés [En ligne]. sept 2012;(492). Disponible: http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/

11. Corsenac P, Noël M, Rouchon B, Hoy D, Roth A. Enquête IST 2012 en Nouvelle-Calédonie : prévalences et facteurs sociodémographiques associés aux infections à *Neisseria gonorrheae*, à *Chlamydia trachomatis* et à *Treponema pallidum*. Bull Epidémiologique Hebd. 18 mars 2014;(8):144-52.

12. Rivière D, Ronai E, rapporteurs. Délégation à l'Outre Mer, Délégation aux droits des femmes et à l'égalité. Combattre les violences faites aux femmes dans les outre-mer. Avis du CESE. [En ligne] ; Mars 2017. Disponible: http://www.lecese.fr/travaux-publies/combattre-les-violences-faites-aux-femmes-dans-les-outre-mer. En réponse à la saisine adressée par le Premier ministre au CESE le 25 Juillet 2016.

13. Hamelin C. Violences sexuelles dans l'enfance et santé à l'âge adulte chez les femmes Kanakes de Nouvelle-Calédonie [Thèse de Doctorat d'Université, Santé Publique]. Le Kremlin-Bicêtre: Université de Paris-Sud. Faculté de Médecine; 2010.

14. Hamelin C, Salomon C, Gueguen A. Abus sexuels précoces et santé reproductives des femmes en Nouvelle-Calédonie 2002-2003. Bull Epidémiologique Hebd. 2005;(9-10).

15. Hamelin C, Salomon C. (Unité INSERM U1018). Santé sexuelle des jeunes en Nouvelle-

Calédonie. Etude socio-anthropologique réalisée à partir d'une enquête ethnographique (2010) complétée par l'analyse des données sur la santé sexuelle de l'enquête par questionnaires « Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens » (2007). 2011.
16. Mbodj F. Diagnostic Terrain sur la santé sexuelle auprès de quatre populations cibles dans Nouméa et Grand Nouméa. Rapport final et recommandations. Février 2010. Commandité par le Comité National de Lutte Contre le Sida et l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie.
17. Mbodj F. Vulnérabilités sociales et santé sexuelle: Représentations, Connaissances et comportements de jeunes à Nouméa. Rev Francoph Sur Santé Territ. Février 2015.
18. De Frémicourt I. Les représentations des violences sexuelles collectives chez les jeunes de 15 à 25 ans des îles Loyauté (Nouvelle-Calédonie). [mémoire de diplôme universitaire de Santé publique et de Promotion de la Santé]. Nancy : Université Henri Poincaré, Faculté de médecine; 2011.
19. Salomon C. Maternité et transformations sociales in H Mokaddem (éd) Approches autour de Culture et Nature dans le Pacifique Sud. Expressions, Nouméa; 2003. p. 61-83.
20. Naisseline L. Les grossesses non désirées chez les kanak dès 16 ans. Les obstacles à l'accès à la contraception chez les jeunes kanak de 16 à 24 ans. [Mémoire de sage-femme]. Metz : Université de Lorraine Ecole de Sage-Femmes; 2014.
21. Verdier A. La Contraception vue par les Océaniennes. Bull Méd Calédonien Polynésien. Août 2017;(71):25-26.
22. Godin P. Lien social, Lien familial. Transformations et permanences. Mwa Véé Rev Cult Kanak [En ligne]. 2009 (66-67) :12-20. Disponible: http://mediatheque.adck.nc/mediath/pdf_player/viewer.cfm?pdfUrl=http://srv-opac/mediatheque/Mwavee/Mwa_Vee_66-67_Adck_Web.pdf
23. Del Rio G. Entretien avec Adèle Buama, pédagogue. Mwa Véé Rev Cult Kanak. janv 2014;(82-83):12-9.
24. Passa J. Famille kanak entre mutation subie et changement réfléchi. Mwa Véé Rev Cult Kanak. 2009;(67-67):8-11.
25. Del Rio G. Séra Wenisso. Parcours et expérience d'une infirmière puéricultrice kanak. Mwa Véé Rev Cult Kanak. janv 2014;(82-83):20-5.
26. Del Rio G, Godin P. Analyse de Christian Brunelet, psychologue scolaire. Mwa Véé Rev Cult Kanak. (66-67):39-42.
27. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, The COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. Mai 2003;18(5):994-9.
28. Beck F, Richard JB dir (Institut National et de Prévention et d'Education pour la Santé). Les comportements de santé des jeunes : Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p
29. Demory JE, Lèques B, Malbos C. A propos de l'ablation de 803 implants contraceptifs. Bull Méd Calédonien Polynésien. Août 2017;(71):23-24.
30. Haute Autorité de Santé. Saint-Denis. FRA. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013.
31. TNS. Rapport d'étude OMNIBUS sur le préservatif. Mars 2010. Commandité par l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie.
32. Guibert M, Revaux A. Échecs de contraception chez la femme en situation de précarité: étude

