



HAL
open science

**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 an**

Laura Naisseline

► **To cite this version:**

Laura Naisseline. 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 an. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-01844079

HAL Id: hal-01844079

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01844079>

Submitted on 19 Jul 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université De Lorraine

École de sages-femmes de Metz

*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 présenté et soutenu par
Laura NAISSELINE

Née le 22/11/1988

Formation 2009 - 2014

Université De Lorraine

École de sages-femmes de Metz

*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 présenté et soutenu par
Laura NAISSELINE

Née le 22/11/1988

Formation 2009 - 2014

« Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur »

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je tiens dans un premier temps à remercier mes merveilleux parents en Nouvelle-Calédonie pour leur soutien indéfectible durant mes années d'études de sage-femme.

A ma grande sœur, le docteur Naisseline-Nguyen Béthia qui a su m'épauler aux bons moments et m'aiguiller dans le travail d'analyse et les finitions de mon mémoire.

A mon grand frère Billy qui voue une admiration à la profession de sage-femme et mes deux petites sœurs Méjo et Ketsia pour leurs paroles d'encouragements.

J'adresse toute ma gratitude à la directrice de ce mémoire, le docteur Isabelle de FREMICOURT, pour ses judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

J'adresse un remerciement particulier à Madame Luce Boullier, pour son aide, sa gentillesse, son soutien, sa disponibilité et sa réactivité lors de mes demandes d'aides rédactionnelles.

Enfin, je tiens à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	3
1. PREMIERE PARTIE : Etat des lieux.....	4
1.1. Contexte géopolitique et historique de la Nouvelle-Calédonie	5
1.2. Les différentes structures sanitaires en Nouvelle-Calédonie et leurs organisations - Les compétences de la sage-femme	9
1.3. Les fondements de la société kanak : Organisation clanique, rites et traditions ...	16
1.4. L'historique de la contraception traditionnelle jusqu'à l'apparition et l'extension de la contraception	20
1.5. La place de la femme et de l'enfant dans l'organisation de la société kanak	21
2. DEUXIEME PARTIE : Cadre de l'étude.....	26
2.1. Problématique	27
2.2. Matériel et méthodes	27
2.3. Résultats de l'enquête	32
3. TROISIEME PARTIE : Analyse et Interprétation	53
3.1. Les grossesses non désirées chez les jeunes Kanak de 16 à 24 ans s'expliquent par leur imprégnation culturelle	54
3.2. L'information sur la contraception prodiguée chez les jeunes kanak serait mal assimilée	58
3.3. La contraception proposée aux jeunes kanak n'est pas adaptée	66
3.4. Propositions d'actions.....	68
4. CONCLUSION.....	71

5. BIBLIOGRAPHIE	73
6. ANNEXES	76

INTRODUCTION

Le territoire de la Nouvelle-Calédonie, un archipel d'Océanie situé dans l'Océan Pacifique est proche de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, compte près de 245 580 habitants au recensement de 2009 d'après les données de l'Institut de la Statistique et des Etudes Economiques (ISEE). Il connaît toutefois un ralentissement de croissance démographique essentiellement dû à la baisse du taux de natalité passant de 3,2 enfants par femme à la fin des années 80 à 2,2 enfants par femme en 2007. Le peuple originaire du territoire est le peuple kanak colonisé par l'état français en 1853. Ce peuple, dont je suis issue, est une société aux traditions et aux coutumes toujours très en vigueur.

A partir de l'arrivée des missionnaires en 1841 et plus tard lors de la colonisation, le sens de la maternité a évolué. La contraception apportée ces dernières années par la médecine moderne a été une nouvelle étape marquante pour ces familles.

Même en considérant cet infléchissement du taux de natalité en 20 ans, 53% des premières grossesses chez les femmes kanak de 16 à 24 ans ne sont pas désirées en Nouvelle-Calédonie, selon une étude de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2008.

Mon projet est d'exercer ma profession de sage-femme dans mon pays natal et mon rôle sera principalement la prévention, le dépistage et le diagnostic. Je suis donc particulièrement sensibilisée par ces chiffres et à travers mon travail de mémoire, j'éprouve un intérêt profond à comprendre pourquoi ces jeunes filles kanak ont des grossesses précoces et trop souvent non désirées. Quelle est donc la place de la contraception chez les jeunes kanak de 16 à 24 ans ? Quels sont les obstacles à son accès ?

Pour répondre à ces interrogations, nous verrons tout d'abord le milieu calédonien sous son aspect géographique, historique et culturel puis nous insisterons sur les particularités et la spécificité de la vie kanak. Nous aborderons ensuite les différentes structures sanitaires existant sur le territoire actuellement.

L'élaboration de l'enquête dans cette population Kanak et les résultats obtenus viendront étayer mon étude.

Enfin, nous proposerons la mise en place d'actions qui permettront aux jeunes kanak de choisir librement leur grossesse et leur type de contraception.

1. PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX

1.1. Contexte géopolitique et historique de la Nouvelle-Calédonie

La Nouvelle-Calédonie est un archipel d'une superficie de 18 575,5 km² situé à 22 000 km de la Métropole. Cet archipel océanien se situe dans le Sud de l'Océan Pacifique, à 1500 Km de l'Australie et à 1700 Km au Nord de la Nouvelle-Zélande. Depuis 2003, la Nouvelle-Calédonie obtient le statut de pays d'outre-mer au sein de la République Française. Elle est constituée d'une île principale : la Grande-Terre et se prolonge par plusieurs groupes d'îles distincts. Parmi ces îles se trouvent les îles Loyauté à 100 Km à l'Est de la Grande-Terre comprenant quatre îles : Ouvéa, Lifou, Tiga et Maré, l'archipel de Bélep au Nord et l'île des Pins au Sud. Elle compte également des îlots inhabités [1 ; 2].



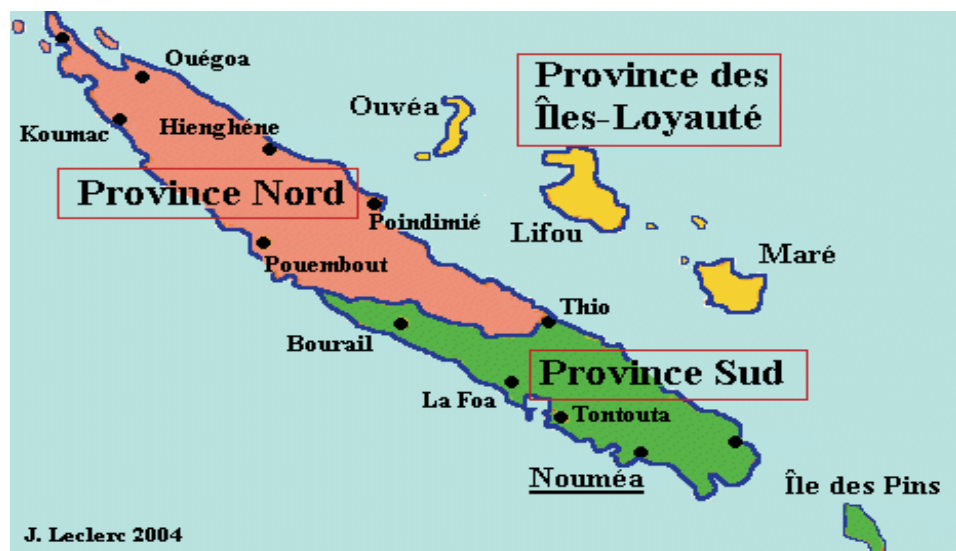
1.1.1. Organisation territoriale de la Nouvelle-Calédonie

La Nouvelle-Calédonie présente une organisation territoriale instituée par la loi N° 88.1028 du 9 novembre 1988 lors de la signature des accords de Matignon. Du point de vue politique, la Nouvelle-Calédonie est segmentée en trois provinces qui sont régentées par des assemblées élues au suffrage universel. Le Congrès forme l'union des trois assemblées provinciales. Ces provinces sont :

- La province nord qui comprend la partie nord de la Grande Terre et de l'archipel des Bélep. Elle concerne les territoires des communes de Bélep, Poum, Ouégoa, Pouébo, Hienghène, Touho, Poindimié, Ponerihouen, Houailou, Canala, Koumac, Kaala-Gomen, Kouaoua, Voh, Koné et Pouembout. La province Nord, avec ses 41 413 habitants, compte pour 21 % de la population néo-calédonienne [3].

-La province sud comprenant la partie sud de la Grande-Terre et de l'île des Pins, et composée des territoires des communes de l'île des Pins, Mont-Dore, Nouméa, Dumbéa, Païta, Bouloupari, La Foa, Moindou, Sarraméa, Farino, Bourail, Thio et Yaté. La province Sud est la plus peuplée (134 546 habitants) et elle compte pour 68,4 % de la population totale [4].

-À l'Est, la province des îles Loyauté comprenant les territoires des îles de Maré, Lifou, Ouvéa et Tiga, n'abrite que 10,6 % des Néo-Calédoniens (20 877 habitants) [5 ; 6].



1.1.2. Population Calédonienne

Cet archipel est peuplé depuis au moins 3 200 à 3 300 ans donc avant l'arrivée des Européens par des Mélanésiens aujourd'hui appelés Kanak, qui forment le peuple autochtone et constitue la première communauté de la Nouvelle-Calédonie. Depuis la découverte de la Nouvelle-Calédonie par James Cook en 1774, la suite des événements historiques a fait évoluer la population Calédonienne autochtone vers une population multiculturelle [4 ; 7].

En 2009, les kanak représentent 40,34 % des Néo-calédoniens.

La colonisation de peuplement, tant pénale (avec la présence d'un bagne de 1864 à 1924, la déportation s'étant arrêtée en 1894) que libre, est à l'origine de la population d'origine européenne, fortement métissée, soit 29,2 % des habitants se déclarant « Européens » en 2009 (natifs ou non). A ces derniers s'ajoutent les 8,3 % de métis et les 4,96 % se définissant simplement comme « Calédoniens » [7 ; 8 ; 9 ; 10].

1.1.3. Histoire du développement économique

Le développement économique, surtout à travers l'exploitation minière du nickel et les secteurs liés (la métallurgie mais aussi le bâtiment et l'énergie) a entraîné l'apport de main-d'œuvre asiatique d'abord indonésienne puis vietnamienne et japonaise.

A partir de la fin du XIX^{ème} siècle et pendant la première moitié du XX^{ème} siècle, leurs descendants représentaient 3,34 % de la population locale en 2009. Depuis les années 50, la Nouvelle-Calédonie a vu la migration d'une population polynésienne faite essentiellement de wallisiens et futuniens dans le but de rechercher du travail. (10,69 % des habitants en 2009) [7 ; 8 ; 9 ; 10].

Après la seconde guerre mondiale, la France abandonne le terme de colonie et abolit le code de l'indigénat qui fut adopté le 28 Juin 1881. Et c'est en 1887 que le gouvernement français l'imposa à l'ensemble de ses colonies. En général, ce code assujettissait les autochtones et les travailleurs immigrés aux travaux forcés, à l'interdiction de circuler la nuit, aux réquisitions, aux impôts de capitation (taxes) sur les réserves et à un ensemble d'autres mesures tout aussi dégradantes. Il s'agissait d'un recueil de mesures discriminatoires destiné à faire régner le « bon ordre colonial », celui-

ci étant basé sur l'institutionnalisation de l'inégalité et de la justice. Ce code fut sans cesse « amélioré » de façon à adapter les intérêts des colons aux « réalités du pays »).

Parallèlement, le Territoire connaît une croissance économique rapide et importante grâce à l'exploitation de « l'or vert » : c'est le « boom du nickel », la Nouvelle-Calédonie devenant alors le troisième producteur mondial [7 ; 8 ; 9 ; 10].

1.1.4. La Calédonie aujourd'hui

Les années 1980 voient les tensions entre opposants et partisans de l'indépendance atteindre leur paroxysme, les affrontements dégénèrent bientôt en insurrection quasi généralisée durant la période dite des « événements » (1984-1988). La violence culmine en 1988 avec la prise d'otages d'Ouvéa.

Cet épisode pousse les deux camps et leurs dirigeants à négocier [7 ; 8 ; 9 ; 10].

Les négociations aboutissent à la signature des accords de Matignon le 26 juin 1988 prévoyant la mise en place d'un statut transitoire de dix ans devant se solder par un référendum d'autodétermination pour que les Calédoniens se prononcent pour ou contre l'indépendance.

Cet accord est complété par l'accord de Nouméa du 5 mai 1998 qui prévoit une autonomie forte et repousse le référendum final sur la question de l'avenir institutionnel entre 2014 et 2018 soit par un passage à l'indépendance soit le maintien au sein de la République française.

En cas de vote négatif, un second, puis éventuellement un troisième référendum pourront être organisés. À l'issue de votes toujours négatifs, un nouvel accord sera négocié [7 ; 8 ; 9 ; 10].

1.2. Les différentes structures sanitaires en Nouvelle-Calédonie et leurs organisations - Les compétences de la sage-femme

1.2.1. Les centres hospitaliers publics

Le territoire compte sept centres hospitaliers, répartis entre trois établissements publics :

❖ Les 4 établissements du Centre hospitalier territorial (CHT) de Nouvelle-Calédonie, situés sur le Grand Nouméa (médecine, chirurgie, obstétrique et urgences)

- CHT Gaston-Bourret : dans le centre-ville de Nouméa, sur le port, à l'emplacement de l'ancien fort Constantine (première construction de Port-de-France en 1854).
- CHT de Magenta : dans le quartier du même nom à Nouméa, pôle « mère - enfant » du CHT en accueillant les services de pédiatrie avec la néonatalogie, gynécologie, obstétrique et la maternité. Il s'y trouve également le service de néphrologie avec des postes d'hémodialyse et récemment le service de médecine interne.
- Centre médical du Col de la Pirogue : situé dans le col qui lui a donné son nom dans la commune de Païta, à 40 km de Nouméa, ancien sanatorium pour les patients tuberculeux ; il est actuellement centre de rééducation et d'éducation thérapeutique pour les patients obèses et insuffisants respiratoires.
- Centre Raoul Follereau : sur la presqu'île de Ducos, ancien centre Hansénien ou léproserie [11].

❖ L'établissement du Centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert-Bousquet :

Cet établissement se trouve dans le quartier de Nouville à Nouméa. C'est à la fois un centre de psychiatrie, de gériatrie et tout récemment le service de rééducation fonctionnelle [11].

❖ Les deux établissements du Centre hospitalier du Nord (CHN) :

- CHN Paula Thavoavianon à Koumac sur la côte Ouest (médecine, chirurgie, obstétrique et urgences)

- CHN Raymond-Doui Nébayes à Poindimié sur la côte Est (médecine, chirurgie, obstétrique, urgences et service polyvalent de soins de suite et de réadaptation) [11].

1.2.2. Les établissements privés :

À ces derniers s'ajoutent trois cliniques privées, toutes à Nouméa.

- Clinique Magnin : dans le quartier de la Vallée des Colons à Nouméa, la plus ancienne (1938) des cliniques privées (médecine, chirurgie, obstétrique et urgences). Elle fut la première maternité créée sur le Territoire et reste encore aujourd'hui le deuxième lieu d'accouchement derrière le CHT de Magenta, et a également été le premier centre d'urgences et la première banque du sang (en 1952). Elle occupe aujourd'hui le 1^{er} rang des hôpitaux calédoniens en matière d'urologie.
- Clinique de la Baie des Citrons : dans le quartier du même nom, une SARL de groupement de médecins (médecine, chirurgie et urgences).
- Polyclinique de l'Anse Vata : dans le quartier éponyme, c'est l'héritier d'un hôpital militaire américain de la Seconde Guerre mondiale surtout connu pour sa maternité. Il est le 3^e lieu d'accouchement du Territoire. Il s'y trouve un service de médecine, de chirurgie et d'obstétrique [11].

1.2.3. Les centres médico-sociaux :

Il existe 42 lits polyvalents de proximité dans 26 Centres médico-sociaux (dits « dispensaires ») chargés de répondre aux besoins de la population dans le domaine curatif, de l'urgence et de la prévention, gérés par les Directions provinciales des affaires sanitaires et sociales (DPASS-Sud, DACAS, DASS-PS) et répartis en zone rurale (la « Brousse » et les Îles).

23 Centres médico-sociaux secondaires et infirmeries prennent le relais dans le reste du Territoire :

- dans les Îles Loyauté, seule des trois Provinces à ne pas disposer de centre hospitalier, les dispensaires peuvent jouer le rôle de relais de ces derniers et sont donc plus fournis en lits que ceux de la Grande Terre (plus d'hospitalisations) : ils sont 5 (Wé et Chépénéhé à Lifou, Tadine et La Roche à Maré et Ouloup à Ouvéa).

- dans le Sud : 7 dispensaires (à Boulari au Mont-Dore, à Vao à l'île des Pins et dans les villages-centres de Païta, La Foa, Bourail, Thio et Yaté) et 6 Centres médico-sociaux secondaires et infirmeries (à Dumbéa et Dumbéa Nord, à Plum et l'île Ouen au Mont-Dore, et à Unia et Goro à Yaté),
- dans le Nord : 14 dispensaires, soit un dans chaque village-centre de commune à l'exception de Koumac (qui dispose d'un hôpital) et de Pouembout (le village formant une agglomération quasi continue avec Koné) pour 2 lits seulement, et 2 Centres médico-sociaux secondaires et infirmeries (au village minier de Népoui à Poya et à la tribu de Bondé à Ouégoa) [11].

1.2.4. Répartition des professionnels de santé

❖ Pour ce qui est de la présence des médecins sur le territoire de Nouvelle-Calédonie :

Ils étaient 740 en activité au 1^{er} juin 2011 soit une densité de 279,3 médecins pour 100 000 habitants dont 384 généralistes (densité 156,4) 47,5 % généralistes, et 302 spécialistes (densité 123). Il existe toutefois de fortes disparités géographiques puisque la densité se rapproche dans le Sud de celle de la métropole avec 274,2 médecins pour 100 000 contre seulement 96,3 dans le Nord et 79,8 dans les Îles. 46,8 % d'entre eux soit 255 sont des généralistes, avec une densité encore une fois en dessous de celle de la France métropolitaine même si l'écart est moins important (104,3 contre 135).

❖ Pour ce qui est des spécialistes :

Ils sont avant tout concentrés dans le Sud (158,3 pour 100 000 habitants, soit environ le niveau de la métropole, alors que la densité est seulement de 21,88 dans le Nord, nulle aux Îles et de 118,7 pour l'ensemble du Territoire) et plus particulièrement dans les grands centres hospitaliers de Nouméa [11].

❖ Les professionnels de Santé :

- 125 chirurgiens-dentistes (densité de 51,1 pour 100 000 habitants, assez près des 68 de la métropole à la même date),
- 106 sages-femmes (163,2 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, c'est là une densité supérieure à celle de la France métropolitaine, qui était de 125 pour 100 000 femmes dans la même tranche d'âge à la même date)

- 141 pharmaciens (57,7 pour 100 000 habitants seulement, soit moins de la moitié de la densité de 118 de la métropole) dans 57 officines (54 libérales, dont 21 à Nouméa, 14 dans les autres communes du Grand Nouméa et 19 en « Brousse » et Îles), et 3 mutualistes, dont 2 à Nouméa et 1 hors-Grand Nouméa,
- 1 098 infirmiers publics et libéraux
- 116 masseurs-kinésithérapeutes publics et libéraux [11].

1.2.5. Les compétences des sages-femmes

❖ D'après la délibération n° 259 du 24 janvier 2013 – Art. 12

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles 10 et 11 de la délibération sus-citée, et suivant les modalités fixées par les règles déontologiques de la profession, mentionnées au chapitre III de la délibération sus-nommée.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme comporte également la réalisation de consultations de contraception, de suivi gynécologique de prévention, de planification familiale, de prévention en matière de santé féminine et d'accueil des femmes en situation de détresse, sous réserve que la sage-femme adresse celles-ci à un médecin en cas de situation pathologique.

❖ Rôle de la sage-femme en particulier sur les îles (Maré)

L'effectif est de 2 sages-femmes Diplômées d'Etat.

Le fonctionnement actuel permet d'assurer la présence continue d'une sage-femme 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, sur place de 7h30 à 12h et de 14h à 17h30 ou en astreinte opérationnelle en dehors des heures ouvrables, la nuit et le week-end.

Leurs principales missions sont d'assumer les responsabilités de sage-femme de santé publique et d'appliquer les programmes sanitaires provinciaux.

Les activités qu'elles exercent sont d'assurer les consultations de gynécologie, d'assurer les consultations d'obstétrique et les suivis de grossesse, de prendre en charge des patientes dans le cadre des urgences gynéco-obstétricales et les accouchements, d'effectuer les consultations de protection materno-infantile et des consultations de contraception, de réaliser le suivi des patientes hospitalisées pour raison gynécologique ou obstétricale au centre médical, d'assurer les consultations avec les spécialistes en vacation (gynécologue-obstétricien et pédiatre), d'assurer des interventions de prévention en matière de sexualité et contraception dans les collèges et lycées, de saisir dans le logiciel médical Asclepios les consultations et actes pratiqués dans l'exercice quotidien, d'assurer le suivi de l'activité des sages-femmes et établir des statistiques (Annexes 4 et 5).

Des interventions de prévention en santé sexuelle ont lieu dans les quatre établissements scolaires de Maré (3 Collèges et 1 Lycée professionnel ALP) une fois par an, en raison de deux séances de deux heures chacune, animées par les sages-femmes de Maré, en collaboration avec des intervenants du comité de promotion en santé sexuelle (CP2S) (Annexes 4 et 5).

1.2.6. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie : la population féminine

D'après les chiffres de l'ISEE depuis 2009, le nombre d'habitants en Nouvelle-Calédonie est estimé à 245 580 mais en janvier 2011 ce nombre a été estimé à 252 000 habitants d'après les recensements de 2009.

D'après le rapport de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) sur la situation sanitaire 2011 de la Nouvelle-Calédonie, le nombre d'accouchement en 2011 est de 4026.

En 2010, le taux brut de natalité s'élève à 16,7 naissances vivantes pour 1 000 habitants. Le taux de natalité n'a cessé de chuter depuis les années 60, passant ainsi de 36,3 en 1963 à 16,7 en 2010. Le taux de natalité de la Nouvelle-Calédonie reste cependant toujours nettement plus élevé que celui de la France Métropolitaine.

Au vu de ces éléments, la diminution du taux de natalité peut être en partie expliquée par la baisse de la fécondité, avec un nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer qui a chuté de manière importante, en particulier dans la tranche d'âge

des 20-30 ans, mais qui n'est pas compensé par l'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer.

En 2010 l'indice synthétique de fécondité est égal à 2,17 enfants par femme.

Alors que l'indice de fécondité de la province Sud semble osciller autour de 2,4 depuis 1993, on constate la décroissance régulière de cet indice dans les deux autres provinces. Il est passé entre 1981 et 2010 de 5,5 à 2,3 en province Nord et de 5,8 à 2,8 dans la province des Iles Loyauté [12].

La population féminine calédonienne, estimée au 1er janvier 2011, est de 124 274 femmes, soit la moitié de la population.

En 2010 : l'âge de la mère lors de la première naissance était compris entre 15 ans (2 femmes) et 46 ans (2 femmes).

Les consultations de contraception en 2011 augmentent de 41% par rapport à 2010 au Centre de Conseil Familial (CCF). On note une utilisation de plus en plus fréquente de l'Implanon® fourni gratuitement depuis 2008. Les jeunes filles sont particulièrement très demandeuses mais non réceptives à l'information prodiguée avant la pose sur les effets secondaires. Seulement 28% des patientes satisfaites le garde jusqu'à la fin d'activité (25,5% en 2010), les autres le font retirer prématurément [12].

A la PMI, depuis 2009, le médecin se consacre exclusivement au suivi de grossesse (1ère visite) et aux échographies obstétricales et ponctuellement réalisent quelques gestes (pose de Dispositif Intra Utérin (DIU), pose d'implant, retrait de DIU sous échographie). Les échographies de datation en vue d'une IVG sont réalisées par les médecins du CCF.

Ce rapport montre que le taux d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) pour 1000 femmes en âge de procréer (c'est-à-dire de 15-49 ans) est égal 23,5 IVG valeur supérieure à celle de 2009.

En 2011, on note 457 demandes d'IVG soit 20 de plus qu'en 2010. 22% des demandeuses ont déjà fait au moins une IVG, elles étaient 24% en 2010 et 2009.

Le constat est inversé par rapport à 2010, une baisse de l'utilisation des méthodes naturelles (retrait, abstinence périodique) est enregistrée au moment de la

conception de la grossesse non désirée, mais 75% des causes de ces grossesses non désirées correspondent à une absence de contraception.

67,5% des femmes qui demandent une IVG sont âgées de 18 à 24 ans, 13% d'entre elles ont moins de 18 ans [12].

1.2.7. Les centres de prévention mis en place en Nouvelle-Calédonie sont :

- Le comité de promotion de la Santé Sexuelle en Nouvelle-Calédonie qui élabore des stratégies dans le cadre de la prévention, l'amélioration du dépistage, de la prise en charge des IST dont l'infection par le VIH. Il suscite, organise et réalise des actions d'information et de sensibilisation sur les IST et la santé sexuelle au sens large.

Ces actions pourront se présenter notamment sous la forme d'interventions en milieu scolaire, d'intervention en milieu communautaire (notamment en maison de quartier), de permanences d'écoute et de soutien.

Il recherche également des sources de financement et de les affecter aux objectifs définis.

- L'espace écoute jeunes (EEJ) qui est un lieu ouvert tous les après midi pour recevoir les jeunes mais aussi tout public désirant s'informer sur la sexualité, les infections sexuellement transmissibles dont le VIH, la contraception (depuis juillet 2009, une consultation contraception est tenue par des médecins et sages femmes). On y trouve, de la documentation, des préservatifs gratuits, des tests de grossesse et des accès internet libres. Une permanente est présente pour répondre à toutes les questions et faire le relais avec les divers services partenaires comme le Centre de Conseil Familial (CCF), l'Espace de Prévention, d'Accompagnement et de Soins du Centre Médical Polyvalent (ESPAS-CMP) [13].

- Les directions provinciales de l'Action sanitaire et sociale (DPASS) de la Nouvelle-Calédonie : Sud, Nord et les Iles. La DPASS met en œuvre la politique provinciale en matière sanitaire et sociale. Elle participe ainsi à la cohésion sociale. Son champ d'intervention est triple. La DPASS offre des prestations de santé publique grâce à l'action de ses dix centres médico-sociaux répartis sur l'ensemble de la province Sud, complétés par les deux centres de Nouméa dont la compétence est plus spécialisée, le centre de la famille de Montravel et l'ESPAS CMP en centre-ville. La DPASS prend en

charge les personnes en difficulté. Elle leur apporte des aides financières en leur permettant d'accéder aux soins grâce à son service d'aide médicale.

Elle leur offre une écoute et un accompagnement avec son réseau d'assistantes sociales qui assurent des permanences sur toute la province Sud. Elle prend en charge les difficultés intrafamiliales (relations parents/enfants et violences conjugales) par l'intermédiaire de son service enfance et famille du Relais. La DPASS assure enfin un soutien technique et financier aux structures et associations qui œuvrent pour la petite enfance, les personnes âgées, les personnes porteuses de handicap, l'hébergement et la réinsertion sociale [13].

Pour ce faire, la DPASS compte 350 agents répartis en trois secteurs : la santé publique, les actions médico-sociales et l'action sociale. Son personnel est composé principalement de personnel médical et paramédical, de travailleurs sociaux et de personnel administratif et technique [13].

- Le Centre de conseil familial est composé de quatre professionnels dont un médecin, une assistante sociale, une juriste, une psychologue. Ce centre a pour mission depuis sa création, la prévention des grossesses non désirées par une activité de planning familial : contraception, accompagnement dans les procédures d'IVG, entretiens pré-IVG. Cette activité se prolonge par des actions de prévention : séances d'informations collectives adressées à un public scolaire principalement [13].

Cette mission principale se complète d'une mission de soutien au système familial en proposant des consultations psychologiques et des consultations juridiques (droit de la famille). Ce centre a une politique d'accès gratuit à la contraception.

- Les dispensaires des trois provinces : nord, sud et îles.

- Et les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) [13].

1.3. Les fondements de la société kanak : Organisation clanique, rites et traditions

1.3.1. L'organisation sociale

Le terme Kanak, invariable en genre et en nombre, viendrait à l'origine du mot hawaïen « kanaka » signifiant « homme ». Il peut aussi être un dérivé du nom « Téin Kanaké » qui signifie le premier (Tein) homme (kanaké), ce nom est issu des contes et légendes kanak sur l'arrivée des premiers hommes en Nouvelle-Calédonie. Par la suite,

il se généralisa par l'initiative des navigateurs et marchands européens, sous la graphie « canaque » à l'ensemble du Pacifique, pour désigner plus spécifiquement les populations autochtones de ce qu'on appelle traditionnellement la Mélanésie, bien que certains récits du XIX^{ème} siècle l'utilisent également à propos des Marquisiens ou des Pascuans. Toujours est-il que le terme prit peu à peu un sens plus ou moins péjoratif pour ne désigner que les populations autochtones de Nouvelle-Calédonie.

À partir des années 1960, les autochtones se le réapproprièrent en le « re-océanisant » sous la graphie « kanak ». Aujourd'hui ce terme est empreint d'une forte signature identitaire et est devenu l'un des symboles des revendications culturelles et politiques des Néo-calédoniens autochtones [14 ; 15 ; 16 ; 17 ; 18].

La société kanak a sauvegardé toute sa particularité et reste fortement ponctuée par la coutume qui caractérise non seulement les comportements, mais également l'organisation politique et institutionnelle dont le pouvoir des chefs, le poids des anciens, les droits des personnes et de la terre.