auprès de 101 patientes consultant au planning familial de l'Hôpital Jean-Verdier (Bondy). [Thèse d'exercice]. Créteil: Université Paris-Est Créteil. Faculté de Médecine; 2014.
33. Monrousseau-Aktas D, Meslé B. Évaluation des connaissances des femmes sur les moyens de contraception: enquête dans trois centres de planification et d'éducation familiale de l'agglomération nantaise sur l'importance des idées préconçues sur la contraception. [Thèse d'exercice] Nantes : Université de Nantes. Faculté de Médecine; 2014.
34. Pérus E. Connaissances et représentation des jeunes héraultais en matière de contraception en 2013: enquête qualitative auprès d'adolescents de 15 à 18 ans [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
35. Dozon JP, Fassin D. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. Balland; 2001. (Voix et regard).
36. Del Rio G. Editorial: Vous avez dit sexualité? Mwa Véé Rev Cult Kanak. janv 2014;(82-83):2.
37. Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie. Délibération n° 114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien « Do Kamo, Etre épanoui ! » [En ligne]. p2590-627 (24 Mars 2016). Disponible: http://www.juridoc.gouv.nc/juridoc/jdwebe.nsf/joncentry?openpage&ap=2016&page=2590
38. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Repères pour votre pratique. Comment aider une femme à choisir sa contraception? [En ligne]. 2013 [consulté le 2 avr 2018]. Disponible: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf
39. Haute Autorité de Santé (France). Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Saint-Denis : HAS ; 2013.
40. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L, rapporteurs (membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Évaluation de la mise en oeuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer: rapport. Paris, France : Inspection générale des affaires sociales; 2009. 129 p.
41. Haute Autorité de Santé (France). Contraception: prescriptions et conseils aux femmes. Fiche mémo. Saint-Denis : HAS ; 2013.
42. Haute Autorité de Santé (France). Contraception d'urgence. Fiche mémo. Saint-Denis : HAS ; 2013 mise à jour Juillet 2015.

Glossaire

AMG : Aide Médicale Gratuite

ASS NC : Agence Sanitaire et Sociale et Nouvelle-Calédonie

CAFAT : Caisse d'Assurance Maladie de Nouvelle-Calédonie

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CCF : Centre de Conseil Familial

CHT : Centre Hospitalier Territorial

CMS : Centre médico-social

DASS : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie

DIU : Dispositif intra-utérin (stérilet)

ESPAS CMP : Espace de Prévention, d'Accompagnement et de soins - Centre médical Polyvalent (centre référent pour le dépistage et le traitement des IST, VIH/SIDA et Tuberculose)

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National et de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ISEE : Institut de la Statistique et des Etudes Economiques de la Nouvelle-Calédonie

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

NC : Nouvelle-Calédonie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Annexes

Annexe 1 : Fiche d'information à destination des femmes

AUX FEMMES AGEES DE 15 à 25 ANS

Dans le cadre de mon projet de fin d'études, je réalise une enquête auprès des jeunes filles et femmes de Maré, âgées de 15 à 25 ans.

Je souhaite vous rencontrer pour parler de votre santé, des moyens d'espacement des naissances et des informations que vous avez eu à ce sujet : à l'école, au dispensaire et ailleurs. Le but sera de comprendre les difficultés que vous rencontrez et de voir comment nous pouvons améliorer les choses pour les filles de Maré.

Il s'agira un entretien en tête à tête, et ce que vous me direz restera totalement confidentiel. Si vous êtes d'accord, j'enregistrerai l'entretien pour pouvoir analyser plus facilement notre rencontre, et je l'effacerai ensuite.

Une fois que j'aurai fait plusieurs entretiens, je réaliserai une synthèse qui sera complètement anonyme.