Le rapport à la terre est fondamental : l'homme appartient à la terre et c'est par elle qu'il acquiert son identité. Les noms de famille sont souvent des noms de lieux. La terre n'appartient pas à l'homme, elle ne peut être l'objet de propriété au sens occidental du terme ; seuls des droits d'occupation ou d'exploitation ou encore de passage s'y exercent [14 ; 15 ; 16 ; 17 ; 18].

Au sein d'un clan, chacun cultive la parcelle qu'il a défrichée. Les travaux les plus difficiles sont exécutés collectivement et la communauté travaille tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre. Il en va de même pour la construction des cases ou de leurs réfection. Le travail mené en commun permet à chacun d'être usufruitier. Le champ, la case, la récolte sont des biens communs comme la terre est le bien commun du clan. Ces lieux sont chargés de significations mythiques. La terre est inséparable du clan. Elle est l'habitat dans sa plus grande acception puisqu'elle embrasse champs, montagnes, sources, cultures, rivage, mer et poissons mais aussi tous les membres du clan par-delà les générations puisqu'elle est le lieu de séjour des vivants et des morts. La terre kanak représente donc un univers plus culturel qu'économique. Ainsi s'efface toute notion de propriété individuelle. La mise en communauté de toutes les ressources est la règle.

L'identité kanak tire son fondement d'un ensemble de traditions ancestrales. Elles se perpétuent dans le cadre de récits mythiques et de préceptes coutumiers transmis de génération en génération. La coutume n'est pas figée car elle a

vécu et vit sous l'influence extérieure (colonisation, évangélisation, modernité), elle s'est adaptée tout en préservant le tissu relationnel familial de base, celui du clan qui se présente comme la référence commune hors de laquelle l'individu ne peut survivre. Le commandement le plus important est indubitablement le fait qu'un homme n'est rien hors du groupe et qu'un groupe ne peut se développer que sur une terre [14 ; 15 ; 16 ; 17 ; 18].

1.3.2. Le clan et place de l'enfant dans le clan

Chaque kanak s'identifie à son clan, qui est d'ailleurs symbolisé par la case. Cette habitation est une image de l'harmonie dont l'ensemble gravite autour du poteau central, comme les familles autour du chef de clan. Le clan s'articule donc autour du chef et de sa case. La vraie famille est d'abord le clan et chaque clan est représenté par les aînés des lignées aînées. Les hommes ont des responsabilités sociales et publiques, comme l'accord final des alliances, la maîtrise des relations sociales et de la vie publique, et ont le devoir de pérenniser leurs clans. La communauté prend en charge les hommes à leur service, cependant ils doivent s'assurer de l'approvisionnement en ressources alimentaires et vitales de la communauté, dont la responsabilité de la culture de l'igname, objet d'échanges sociaux coutumiers [18].

Ainsi la naissance d'un enfant n'est pas la justification du couple mais celle du clan. Par l'enfant qu'elle met au monde, la femme accomplit son devoir envers son clan en assurant sa pérennité. Mari et femme ne font que participer à l'échafaudage coutumier. D'ailleurs jusqu'à il y a une décennie, la majorité des couples ne se choisissaient pas, c'était un choix coutumier. Actuellement, ce rite disparaît peu à peu au profit de la vision occidentale du couple.

Le rôle du père se limite dans la plupart des cas à celui de géniteur et il n'intervient ni dans la vie ni dans l'éducation de l'enfant.

La mère quant à elle après le sevrage de son enfant, le laisse entre les mains des véritables éducatrices : les tantes et les grands mères maternelles. Au sein du clan, Les femmes sont responsabilisées à tout ce qui concerne la vie, l'intimité familiale dont les travaux quotidiens et ménagers du foyer et du management familial, ou encore

la reproduction des membres du clan. Si tous travaillent aux travaux des champs, l'homme et la femme à chacun son propre rôle.

En revanche, personnage essentiel du groupement familial, l'oncle utérin reconnaît comme étant de son sang, ses neveux et nièces. Ces enfants seront son prolongement et cette relation particulière lui donne un pouvoir de décision sur leur avenir [15 ; 16 ; 17 ; 18 ; 19].

1.3.3. L'enfant et la naissance

Du point de vue de l'organisation de la société kanak, la chefferie représente les clans. Le chef est choisi par les descendants de ceux qui ont fondé le pays. Aucun signe extérieur ne différencie le chef du reste du groupe, l'étranger qui arrive ne le remarque pas. Seul les gens du pays savent qui il est. Son autorité est toute relative puisqu'il ne commande pas mais représente ses « frères » lors des cérémonies coutumières. Il rassemble, il arbitre les conflits [19].

La vie y est rythmée par les trois événements de l'existence :

- la naissance : le nom choisi pour l'enfant correspond à la place qu'il occupe dans la société.

- le mariage : il répond à des impératifs d'alliances matrimoniales, les femmes étant échangées entre clans.

- la mort : le corps du défunt est entreposé dans un cimetière appartenant au clan paternel et ses biens sont récupérés par les membres utérins.

Tout citoyen est régi dans les différentes étapes de son existence (naissance, mariage, adoption, divorce, décès) par un ensemble de règles de droit relevant du droit civil. Ces règles sont définies par le Code Civil et s'appliquent en principe indistinctement à tout citoyen français que l'on appelle le « droit commun ».

En Nouvelle-Calédonie, les mélanésien nés sur le territoire bénéficient d'un régime de droit particulier relevant de la coutume. Il est institué par l'article 75 de la Constitution de 1958 qui reconnaît le droit pour les "citoyens de la République qui n'ont pas le statut civil de droit commun» de conserver «leur statut personnel tant qu'il n'y ont pas renoncé. »

Ainsi en Nouvelle-Calédonie, deux systèmes de droit civil coexistent : le droit commun et le droit particulier ou coutumier. Par conséquent, les mariages et dissolutions de mariages se font sur la base du consentement mutuel après accord des familles intéressées, sur le plan strictement coutumier. L'officier d'état-civil ne dresse un acte que dans une deuxième phase, celui-ci n'est que l'enregistrement officiel d'un accord déjà conclu coutumièrement. Dans les actes de naissance, qu'ils concernent des enfants légitimes ou illégitimes, la reconnaissance est automatiquement assurée, soit au nom du père de famille, soit au nom de la mère.

L'application des règles de fond du statut particulier, bien que différentes de celles applicables au droit commun et reposant sur un droit coutumier non écrit, ne rencontre pas de problème majeur. Tout comme le statut civil coutumier, la propriété coutumière est soumise à la coutume. [15 ; 16 ; 17 ; 18 ; 19]

1.4. L'historique de la contraception traditionnelle jusqu'à l'apparition et l'extension de la contraception

1.4.1. L'usage de la contraception est lié à l'histoire et aux traditions kanak

La première grande série de transformations qu'ont connu les représentations du corps et de la sexualité des femmes à Lifou a été opérée en contact avec les missionnaires. Ceux-ci, apportant la « modernisation », voulaient remplacer les mœurs kanak par des mœurs inspirées du modèle occidental. Les femmes et les hommes furent vêtus, les femmes en robe mission encore appelée « popinée », recouvrant les parties du corps ayant trait à la sexualité, renforçant l'idée de pudeur. Aujourd'hui encore, les femmes mariées portent cette robe qui est devenue un symbole identitaire des femmes kanak. Le devoir de virginité des filles avant le mariage est une norme apportée par les missionnaires. Interdisant fêtes nocturnes et créant des pensionnats de jeunes filles où elles apprenaient à coudre, à lire et à écrire, ainsi qu'à prier, les missionnaires tentèrent de limiter les rapports sexuels avant le mariage, les filles ne sortant des pensionnats que pour se marier [20].

En ce qui concerne la contraception, les femmes kanak des îles ont très souvent recours à la médecine traditionnelle et plus particulièrement en consommant des fougères arborescentes (*Cyathea intermedia*). C'est une gigantesque fougère endémique qui pousse dans les forêts humides. Elle peut dépasser les 35 mètres de

hauteur. Dans certains territoires calédoniens, elle représente pour les Kanak, « le commencement du pays des hommes ». Certaines femmes enceintes consultent encore des guérisseurs pour les IVG ou mâchent des feuilles de plantes ayant des propriétés contraceptives. Mais tout ceci est de moins en moins présent avec l'essor des progrès médicaux [21].

1.5. La place de la femme et de l'enfant dans l'organisation de la société kanak

1.5.1. La place de la femme dans l'organisation sociale kanak : La maternité permet-elle l'accès à une position dans cette société

En terre kanak, la maternité est survalorisée, tandis que la sexualité est perçue comme un fait nocif et dégradant pour les hommes et la société [22].

« La valorisation des femmes comme épouses et mères étaient également au principe de l'enseignement prodigué aux filles dans les écoles catholiques et protestantes jusqu'à la fin des années 1960, centré sur les notions de devoir maternel et de travail domestique. S'y ajoutait le combat missionnaire contre l'immoralité qui passait par l'interdiction des danses mais aussi par l'interdiction de l'usage des plantes abortives ou contraceptives et par la volonté d'imposer une norme de virginité pré-maritale dans des sociétés où elle n'existait pas »[22].

Le pouvoir des femmes de donner des enfants est assurément gratifiant, mais les enfants « appartiennent » au père et à son clan. Si la complémentarité est mise en avant, celle-ci implique une dimension hiérarchique et une disparité : les hommes occupent les fonctions politiques, valorisées, tandis que les femmes assument un rôle reproductif et d'entretien domestique, à accomplir avec humilité.

Les femmes kanak se servent de la maternité, de leur importance dans les alliances entre les clans et dans la production des produits échangés, ainsi que du prestige que leur maris et frères ne pourraient acquérir sans elles, comme autant de pouvoirs. Une fille kanak ne deviendra totalement une femme que lorsqu'elle aura donné à sa belle-famille un enfant, de préférence un garçon. Durant sa grossesse, elle sera l'objet de soins intensifs de la part des femmes du clan marital.

« On va parler d'elle quand elle aura un enfant : les parents ont moins de scrupules à profiter de l'argent du mariage. Si une femme ne donne pas d'enfant, les

parents se sentent en dette. Mais si elle a des enfants, ils disent : « *Ma fille, elle a réussi son mariage* » [20].

Une femme acquiert en se mariant des responsabilités, car pour elle, se marier c'est comme atteindre la majorité en France. D'après C. Salomon, on observe aujourd'hui une pluralisation des conduites « dont témoignent les démarches individuelles et associatives qui mettent désormais ouvertement en cause les violences sexuelles commises contre elles et leurs filles », même en milieu rural. Avec l'accès aux études, au salariat des femmes, le possible recours au droit français, la possibilité d'aller à Nouméa et l'assouplissement des règles d'alliances, les femmes kanak ont aujourd'hui plus de choix dans l'accomplissement de leur vie, et plus de recours possibles en cas de situation difficile [23].

1.5.2. Le désir d'enfant dans la société kanak

Dans la société Kanak, pour « fabriquer » un enfant « deux sangs » de deux lignées sont : celui du père (*le sperme*) et celui de la mère, sont des sangs vivants et source de puissance. Il revient donc aux sangs paternels de fabriquer le squelette du futur enfant, et, ceux utérins, les chairs, les parties molles et les organes. La femme est dite enceinte, dès lors que ces deux sangs se réunissent, à partir du dernier jour de ses règles. L'enfant à venir est donc, dès les tous premiers instants de sa conception, l'objet de toutes les attentions. Les pères - garants de la protection de l'enfant à naître, lui octroie un nom à sa naissance, pour lequel correspond un tertre où bâtir sa maison, une terre à cultiver, un rang dans la hiérarchie du lignage, une fonction cérémoniale et une multitude de relations d'échanges [24 ; 25].

Bien qu'enrichis de vie par la capacité de la femme à procréer, les pères ne détiennent cependant pas l'exclusivité sur l'enfant à venir, bien au contraire, les mères en demeurent les propriétaires jusqu'à sa mort. Il est avant tout un être social, irrémédiablement lié à sa famille, son lignage, son clan et le produit d'un système d'alliances ancestrales et matrimoniales, de relations qui s'inscrivent d'elles-mêmes dans un système géographique déterminé. Il n'existe qu'au travers du groupe, pour le groupe auquel il est rattaché par le nom, et, à son mariage qui le fait homme, de le faire « grandir » par ses qualités propres, dans le respect de la coutume, et en retour des bienfaits reçus de sa parenté et de ses aînés.» [25 ; 26]

En outre, la société kanak est une société patrilocale et patrilinéaire, son système de parenté est particulier car les cousins et les cousines parallèles et croisés sont nommés frères et sœurs [19 ; 20].

1.5.3. La place de l'enfant dans la société kanak

L'enfant Kanak appartient à la terre car il existe à travers elle. C'est pourquoi, la base de son éducation repose particulièrement sur une fonction, un rang, une place et un rôle qu'il doit tenir dans son clan.

Il doit apprendre à respecter ses aînés, à faire la coutume et à apprivoiser ce qui fonde son identité : la savoir ancestral transmis oralement au travers des contes et légendes sacrés.

Voilà, ce qui fait que l'enfant Kanak est au coeur d'un système complexe où se mêlent respect des traditions et fatalement ouverture sur le monde. Car le plus difficile au-delà de la question du respect des traditions à perpétuer, c'est l'affrontement de deux mondes.

D'un côté, le poids de sa culture qui est l'essence même de ce qu'il est et de ce qu'il va devenir, et de l'autre la société occidentale et moderne qui « outrage » ses croyances et l'attire vers un monde nouveau, parfois dangereux pour le développement de son identité, de ses repères [25 ; 26].

1.5.4. L'éducation à la sexualité chez les jeunes

En pays kanak, les sujets les plus difficiles à aborder restent celui de la sexualité et de la vie amoureuse que ce soit dans leur enfance ou avec leur enfant. Avec les parents, on parle de la vie quotidienne, de l'éducation et de l'école principalement. La sexualité et les « histoires de petits copains ou copines » sont réservées au groupe de pairs (d'abord les ami(es), ou les cousins et cousines, ou encore les frères et sœurs).

Lors de mon retour en Nouvelle-Calédonie, j'ai eu l'opportunité d'assister à des séances de prévention sur la contraception dans les collèges de l'île de Maré et j'ai pu constater qu'une professionnelle de santé ayant un lien familial avec un collégien a dû accepter la demande de non-participation à la séance de ce collégien juste par « pur respect ». L'éducation sexuelle dans la population kanak reste encore un sujet

tabou. Est-elle seulement due à une absence de communication entre les parents et les enfants ?

On observe d'après la récente enquête menée par la Province Nord (OSAS) en 2010 chez les jeunes de cette province que la sexualité reste un sujet difficile à aborder, « 59% ont cités la sexualité comme un sujet « tabou » et il s'agit plus des kanak (63% versus 42% non kanak), et le recours à la contraception est positivement corrélée au niveau d'études.

Les séances de prévention sur la contraception en Nouvelle-Calédonie se font essentiellement dans des groupes homogènes pour le genre afin de libérer la parole sur la sexualité et d'éviter un frein à l'accès à la contraception des jeunes kanak. Ces séances utilisent l'outil du Théâtre forum et de jeux créatifs ; depuis l'année 2000, Alain GARIEPI, spécialiste en sexologie, est venu du Québec pour enseigner différentes techniques aux intervenants en prévention de sexualité. Une séquence de prévention se déroule en deux temps, une première séance de 2 heures de théâtre forum où le jeune s'exprime spontanément suivant sa préoccupation actuelle puis une deuxième séance de débriefing sous forme de « questions-réponses ».

Durant un entretien avec le Docteur Brigitte LEQUES au mois de Septembre 2012, cette dernière m'a fait part d'un cas assez similaire à celui que j'ai vu à Maré mais cette fois-ci en province Nord, le fait que l'infirmière scolaire de l'établissement était la tante d'une collégienne ayant eu un rapport sexuel non protégé. Cette jeune fille, par crainte que sa tante ne parle à sa mère de sa situation « gênante », n'est pas allée la consulter et s'est finalement retrouvée enceinte en demande d'une IVG.

La question que je me pose alors est : la présence familiale dans les centres de dépistages et d'informations sur la contraception, ne constituerait-elle pas un obstacle à l'accès à la contraception pour la jeunesse kanak ? Cette jeunesse kanak empreinte de ses traditions, qui compte parfaire son éducation sexuelle par le biais des séances de prévention et d'informations sur l'accès à la contraception et les risques d'une sexualité non protégée.

Ces jeunes femmes kanak ont un double discours concernant l'éducation sexuelle :

- celui de la tradition : la sexualité reste un sujet tabou au sein de la famille.

- celui de l'éducation moderne par le biais des établissements scolaires, le côtoiement de la société occidentale et anglophone (australienne) et des formations proposées par les structures sanitaires.

2. DEUXIEME PARTIE : CADRE DE L'ETUDE

2.1. Problématique

Quels sont les obstacles à l'accès à la contraception qui pourraient expliquer le nombre de grossesses non désirées chez les jeunes kanak de 16-24 ans ?

Mon enquête se propose donc de faire le point sur les connaissances et l'accès des jeunes Kanak en matière de contraception dans les trois provinces de la Nouvelle-Calédonie.

2.2. Matériel et méthodes

2.2.1. Objectifs de l'étude

❖ Objectif principal

- Mettre en évidence les obstacles rencontrés par les jeunes kanak de 16 à 24 ans en Nouvelle-Calédonie pour l'accès à la contraception et pour l'observance d'une contraception régulière et efficace, qui pourraient expliquer le nombre élevé de grossesses non désirées, constaté chez les jeunes Kanak d'après les dernières études.

❖ Objectifs secondaires

- Evaluer la fréquence et les motivations d'éventuels comportements à risque dans les rapports sexuels à risque de grossesse chez les jeunes kanak de 16 à 24 ans.
- Recenser les savoirs relatifs aux moyens de contraception dans cette population.

❖ Les hypothèses

La place de la contraception en Nouvelle-Calédonie est un problème de santé publique complexe et particulièrement dans la société kanak, qui n'est pas seulement dû à un défaut d'information et d'accès mais qui est aussi multifactoriel.

- 1) Les grossesses chez les jeunes kanak s'expliqueraient par le facteur culturel, d'une part avec l'utilisation de la contraception traditionnelle et d'autre part avec le désir de maternité pour obtenir une position reconnue dans cette société.
- 2) L'information sur la contraception prodiguée chez les jeunes serait-elle insuffisante ou mal assimilée ?
- 3) La contraception proposée aux jeunes kanak ne serait pas adaptée : Quelle est la part de la contraception traditionnelle dans cette société ? Quelles sont les idées reçues au sujet des moyens de contraception ?

2.2.2. Population cible

❖ Population d'étude

La population cible : les jeunes kanak filles et garçons de 16 à 24 ans résidant dans les trois provinces de la Nouvelle-Calédonie.

En 2013, on estimait cette population à partir de données de l'ISEE à 245 580 habitants.

❖ Taille de l'échantillon

Le nombre de sujet a été déterminé en fonction des moyens humains disponibles pour effectuer cette enquête, avec au moins plus de 30 personnes par sous groupe pour les variables démographiques étudiées (sexe, province, tranche d'âge). Il était prévu de questionner 100 jeunes par province.

❖ Inclusion des sujets

L'inclusion s'est faite sur la base du volontariat. Les jeunes kanak avaient été préalablement informés que le questionnaire comporte des questions à caractère sexuel. Après lecture du questionnaire, ils avaient la possibilité de se rétracter et de ne pas y participer.

❖ Critères d'exclusion

Les sujets non inclus dans la population cible seront exclus.

Sur les 100 questionnaires envoyés aux dispensaires de la province nord, je n'ai reçu que cinq questionnaires remplis. Le peu de réponses obtenues n'étant pas représentatif de la province nord, je n'ai pu l'inclure dans mon étude.

❖ Biais

Dans le questionnaire, le niveau scolaire n'a pas été demandé, ce qui constitue un biais pour évaluer les connaissances sur les moyens de contraception.

2.2.3. Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête transversale semi-quantitative avec des questions semi-ouvertes, ouvertes et fermées. Elle a été réalisée par entretien individuel des sujets.

❖ Moyens d'investigation : questionnaire

Le questionnaire anonyme recueille les informations suivantes :

- Classe d'âge
- La connaissance de la contraception en général et son accès
- L'utilisation de la contraception traditionnelle
- Le choix de leur contraception
- Pratiques à risque et raisons ayant poussé le jeune à en avoir
- La contraception d'urgence
- L'IVG

❖ Modalités de passation

L'enquête s'est déroulée dans les établissements scolaires et sanitaires de chaque province.

Pour s'assurer de la présence du plus grand nombre de jeunes possibles, le questionnaire a été proposé soit pendant les consultations soit selon le volontariat.

Pour la province sud : les questionnaires ont été remplis par les étudiants du Lycée Do Kamo, Lycée Jules Garnier, au CCF et au Campus des Iles.

Sur 100 questionnaires délivrés pour cette province, 100 questionnaires ont été remplis dont 50 filles et 50 garçons.

Pour la province de îles : les questionnaires ont été remplis par les étudiants du collège de Tadine, les patients consultant aux dispensaires de Tadine et de la Roche, au dispensaire de Lifou (Wé), au dispensaire d'Ouvéa (CMS St Joseph).

Sur 100 questionnaires délivrés pour cette province, 100 questionnaires ont été remplis dont 50 filles et 50 garçons.

❖ Durée de l'enquête

L'enquête a duré deux mois (Août/ Septembre 2013).

❖ Gestion de l'anonymat

L'anonymat est garanti par le secret professionnel et le respect des critères éthiques donnés aux professionnels ayant participé à l'enquête.

2.2.4. Les acteurs de l'enquête

❖ Supports d'enquête

Les questionnaires ont été remplis par entretien avec l'aide des professionnels de l'éducation et de la santé dont médecins, sages-femmes, infirmières scolaires et des enseignants.

❖ Difficultés rencontrées

- Province des îles : La langue couramment parlée est la langue vernaculaire. Le questionnaire a été rédigé et exprimé en français, ce qui a entraîné quelques difficultés. Cela a d'une part nécessité des reformulations et d'autres parts le sujet de sexualité étant dissimulé dans la société kanak, leur timidité a nécessité de patienter pour avoir leurs réponses. Cela a nécessité 20 minutes en plus du temps de consultation.

- Province sud : aucune.

2.2.5. Tests statistiques utilisés pour l'exploitation des données

❖ Logiciel et tests statistiques utilisés

Les données sont saisies et analysées au moyen du logiciel EPI-INFO. Les tests utilisés sont le test du Khi2 (la différence entre les deux populations étudiées sera significative dans le cas où la valeur de $p < 0,05$) ou le test de Fisher pour la comparaison des données qualitatives, et le test T de Student ou des analyses de variance pour les données quantitatives.

❖ Informations traitées

Les informations sont anonymes, les questionnaires remplis ne sont pas numérotés et les professionnels de Santé n'ont pas écrit le nom, ni aucune autre information permettant d'identifier les jeunes kanak.

2.2.6. Le questionnaire a-t-il bien respecté l'Ethique ?

- La garantie de l'anonymat des jeunes.
- Les critères donnés aux personnes qui ont enquêté :
 - Anonymat.
 - Accepter que le jeune ne réponde pas.
 - Compte tenu du contexte culturel, « ne pas bousculer les jeunes kanak », leur laisser le temps de répondre.
 - Ne pas sortir du cadre du questionnaire.
 - Utiliser un vocabulaire simple et compréhensible.
 - Utiliser des termes non choquant.
 - Les enquêteurs ne doivent pas diffuser les réponses des questionnaires et restent totalement dans le secret si c'est des personnes connues qui sont interrogées.
 - Non utilisation à des fins personnelles des résultats de l'enquête.

2.3. Résultats de l'enquête

2.3.1. Description de l'échantillon

	Province Sud (PS)			Province des Îles (PIL)			
Sexes	[16-18] ans	[19-21] ans	[22-24] ans	[16-18] ans	[19-21] ans	[22-24] ans	Total
Filles	n = 50			n = 50			N = 100
Garçons	n = 50			n = 50			N = 100
Total par tranche d'âge	n=34	n=47	n=19	n=35	n=25	n=40	N = 200
Total des deux sexes	N = 100			N = 100			N = 200

n (PS+PIL) [16-18] ans = 69

n (PS+PIL) [19-21] ans = 72

n (PS+PIL) [22-24] ans = 59

p > 0,05 = non significatif = NS

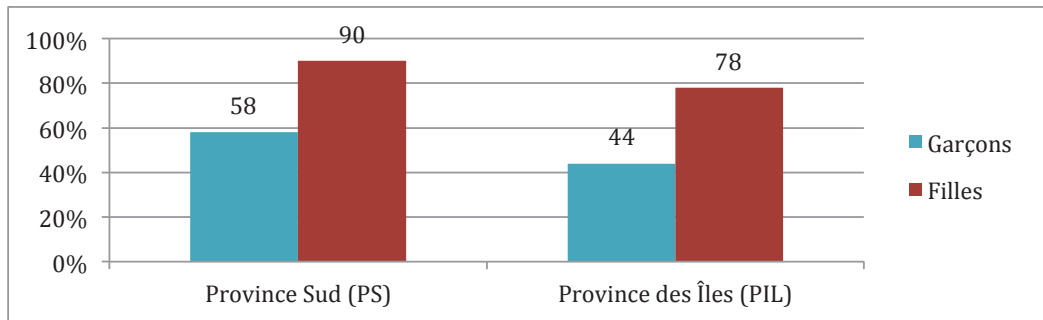
2.3.2. Résultats par question

❖ Question 1 : Qu'est-ce que la définition de la contraception ?

La réponse attendue était : l'ensemble des moyens permettant d'éviter une grossesse.

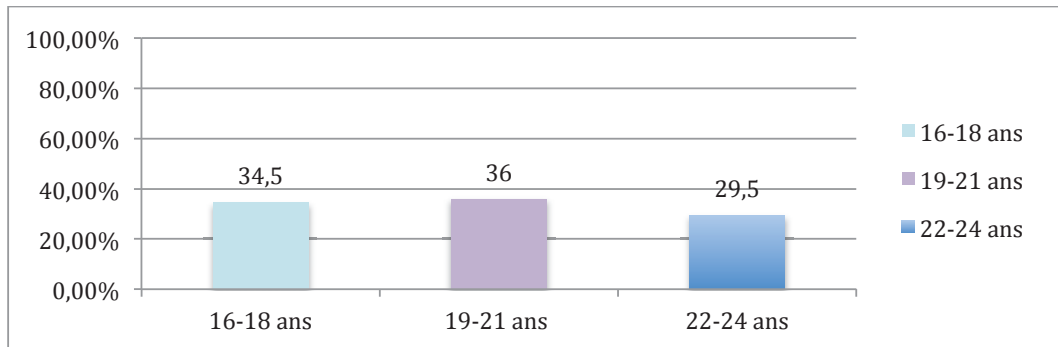
Sur les 200 kanak interrogés, 67, 5 % (135) connaissent la définition de la contraception. Voici les réponses principales données : « éviter une grossesse » (56 % ou 76 jeunes), « choisir le moment d'avoir un enfant » (4,4% ou 6 jeunes), « protection contre les IST » (11,7% ou 16 kanak), « éviter une grossesse non désirée et une protection contre les IST » (40,9% donc 56 personnes) et « ne sais pas » (5,5% donc 8 personnes).

Graphique n°1 : Connaissance de la définition de la contraception selon le sexe et la province (NS)



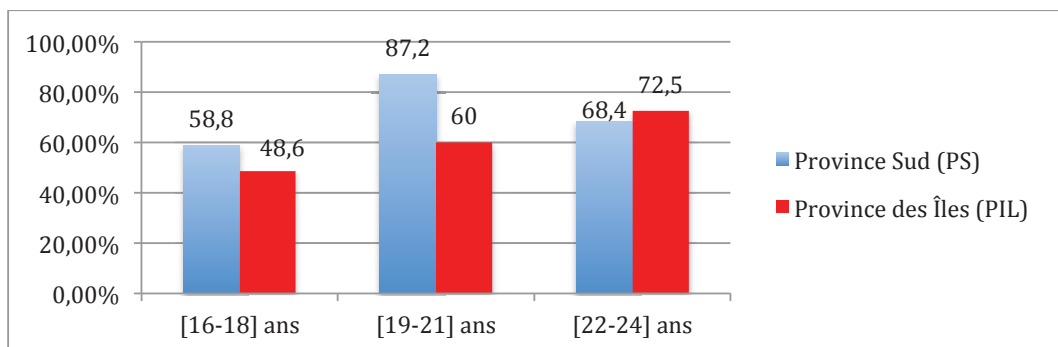
N = 200

Graphique n°2 : Connaissance de la définition de la contraception par tranche d'âge (p < 0,05)



N = 200

Graphique n°3 : Connaissance de la définition de la contraception selon la province et les tranches d'âge (PS : p < 0,05) (PIL : NS)



N = 200

❖ Pour la question 2 : As-tu déjà bénéficié d'une information concernant les moyens de contraception, la sexualité et l'accès aux centres de prévention et de contraception ?