L'entretien dure entre 30 et 45 minutes et aura lieu à l'endroit qui vous arrange : à l'hôpital de La Roche, chez moi, chez vous ou ailleurs.

SI vous êtes intéressées, laissez votre nom, prénom et numéro de téléphone à une personne travaillant au dispensaire pour que je puisse vous contacter et vous donner plus d'informations.

Merci pour votre participation !

Murielle Dumas, médecin au CMS de La Roche.
Sous la direction du Dr Jorda Michel, médecin généraliste à Nouméa.

Annexe 2 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

1) Présentation du projet – Garantir l'anonymat

Bonjour, Je suis Murielle Dumas, un médecin en fin de formation. Je réalise une enquête sur les connaissances et les difficultés que rencontrent les jeunes filles de Maré concernant les moyens d'espacement des naissances. L'entretien va durer environ 45minutes. Si tu n'es pas à l'aise pour répondre aux questions, tu peux me le dire et de pas répondre ou interrompre l'entretien. Cet entretien est anonyme et ne sera pas diffusé.
Je souhaite enregistrer l'entretien, si tu es d'accord, pour faciliter mon travail par la suite. Je l'effacerai ensuite. As tu des questions avant de commencer ?

2) Etablir le profil

Pour te connaître d'avantage, est-ce que tu pourrais me parler un peu de ta vie et de ta situation actuelle ?

- âge
- tribu, conditions et lieu de vie, période de vie sur Nouméa ou non
- CMS de Référence : La Roche ou Tadine
- situation professionnelle/scolaire
- situation maritale : célibataire, en couple vivant ensemble ou non, marié, nombres de partenaires dans l'année
- ATCD de Grossesse, nombre d'enfants
- Couverture sociale
- parents : situation maritale, lieu de résidence, place dans la fratrie, adoptée ?

Je vais maintenant te poser quelques questions. Tu as le droit de ne pas répondre.

3) Les moyens de contraception

-> Si je te dis « la contraception » qu'est-ce que cela t'évoque ?

-> Explorer les différents moyens de contraception :

CONNAISSANCES THEORIQUES – EXPERIENCE PERSONNELLE – REPRESENTATIONS

- préservatif
- pilule
- implant
- DIU
- autres si en parle
- méthodes traditionnelles
- pilule du lendemain (*Connais-tu un moyen pour ne pas tomber enceinte quand on a eu un rapport avec un garçon et qu'on pense pouvoir tomber enceinte?)*

4) sources d'informations : passé, futur ?

- Auprès de qui/où as-tu obtenu des informations sur ces sujets ?
(famille, amis, école/infirmerie scolaire, CMS, Nouméa, TV/internet/radio ?)
- Si tu avais des questions, dans l'avenir, à ce sujet, à qui en parlerais-tu ?

5) Rôle des hommes

Pour toi, quel rôle doit jouer les garçons sur ces questions ?

6) Difficultés rencontrées

Maintenant, on va parler, en général et pour ce qui te concerne plus particulièrement de l'accès à l'information sur les questions dont on a parlé.

En général :

- Selon toi, quels sont les difficultés rencontrées par les filles de ton âge à Maré pour avoir des informations sur la sexualité, la contraception ?
- Pour obtenir un moyen de contraception adapté ?
- Selon toi, est-ce facile ou non pour les filles de venir à l'hôpital et de parler de ces choses là avec l'infirmière ? Le médecin ? La Sage-femme ?
Qu'est-ce qui rend cela difficile ?
- Selon toi, est-ce qu'il peut arriver que les filles se sentent jugées quand elles veulent éviter une grossesse / avoir un moyen de contraception ?

Maintenant, parlons de ta propre expérience :

- Est-il arrivé que tu aies peur de tomber enceinte sans l'avoir voulu ? Qu'as tu fais ?
- As tu pu facilement te procurer un moyen de contraception : pilule, préservatif, pilule du lendemain ?
-> *problème financier ? couverture sociale ? problème « logistique » ?*

- As tu déjà été confrontée, de près ou de loin, à une grossesse chez une adolescente/mineure ?

7) Suggestions

- Qu'est-ce que l'on pourrait changer pour :
… que ce soit plus facile pour les filles de Maré de s'informer sur ces questions ?
… que les filles aient un moyen qui soit bien pour elles ?