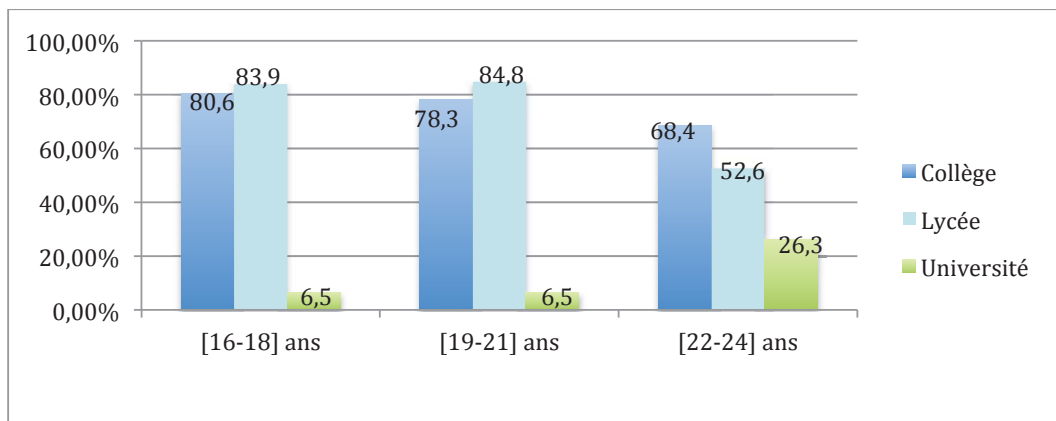
◆ Information sur la contraception selon la province (NS) :

Sur 100 jeunes de la province sud, 96 % ont bénéficié d'une information sur la contraception.

Sur 100 Kanak de la province des îles, 89 % ont bénéficié d'une information sur la contraception.

⇒ Pour la question 2.a) Si oui dans quelles circonstances ?

Graphique n°4 : Informations sur la contraception selon les niveaux scolaires et selon les tranches d'âge à la province Sud ($p < 0,05$ pour les informations reçues au lycée comparativement à l'université)



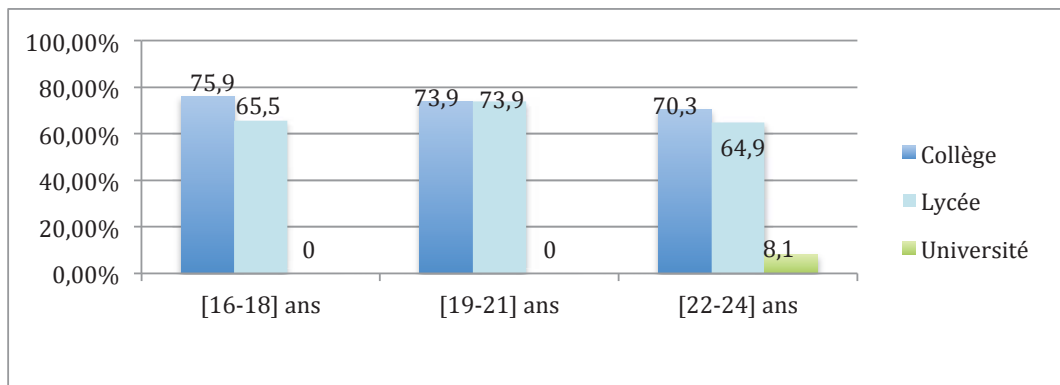
N = 96

n [16-18] ans : 31

n [19-21] ans : 46

n [22-24] ans : 19

Graphique n° 5 : Informations sur la contraception selon les niveaux scolaires et selon les tranches d'âge à la province des Îles (NS)



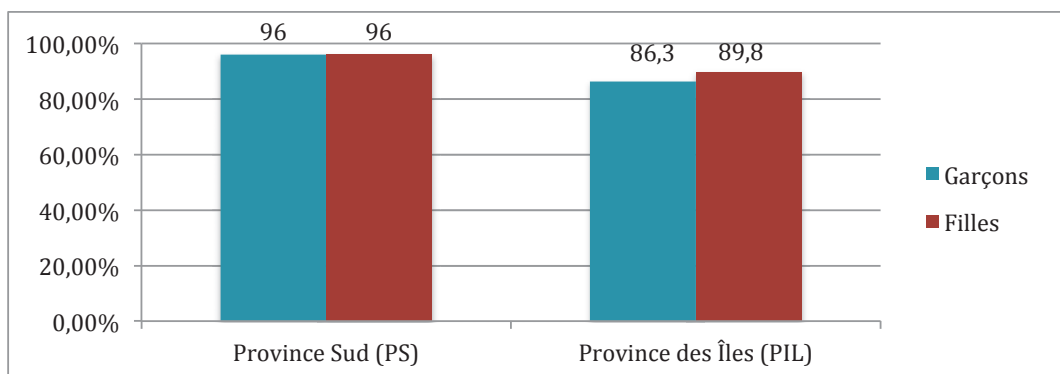
N= 89

n [16-18] ans : 29

n [19-21] ans : 23

n [22-24] ans : 37

Graphique n°6 : Répartition de l'information sur la contraception selon le sexe et la province (NS)

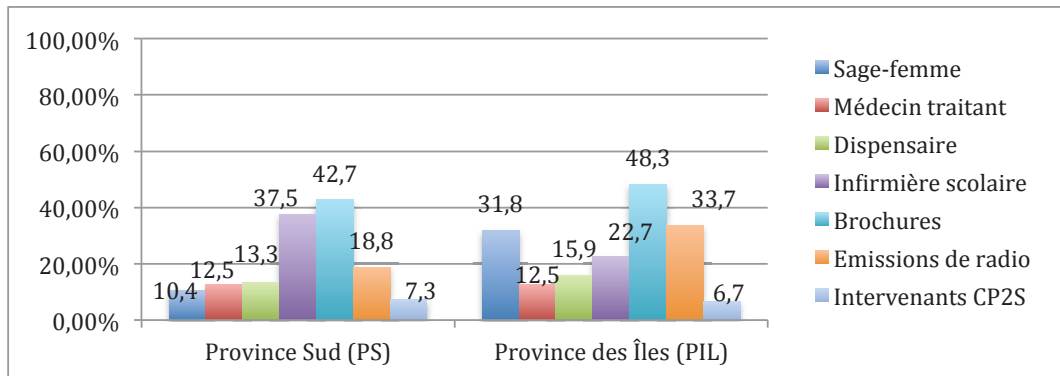


N= 200

- ◆ Répartition de l'information contraception selon les tranches d'âge et selon la province (NS) :

Le pourcentage pour chaque tranche d'âge de kanak de la province sud ayant bénéficié d'une information sur la contraception se situe entre 91 % à 100% et pour celui de ceux de la province des îles est compris entre 80 % et 92,5 %.

Graphique n°7 : Répartition de l'information contraception selon la province et selon les origines (p < 0,05 pour la sage-femme, l'infirmière scolaire et les émissions de radio)



N= 184

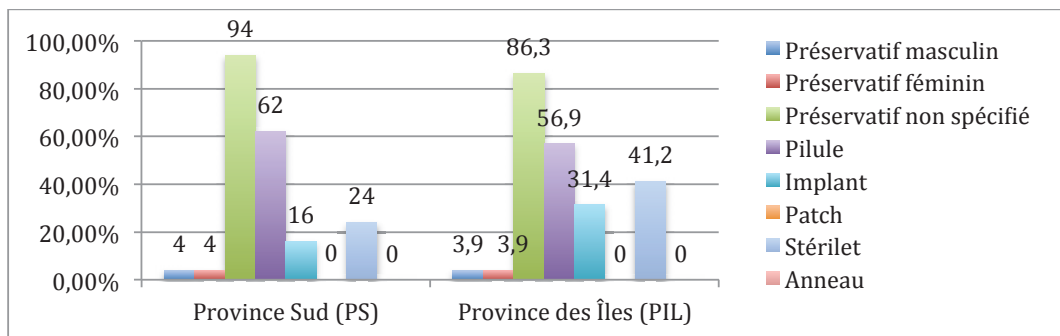
n (PS) = 96

n (PIL) = 88

CP2S : Comité de Prévention de la Santé Sexuelle

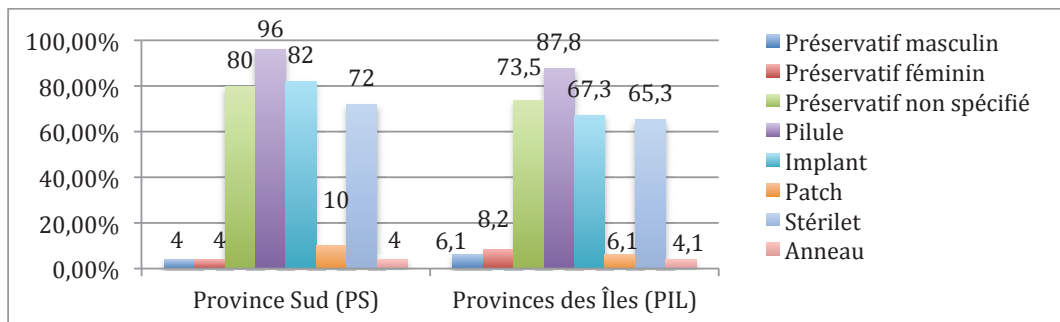
❖ Pour la question 3 : Quels moyens de contraception connais-tu ?

Graphique n°8 : Moyens de contraception cités par les garçons kanak selon la province (NS)



N= 100

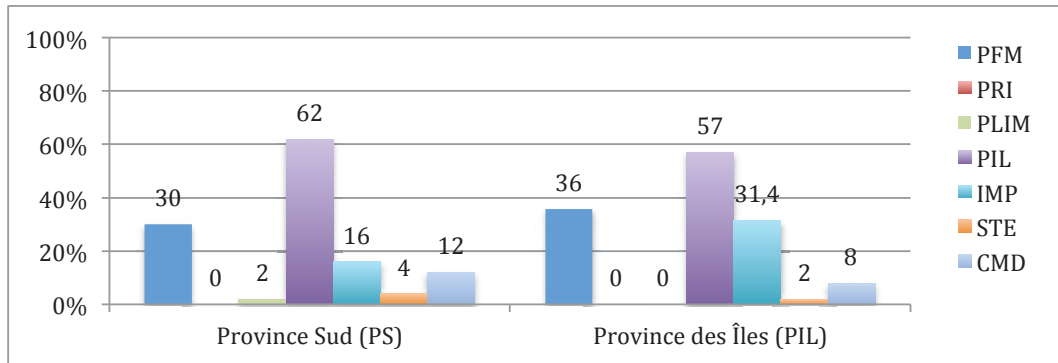
Graphique n°9 : Moyens de contraception cités par les filles selon la province (NS)



N= 100

=> Pour la question 3a) : Que penses-tu de chaque moyen de contraception que tu as cité ?

Graphique n°10 : Avis des garçons de chaque moyen de contraception qu'ils ont cités selon la province (NS)



N = 100

Légende :

PFM = « Préservatifs plus accessibles et mieux »

PRI = « Implant associé au préservatif : c'est plus sûr »

PLIM = « Implant est aussi efficace que la pilule »

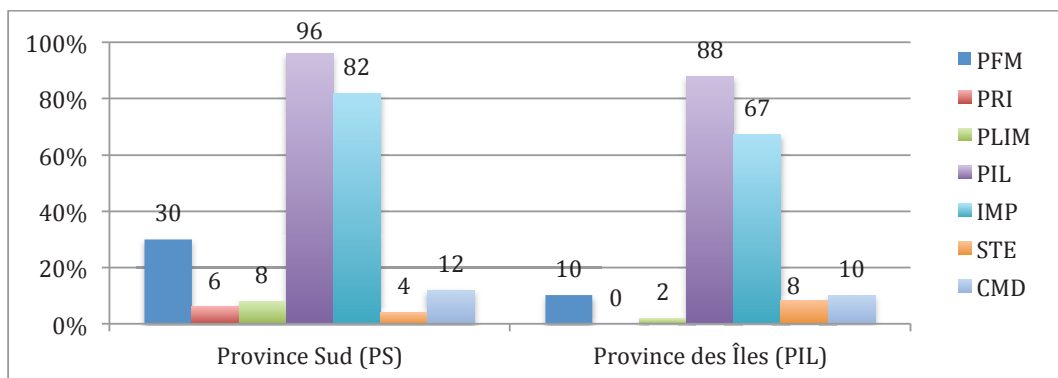
PIL = « Pilule est efficace seulement si il n'y a pas d'oubli »

IMP = « Implant est le plus sûr car pas de problème d'oubli »

STE = « Stérilet plus sûr »

CMD = « Chaque moyen de contraception à son défaut »

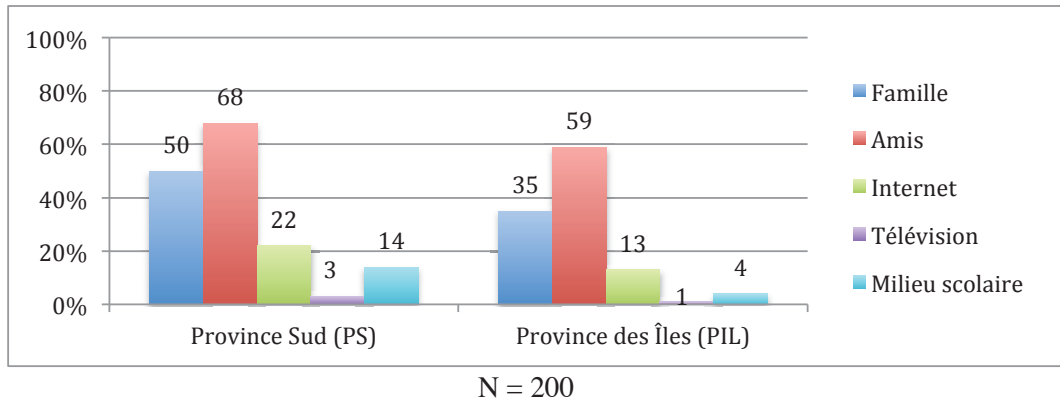
Graphique 11 : Avis des filles de chaque moyen de contraception qu'elles ont cités selon la province (p < 0,05 que pour PFM)



N = 100

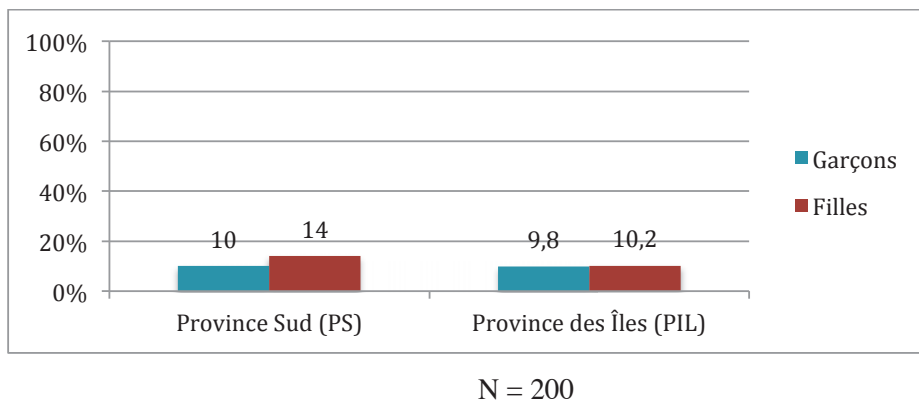
=> Pour la question 3b) : Comment les connais-tu ?

Graphique n°12 : Origine de la connaissance de la contraception par d'autres moyens
($p < 0,05$ que pour la famille et le milieu scolaire)



❖ Pour la question 4) : Connais-tu la pilule du lendemain ?

Graphique n°13 : Connaissance de la pilule du lendemain selon le sexe et selon la province (NS)



=>> Pour les questions 4.a) à 4.b) : Effectifs des jeunes qui connaissent la pilule du lendemain : N = 22

n Garçons (PS) = 5 n Filles (PS) = 7
n Garçons (PIL) = 5 n Filles (PIL) = 5

=>Pour la question 4.a) : Sais-tu dans quelles circonstances l'utiliser ?

Tableau n°1 : Réponses des garçons à la question 4.a) (NS)

PVC	Ds les 12H	Ds les 24H	Ds les 48H	Ds les 72H	24H après le RNP	48H après le RNP	72H après le RNP	Non spécifié	Total
Sud	0	1	1	1	0	0	0	3	6
Iles	0	0	0	0	1	1	0	1	3
Total	0	1	1	1	1	1	0	4	9

(RNP = Rapport Non protégé) (Ds = Dans) (PVC = Province)

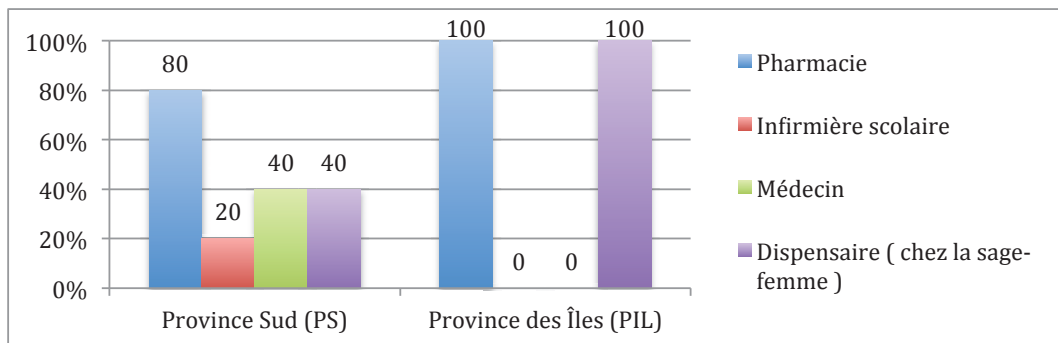
Tableau n°2 : Réponses des filles à la question 4.a) (NS)

PVC	Ds les 12H	Ds les 24H	Ds les 48H	Ds les 72H	24H après le RNP	48H après le RNP	72H après le RNP	Non spécifié	Total
Sud	0	2	2	1	1	1	1	1	9
Iles	1	1	0	1	0	0	0	1	4
Total	1	3	2	2	1	1	1	2	13

(RNP = Rapport Non protégé) (Ds = Dans) (PVC = Province)

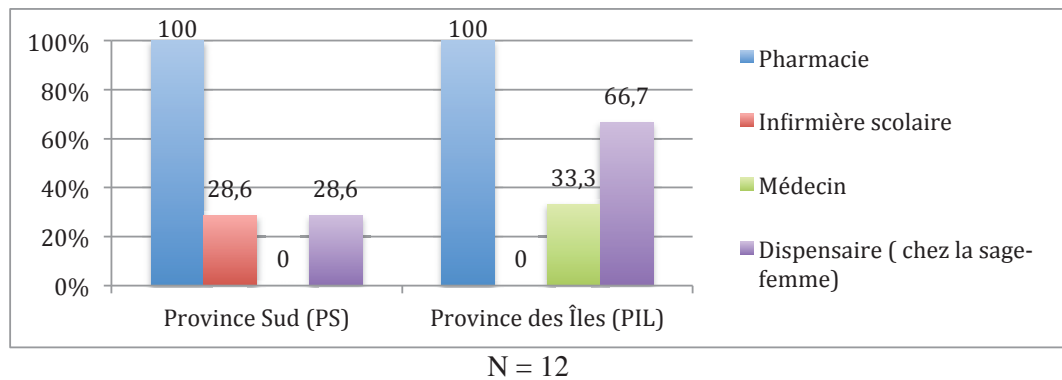
=>Pour la question 4 b) : Où pourrais-tu te la procurer ?

Graphique n°14 : Lieux connus par les garçons pour se procurer la pilule du lendemain selon la province (NS)



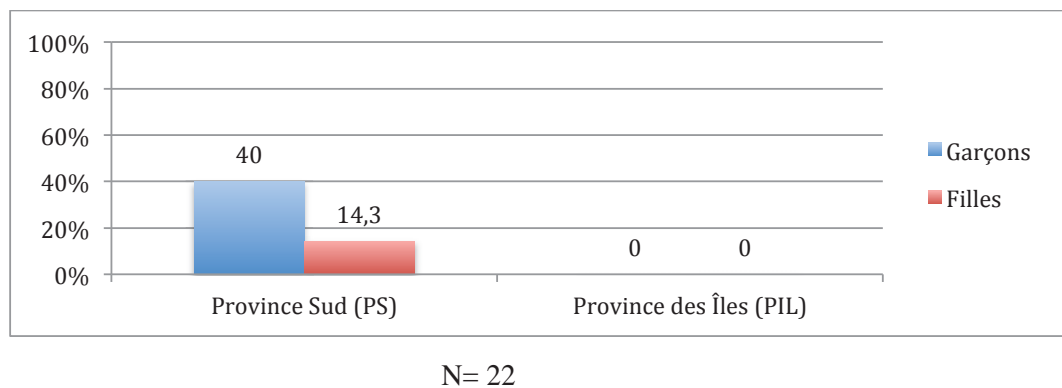
N= 10

Graphique n°15 : Lieux connus par les filles pour se procurer la pilule du lendemain selon la province (NS)



=> Pour la question 4.c) L'as-tu déjà utilisé ?

Graphique n°16 : Répartition des sujets qui ont déjà utilisé la pilule du lendemain parmi ceux qui la connaissent selon le sexe et selon la province (NS)



=> Pour la question 4.d) Si oui combien de fois ?

Tableau n°3 : Fréquence de l'utilisation de la pilule du lendemain chez les jeunes qui l'ont déjà essayé

Nombre de fois =>	1 fois	2 fois	Total
Garçons (leurs partenaires)	2	0	2
Filles	0	1	1
Total	0	1	3

❖ Pour la question 5 : As-tu déjà utilisé ou utilises-tu actuellement des moyens de contraception traditionnels ?

◆ Utilisation de la contraception traditionnelle selon la province :

Très peu de jeunes kanak utilisent la contraception traditionnelle que ce soit en province des îles (6% soit 6) ou en province Sud (4% soit 4)

=> Pour la question 5.a) : Si oui lesquels ?

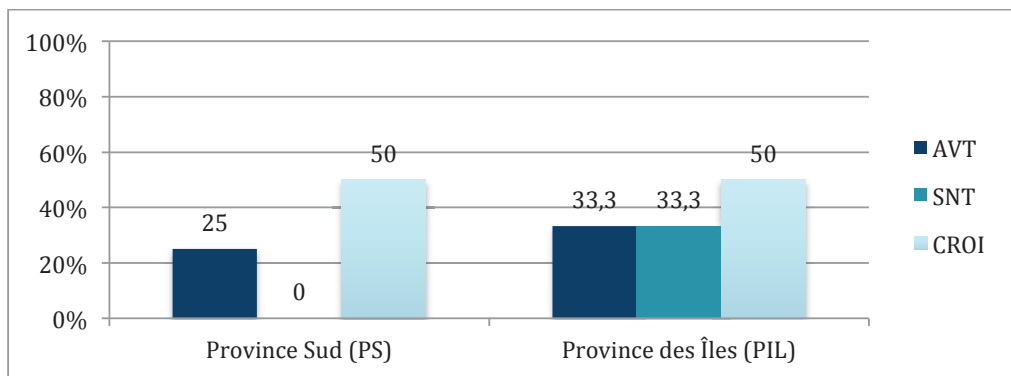
◆ Toutes provinces confondues :

- **Sous forme de feuilles** : 8 /10 jeunes kanak qui ont déjà utilisé une forme de contraception traditionnelle

- **Sous forme de breuvages** : 5 /10 jeunes kanak qui ont déjà utilisé une forme de contraception traditionnelle

=> Pour la question 5.b) : Pourquoi utilises-tu cette contraception traditionnelle ?

Graphique n°17 : Répartition des raisons de l'utilisation de la contraception traditionnelle selon la province (p > 0,05)



N = 10

Légende :

- AVT : « Contraception traditionnelle utilisée comme un moyen abortif »

- SNT : « Contraception traditionnelle utilisée pour se nettoyer »

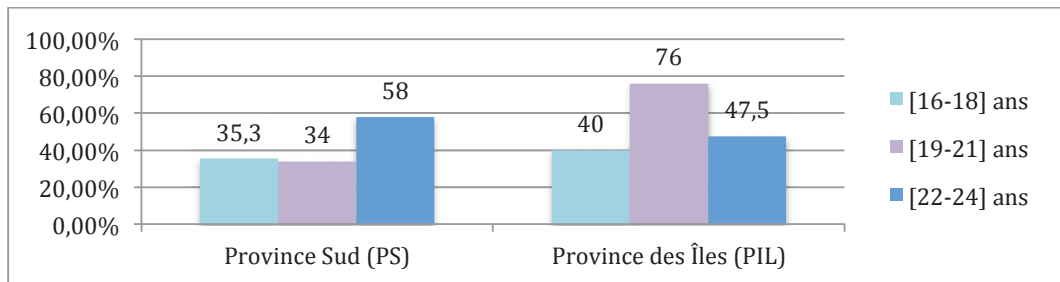
- CROI : « Croyance en l'efficacité de la contraception traditionnelle »

❖ Pour la question 6 : Utilises-tu un moyen de contraception actuellement ?

- ◆ Nombre de jeunes qui utilisent un moyen de contraception selon la province (NS):

On constate que 52 % de jeunes de la province des îles utilisent un moyen de contraception contre 39% de jeunes de la province sud.

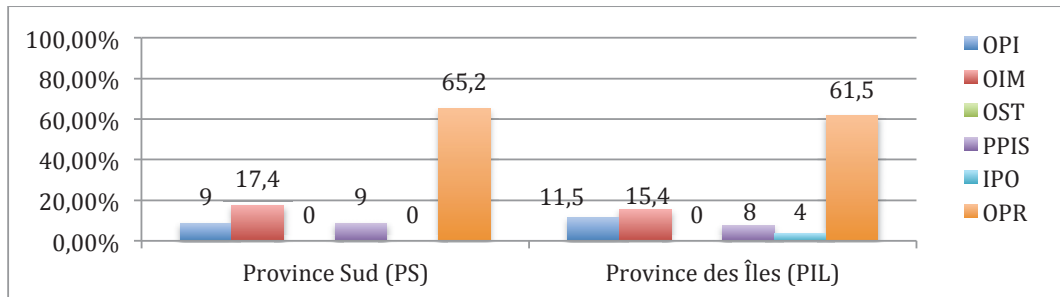
Graphique n°18 : Nombre de jeunes kanak qui utilisent un moyen de contraception selon les tranches d'âge et selon la province (p <0,05 pour n [19-21] ans)



N = 200

⇒ Pour la question 6.a) : Si oui, lequel ? Et pourquoi ?

Graphique n°19 : Moyens de contraception utilisés par les garçons selon la province (NS)



N = 49

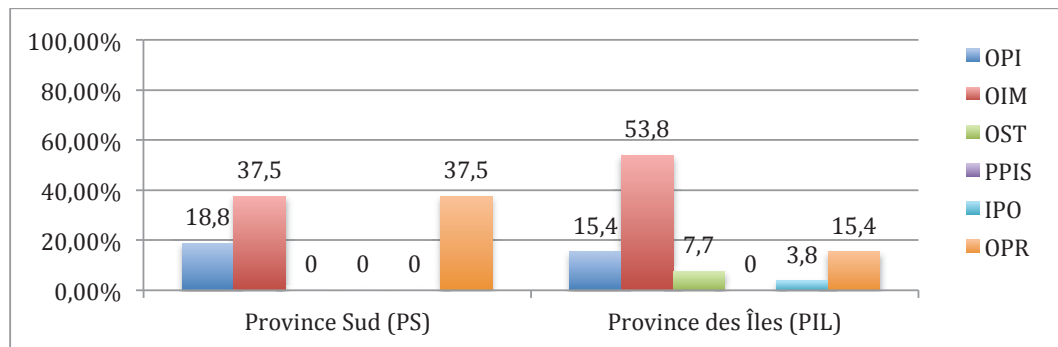
n (PS) = 23

n (PIL) = 26

Légende :

- OPI : « Pilule choisie car elle est efficace »
- OIM : « Implant choisi car il n'y a pas de problème d'oubli »
- OST : « DIU choisi car il n'y a pas de problème d'oubli »
- PPIS : « Préservatif associé à la pilule choisis pour éviter une grossesse et les IST »
- IPO : « Préservatif associé à l'implant choisis pour éviter une grossesse et les IST »
- OPR : « Préservatif seul choisi pour éviter une grossesse et les IST »

Graphique n°20 : Moyens de contraception utilisés par les filles selon la province (NS)



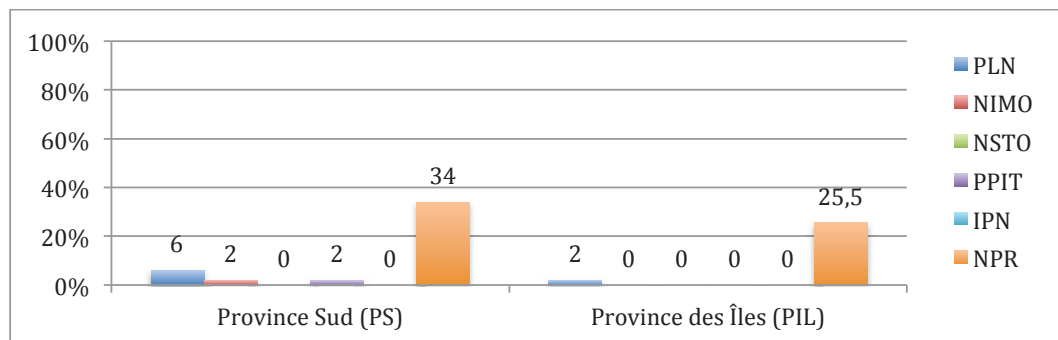
N = 42

n (PS) = 16

n (PIL) = 26

**=> Pour la question 6.b) Si non, lequel choisirais-tu si tu en avais besoin ?
Pourquoi ?**

Graphique n°21 : Répartition des moyens de contraception qui seraient utilisés par les garçons selon la province (NS)