- Penses-tu que cela soit envisageable d'organiser des moments d'échange en tribu sur ces sujets avec quelqu'un de l'hôpital et les gens de la tribu ?

<u>Annexe 3</u>: Tableau des caractéristiques des femmes participantes (partie 1)

n°	prénom d'emprunt	durée	Age (mois)	CMS référence	conditions de vie	situation professionnelle
1	**Marguerite**	0:38:33	21	La Roche / Nouméa	vit à Nouméa pour ses études	2e année de BTS en cours
2	**Lys**	0:46:15	19	La Roche	vit à la tribu en famille + sa fille	titulaire CAP petite enfance, sans emploi
3	**Kalmie**	0:32:56	19	La Roche	vit à la tribu en famille	CAP non terminé Sans emploi
4	**Santoline**	0:33:34	24	La Roche	vit à la tribu en famille	titulaire d'un BTS. Sans emploi
5	**Capucine**	0:21:54	22	La Roche	vit à la tribu avec son mari	CAP non terminé. Sans emploi
6	**Myosotis**	0:25:52	17	La Roche	vità la tribu avec ses parents	a arrêté l'école en 3e. sans emploi
7	**Hibiscus**	0:52:23	20	La Roche/ Nouméa	vit à Nouméa pour ses études	a un bac général, est en 3e année de licence
8	**Mélisse**	0:43:20	22	La Roche	vit à la tribu avec son copain chez ses parents	titulaire d'un BEP, baco pro non terminé. Sans emploi
9	**Ylang**	0:57:22	20	La Roche	vit à la tribu avec son copain et leur bébé	lycée arrêté en 1ère, sans emploi
10	**Rose**	0:31:34	17	La Roche/ Nouméa	vit à Nouméa chez ses grands-parents	est en seconde professionnelle
11	**Camelia**	1:13:25	25	Tadine	vit à la tribu en famille	titulaire bac technologique. Emploi salarié sur Maré
12	**Gardenia**	1:13:25	25	La Roche	vit à la tribu avec ses frères et sœurs	BEP qu'elle n'a pas terminé. Sans emploi
13	**Jacinthe**	0:51:36	17	Tadine	est interne à Lifou	est au lycée des îles à Lifou
14	**Dahlia**	0:51:36	17	Tadine/ Nouméa	est interne à Nouméa	est au lycée à Nouméa
15	**Iris**	0:33:24	15	La Roche	interne au collège, vit à la tribu en famille	est en 3e au collège sur l'île de Maré
16	**Mimosa**	0:54:29	19	La Roche	vit à Nouméa pour ses études	est au lycée à Nouméa
17	**Tulipe**	0:53:40	23	La Roche	vit à la tribu avec son concubin et leur fils	lycée arrêté en 1ère. Sans emploi, cultive

Annexe 3 : caractéristiques des femmes participantes (partie 2)

n°	prénom d'emprunt	situation maritale	partenaires <12mois	Gestité/ Parité	Couverture sociale	adoptée?
1	**Marguerite**	célibataire	vierge	G0P0	CAFAT seule	
2	**Lys**	en couple, ne vivant pas sous le même toit	1	G1P1	AMG A	
3	**Kalmie**	+/- en couple	1 ou 2	G0P0	AMG A	
4	**Santoline**	en couple, ne vivant pas sous le même toit	1	G2P1, 1 IVG, enceinte	AMG A	
5	**Capucine**	mariée	1	G0P0	AMG A	oui
6	**Myosotis**	en couple, ne vivant pas sous le même toit	1	G1P0, enceinte	CAFAT+ mutuelle	oui
7	**Hibiscus**	en couple, ne vivant pas sous le même toit	1	G0P0	CAFAT+ mutuelle	oui
8	**Mélisse**	en concubinage, vivant dans leur maison	1	G1P1	AMG A	
9	**Ylang**	en concubinage, vivant sous le toit parental	1	G1P1	AMG A	
10	**Rose**	célibataire	plusieurs	G1P0, 1 avortem ent	AMG A	
11	**Camelia**	en couple non exclusif	5	G0P0	CAFAT+ AMGB	
12	**Gardenia**	célibataire	2	G0P0	AMG A	
13	**Jacinthe**	en couple ne vivant pas sous le même toit	plusieurs	G0P0	Ne sait pas	oui
14	**Dahlia**	célibataire	plusieurs	G0P0	AMG A	
15	**Iris**	célibataire	0	G0P0	AMG A	
16	**Mimosa**	a un copain, relation "pas sérieuse"	vierge	G0P0	AMG A	oui
17	**Tulipe**	en concubinage, vivant dans leur maison	1	G4P2, 2 IVG	AMG A	

<u>Annexe 4</u> : méthode BERCER (OMS)

La consultation bâtie sur le modèle **BERCER**

Bienvenue	Le professionnel se présente, explique le déroulement de la consultation et assure de la confidentialité de l'entretien.
Entretien	Il recueille les informations médicales nécessaires, mais aussi les informations psychosociales et culturelles.
Renseignements	Il informe de manière claire, précise et personnalisée des méthodes qui peuvent être proposées.
Choix	Il précise à la consultante que le choix de la méthode lui appartient, après avoir envisagé avec elle sa situation personnelle, ses préférences, les bénéfices et les risques des méthodes. Il la réoriente vers une autre méthode si celle qui est choisie n'est pas dénuée de risques.
Explications	Il explique les modalités d'utilisation de la méthode choisie : démonstration, association de la prise de pilule à un geste de routine, indication de la conduite à tenir dans certaines situations (oubli, effets indésirables…), modalités pratiques de recours à une contraception de rattrapage.
Retour	Il organise les visites de suivi qui permettront d'évaluer l'adéquation de la méthode et l'observance de celle-ci, d'apporter si besoin des compléments d'information et d'aider si nécessaire la consultante à choisir une autre méthode.

<u>Source</u> : Contraception, pour une prescription adaptée. Guide du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. [en ligne]. Mars 2005. disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/PDF/guide_contraception.pdf

*UFR DE **MEDECINE** DE RENNES* *N°*

DUMAS, Murielle - Contraception et grossesses non désirées chez les jeunes femmes (15-25 ans) de l'île de Maré en Nouvelle-Calédonie. Une enquête qualitative.

50 feuilles paginées, 2 illustrations, 2 tableaux, 30 cm, Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2018 ; N°

Résumé:

Objectif : Explorer les connaissances, les représentations, les pratiques et les freins concernant la contraception chez les jeunes femmes de l'île de Maré (Nouvelle-Calédonie). *Méthode* : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des femmes de Maré âgées de 15 à 25 ans. Les femmes ont été recrutées lors d'une consultation au dispensaire pour constituer un échantillon raisonné, en variation maximale. L'analyse du verbatim a été faite par théorisation ancrée. *Résultats* : 17 jeunes femmes ont été rencontrées. Leurs histoires de vie étaient marquées par des grossesses non désirées. Une femme sur trois disposait d'un moyen de contraception efficace. Les freins retrouvés étaient ceux généralement décrits mais aussi l'existence d'un tabou sur le sujet et un manque de confidentialité au dispensaire. *Conclusion* : Pour éviter les échecs de contraception, l'accès à l'information doit être facilité, la confidentialité garantie et les médecins généralistes des dispensaires impliqués.

Abstract :

Objective: To explore knowledge, representations, practices and obstacles about contraception among young women on the island of Maré (New Caledonia). *Method* : Qualitative study by semi-structured interviews with women aged 15 to 25 from Maré. Women were recruited during a consultation in the dispensary to constitute a reasoned sample, in maximum variation. The analysis of the verbatim was done following the grounded theory. *Results* : 17 young women were met. Their life stories were marked by unwanted pregnancies. One in three women had effective contraception. The obstacles found were those generally described but also the existence of a taboo on the subject and a lack of confidentiality at the dispensary. *Conclusion* : To avoid contraceptive failure, access to information must be facilitated, confidentiality guaranteed and general practitioners in the clinics involved.

Rubrique de classement : Gynécologie

Mots-Clés :

Contraception ; Grossesse non souhaitée ; Santé sexuelle ; Recherche qualitative ; îles Loyauté ; Nouvelle-Calédonie

Mots-clés anglais MeSH :

Contraception ; Unwanted Pregnancy; Sexual Health ; Qualitative research ; Loyalty Islands ; New Caledonia

JURY

Président : Monsieur Jean Levêque

Assesseurs :

Monsieur Michel Jorda (directeur de thèse)
Monsieur Ronan Garlantezec
Madame Sidonie Chhor-Queniart
Madame Ludivine Allard-Bain