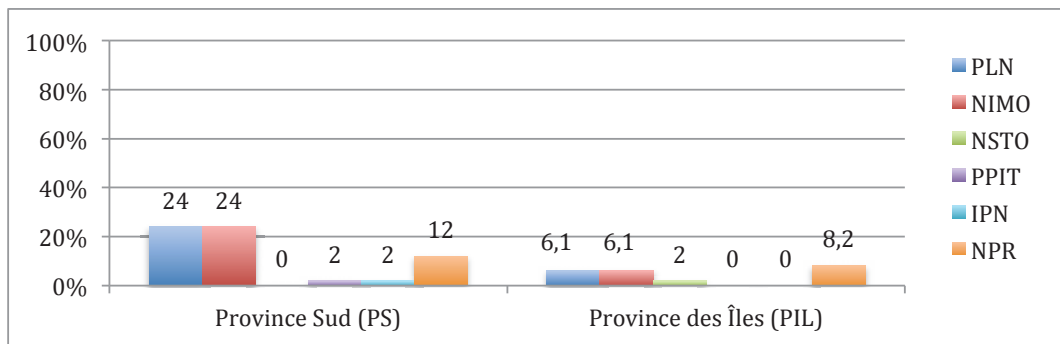


N = 100

Légende :

- PLN : « la pilule choisie car elle est efficace »
- NIMO : « L'implant choisi car pas de problème d'oubli »
- NSTO : « DIU choisi car pas de problème d'oubli »
- PPIT : « Préservatif associé à la pilule choisis pour éviter une grossesse et les IST »
- IPN : « Préservatif associé à l'implant choisis pour éviter une grossesse et les IST »
- NPR : « Préservatif choisi seul pour éviter une grossesse et les IST »

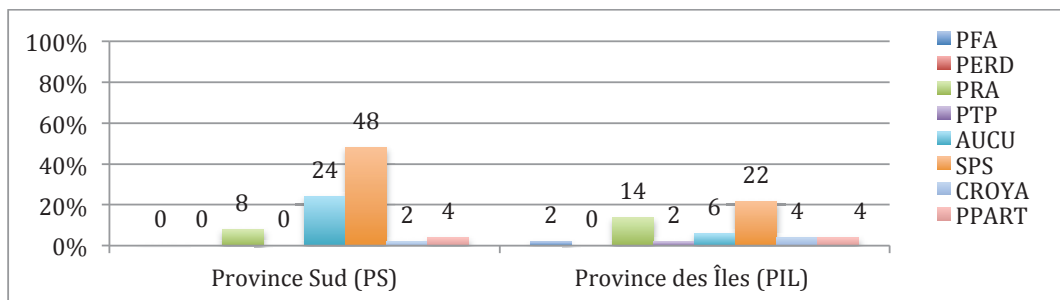
Graphique n°22 : Répartition des moyens de contraception qui seraient choisis par les filles selon la province (p < 0,05 que pour PLN et NIMO)



N = 100

=> Pour la question 6.c) Si non, quels sont les obstacles qui vous empêchent d'avoir une contraception régulière et efficace ? (La présence de la famille dans les centres de prévention et de contraception ? Vous avez peur des remarques des autres ? etc ...)

Graphique n°23 : Obstacles énoncés par les garçons les empêchant d'avoir une contraception régulière et efficace selon la province (p < 0,05 pour AUCU et SPS)

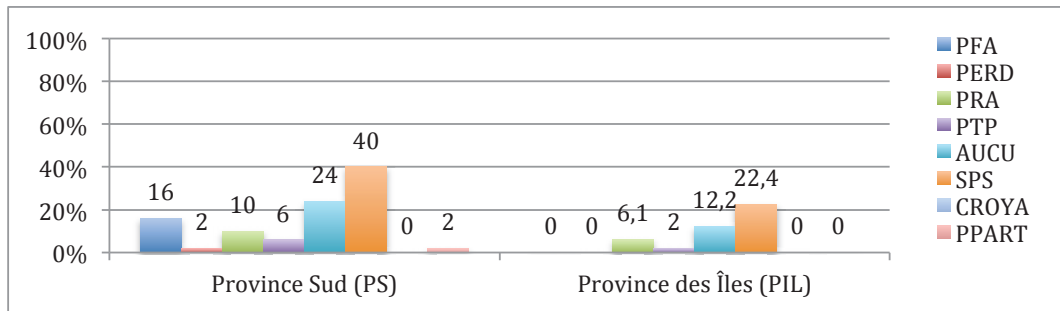


N = 100

Légende :

- PFA : « Présence familiale dans les structures de prévention »
- PERD : « Peur du regard des gens extérieurs »
- PRA : « Peur des remarques des autres »
- PTP : « N'a pas le temps »
- AUCU : « Aucun obstacle »
- SPS : « Ne sais pas »
- CROYA : « Je suis croyant »
- PPART : « Pas besoin car pas de partenaire »

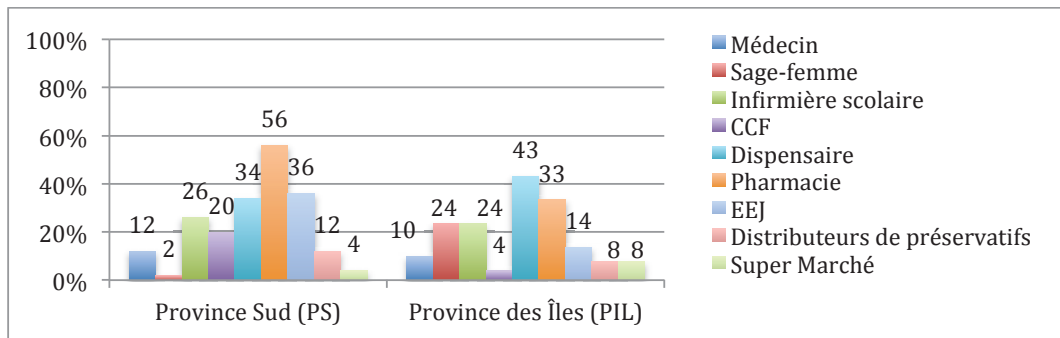
Graphique n°24 : Obstacles énoncés par les filles les empêchant d'avoir une contraception régulière et efficace selon la province (p < 0,05 que pour PFA)



N = 100

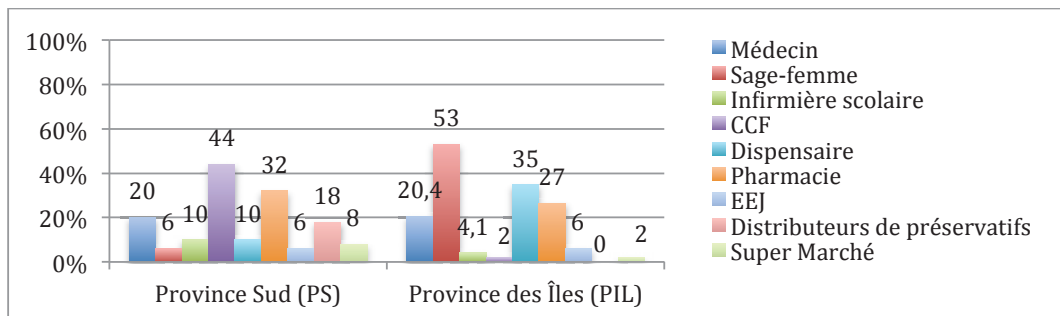
⇒ Pour la question 6 d) : Où vous procurez-vous votre contraception ?

Graphique n°25 : Répartition des lieux où les garçons vont se procurer leurs moyens de contraception selon la province (p < 0,05 que pour la sage-femme, le CCF, la pharmacie et l'EEJ)



N = 100

Graphique n°26 : Répartition des lieux où les filles kanak vont se procurer leurs moyens de contraception selon la province (p < 0,05 que pour la sage-femme, le CCF, le dispensaire et le distributeur de préservatif)



N = 100

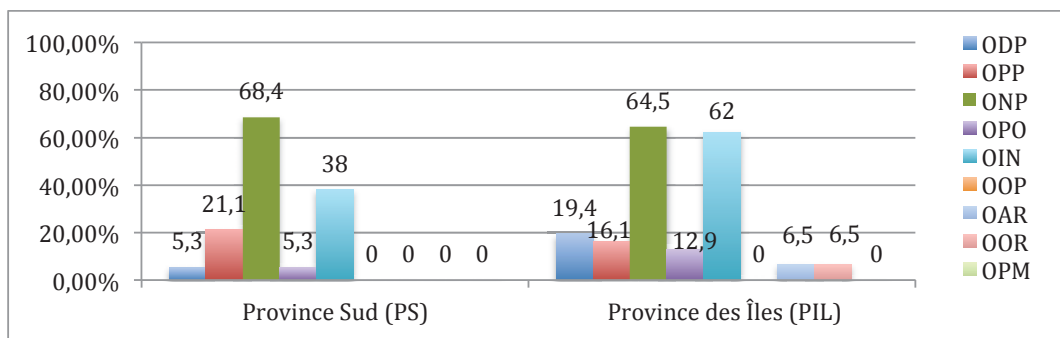
❖ Pour la question 7 : As-tu déjà eu un rapport sans contraception ?

Nombre de jeunes ayant déjà eu un rapport non protégé dans chaque province (p<0,05)

En province sud 45% de jeunes ont déjà eu un rapport sans contraception contre 65% de jeunes en province des îles.

⇒ Pour la question 7.a) Si oui, à quoi cela était-il dû ?

Graphique n°27 : Parmi les garçons qui ont déjà eu un rapport non protégé : Raisons données par les garçons pour justifier cette prise de risque selon la province (NS)



N= 50

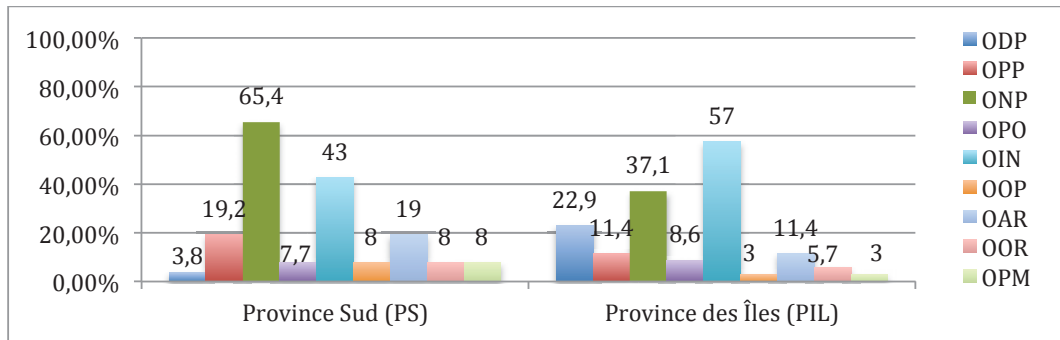
n Garçons (PS) = 19

n Garçons (PIL) = 31

Légende :

- ODP : « Tu désirais être parent »
- OPP : « Tu n'as pas eu le temps de mettre le préservatif »
- ONP : « Tu n'avais pas de préservatif »
- OPO : « Tu n'as pas osé utiliser le préservatif »
- OIN : « Tu n'as pas eu l'information nécessaire pour savoir comment utiliser la contraception »
- OOP : « Tu ne sais pas comment et où te procurer des moyens contraceptifs »
- OAR : « Pour toi il n'y avait aucun risque. Pourquoi ? »
- OOR : « Il n'y avait aucun risque car j'ai confiance en mon partenaire »
- OPM : « Tu as eu peur, tu te méfies des moyens de contraception »

Graphique n°28 : Parmi les filles qui ont eu déjà eu un rapport sans contraception : Raisons données pour justifier cette prise de risque selon la province (ONP et ODP : $p < 0,05$)



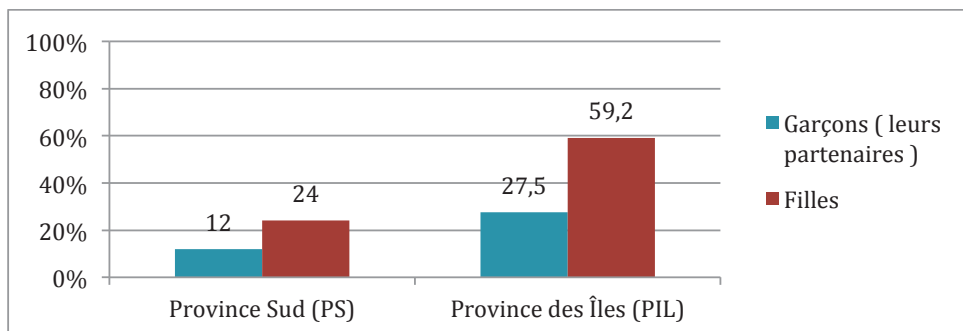
N = 61

n Filles (PS) = 26

n Filles (PIL) = 35

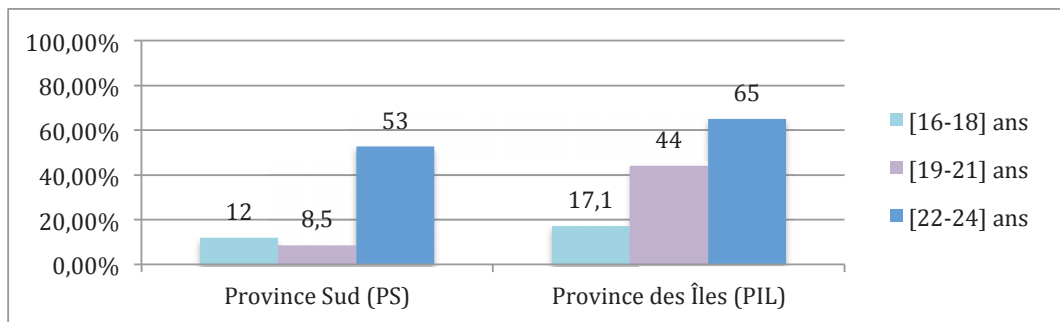
❖ Pour la question 8 : As-tu déjà eu une grossesse ? (questionnaire fille) Est-ce que ta partenaire a déjà été enceinte ? (questionnaire garçon)

Graphique n°29 : Répartition des filles ayant déjà eu une grossesse selon le sexe et selon la province ($p < 0,05$ pour les filles)



N = 200

Graphique n°30 : Répartition des filles ayant déjà eu une grossesse selon les tranches d'âge et selon la province ($p < 0,05$ pour n [19-21] ans)



N = 200

=> **Pour la question 8.a) La grossesse était-elle désirée ?**

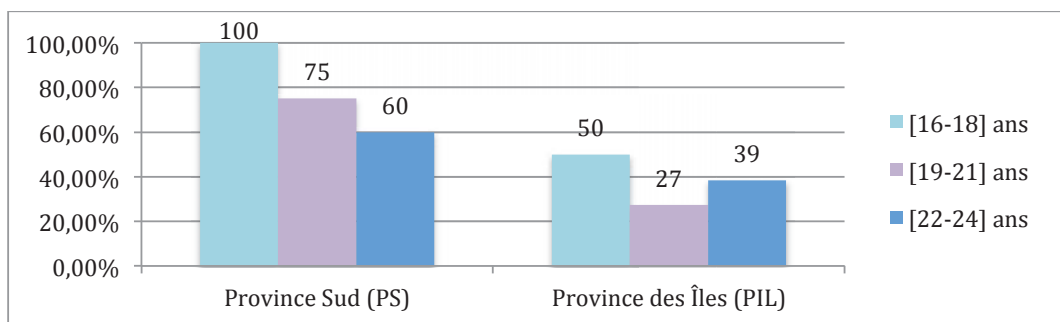
- ◆ Nombre de grossesses non désirées parmi celles qui ont déjà eu une grossesse selon la province (NS):

n Filles (PS) = 18

n Filles (PIL) = 43 N = 61

En province sud 72,2% (13) filles ont déjà eu une grossesses non désirées contre 37,2% (16) en province des îles.

Graphique n°31 : répartition des grossesses non désirées selon les tranche d'âge et la province, parmi les filles qui ont déjà eu une grossesse (NS)



N = 61

n [16-18] ans : (PS = 4) (PIL = 6)

n [19-21] ans : (PS = 4) (PIL = 11)

n [22-24] ans : (PS = 10) (PIL = 26)

=> Pour la question 8.b) Si Oui, était-ce sous contraception ?

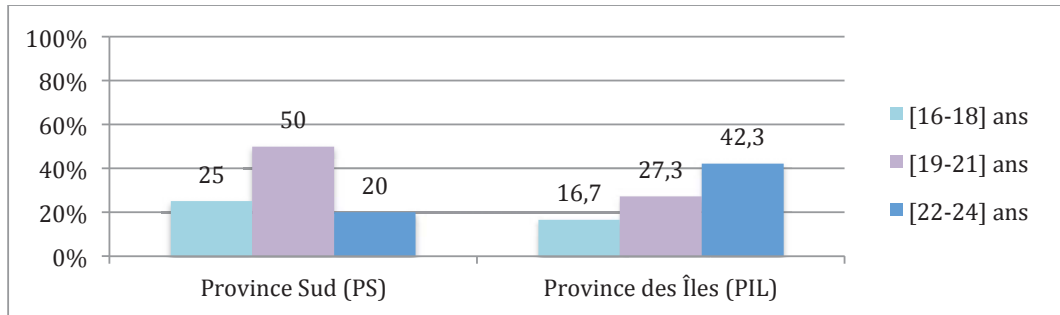
- ◆ Grossesses sous contraception chez les filles parmi celles qui ont déjà eu une grossesse selon la province (NS):

n Filles (PS) = 18

n Filles (PIL) = 43 N = 61

En province sud 25 % (4) filles disent avoir eu une grossesse sous contraception contre 75% (32) à la province des îles.

Graphique n°32 : Grossesses sous contraception chez les filles kanak qui ont déjà eu une grossesse selon la tranche d'âge et selon la province (NS)



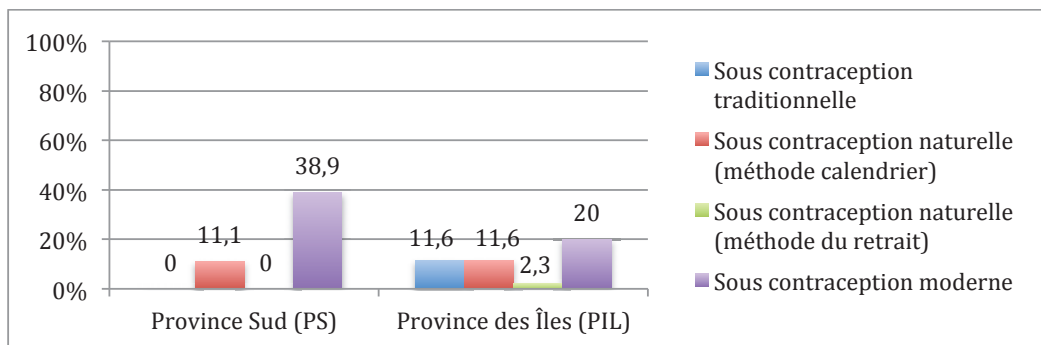
N = 61

n [16-18] ans : (PS = 4) (PIL = 6)

n [19-21] ans : (PS = 4) (PIL = 11)

n [22-24] ans : (PS = 10) (PIL = 26)

Graphique n°33 : Répartition des types de contraception parmi les grossesses sous contraception selon la province (NS)



N = 61

n Filles (PS) = 18

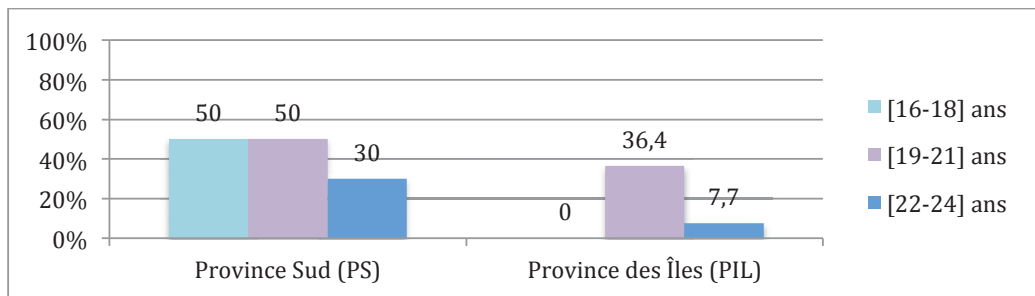
n Filles (PIL) = 43

❖ Pour la question 9 : As-tu déjà eu recours à l'IVG ? (questionnaire fille) Est-ce que ta partenaire a déjà eu recours à l'IVG ? (questionnaire garçon)

◆ Parmi les filles kanak qui ont déjà eu une grossesse : Nombre d'IVG dans chaque province (p <0,05)

En province sud parmi celles qui ont eu un antécédent de grossesse 38,9% (soit 7) ont déjà eu recours à l'IVG contre celles de la province des îles qui est de 14% (soit 6).

Graphique n°34 : Nombre d'IVG selon les tranches d'âge et selon la province, parmi les filles kanak qui ont déjà eu une grossesse [PS : NS et PIL : p < 0,05]



N = 62

n [16-18] (PS = 4) (PIL = 6)

n [19-21] (PS = 4) (PIL = 11)

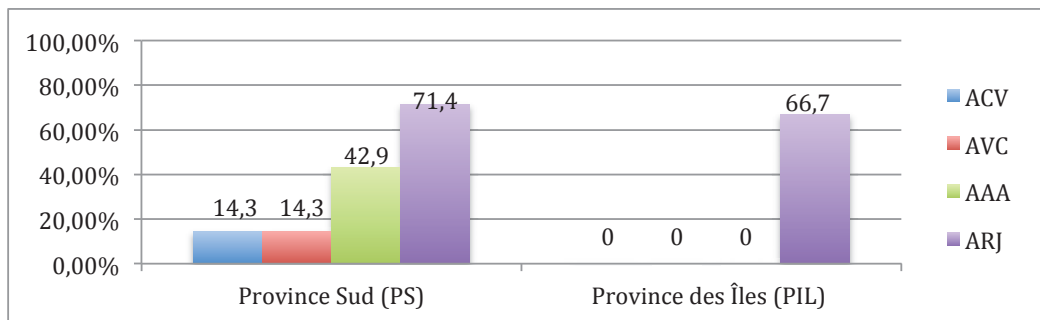
n [22-24] (PS = 10) (PIL = 26)

=> Pour la question 9.a) Si Oui, combien de fois ? Comment l'as-tu vécu ? Quels sont ressentis ?

Tableau n°4: Fréquence d'IVG chez les filles kanak dans chaque Province

Nbre de fois	1 fois	2 fois	3 fois	6 fois	Total
PS	6	1	0	0	7
PIL	4	0	1	1	6
Total	10	1	1	1	13

Graphique n°35 : Différents ressentis des filles kanak ayant eu recours à l'IVG (NS)



N = 15

n Filles (PS) = 7

n Filles (PIL) = 6

Légende :

ACV : « mal vécue et déprimée »

AVC : « seule et délaissée »

AAA : « se demande l'âge qu'il aurait actuellement »

ARJ : « trop jeune pour avoir un enfant »

=> Pour la question 9.b) Si Oui, après cela, avez-vous été mieux informés concernant la contraception ?

- ◆ Parmi les filles kanak qui ont eu recours à l'IVG : Celles qui ont reçu une meilleure information sur la contraception dans chaque province (NS)

n Filles (PS) = 7

n Filles (PIL) = 6

N = 13

En province sud 71,4% de filles ont reçu une meilleure information sur la contraception contre 33,3% de filles de la province des îles.

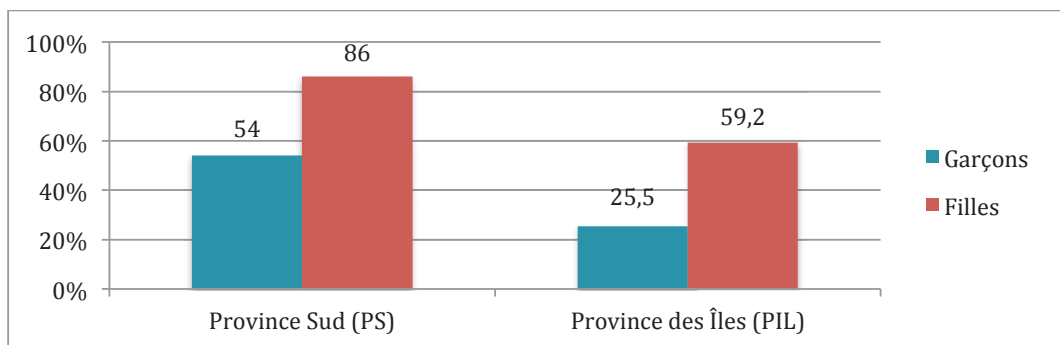
❖ Pour la question 10 : Peux-tu m'expliquer simplement la différence entre I.V.G et contraception ?

◆ Connaissance de la différence entre la contraception et l'IVG selon la province
($p < 0,05$)

La réponse attendue étant : La contraception est l'ensemble des moyens permettant d'éviter une grossesse et l'IVG est l'interruption d'une grossesse déjà en cours.

En province sud 70 % de jeunes connaissent la différence entre l'IVG et la contraception contre 42% des jeunes de la province des îles.

Graphique n°36 : Connaissance de la différence entre la contraception et l'IVG selon le sexe et la province ($p < 0,05$)



n= 200

◆ Ceux qui pensent que l'IVG est un crime (NS)

n (PS) = 44

n (PIL) = 71 N = 115

En province sud 7% (4) jeunes pensent que l'IVG c'est « tuer un enfant, un être humain, un bébé ou une vie » contre 18,2% (13) jeunes de la province des îles.

3. TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION

3.1. Les grossesses non désirées chez les jeunes Kanak de 16 à 24 ans s'expliquent par leur imprégnation culturelle

- Une première hypothèse consisterait en l'utilisation de la contraception traditionnelle du fait d'un facteur culturel important.
- Une deuxième hypothèse toujours en lien avec la culture, serait le désir inavoué et plus ou moins conscient de maternité chez les très jeunes femmes car le statut de mère leur confère une position différente reconnue dans la société kanak, même en tant que mère célibataire.

Les faits actuels montrent que les jeunes principalement de la province des îles sont toujours ancrés dans le respect de la coutume qui sert de pilier à l'organisation sociale kanak.

Les jeunes kanak de la province sud beaucoup plus que ceux des îles, sont quant à eux, confrontés à la vie occidentale qui vient bouleverser les valeurs philosophiques kanak.

Il en résulte davantage d'utilisation de contraception moderne et moins de maternité précoce.

3.1.1. La sexualité : une approche différente en province des îles et en province sud

❖ La province des îles : La sexualité est l'objet d'une pudeur qui ne se discute pas

Le nombre significativement élevé de la connaissance des moyens de contraception par la famille (famille élargie, avec les pairs) et les enseignants du milieu scolaire en province sud, comparativement à la province des îles montre que la famille est plus impliquée dans l'éducation sexuelle de son enfant en province sud par rapport à la province des îles (graphique n°12).

L'omniprésence de la coutume amplifie le caractère tabou de la sexualité et est plus ressenti en province des îles par une participation moindre de la famille à l'éducation sexuelle. Celle-ci était traditionnellement confiée aux aînés non mariés (garçons pour les garçons, filles pour les filles) qui réunissaient les jeunes, filles d'un côté, garçons de l'autre dans des cases dédiées (melöm en drehu) souvent à l'occasion de tournois ou d'entraînements sportifs. Ils passaient la nuit ensemble dans la case et

c'était l'occasion de discussions, d'enseignement par les pairs aînés et ils pouvaient parler librement.

❖ La province sud : La sexualité devient un sujet d'inquiétude familiale

Nous voyons également qu'en province sud, les kanak ont une vision différente de la sexualité d'une part par une implication plus marquée de la famille dans la sexualité des enfants (ils s'intéressent plus à l'éducation à la sexualité de leurs enfants et ils les surveillent plus car ils sont inquiets des dangers qu'ils encourent), d'autre part par l'éloignement géographique de la vie en tribu.

Néanmoins, nous remarquons de façon significative qu'il y a davantage de filles de la province sud que de la province des îles qui désignent la présence familiale dans les structures de prévention et la peur du regard des autres comme étant des obstacles à l'accès à la contraception (graphiques n°23 et n°24). Cela pourrait correspondre au fait que les filles kanak de la province sud acceptent moins le jugement de la famille lorsqu'elles ont une grossesse non désirée par rapport aux filles des îles qui elles seront moins stigmatisées puisque la maternité est vécue différemment en province des îles.

Il est cependant primordial de souligner que dans les deux provinces, la grande majorité des jeunes garçons et filles disent ne pas rencontrer d'obstacle ou ne savent comment expliquer les freins à l'accès à la contraception (graphiques n°23 et n°24). Ce qui montre une absence de prise de conscience quant à la gravité de ce problème.

3.1.2. L'aspect gratifiant de la maternité est plus présent dans la vie communautaire

Le nombre de filles kanak des îles désirant être mère est significativement plus élevé qu'en province sud (23% contre 4%) (graphique n°28).

Le désir de maternité dans le but de pouvoir accéder à une certaine position sociale est encore très présent chez les jeunes filles des îles, qui n'hésiteront pas à abandonner leurs études pour poursuivre la grossesse contrairement aux filles de la province sud qui auraient plutôt tendance à privilégier leurs études et à choisir l'IVG.

La différence reste notable entre la vie tribale et la vie urbaine. Les filles des îles ont des comportements à risque et pourtant disent désirer la grossesse, c'est sans doute qu'elles ont mesuré le risque et l'acceptaient. Le désir de grossesse est plus fort même s'il ne peut pas toujours être dit et même si parfois elles pensent plus à elles-mêmes pour leur statut dans la communauté qu'à l'enfant qui va en découler, sachant au fond d'elles-mêmes que les enfants ne sont pas abandonnés et qu'il y aura toujours quelqu'un pour les aider à s'en occuper. Mais cela n'est certes pas conscient le plus souvent.

Il est confirmé par les résultats de la question 8.b), que parmi les filles kanak qui ont déjà eu une grossesse, il y en a plus de la province des îles qui disent l'avoir désiré par rapport à celles de la province sud.

A l'inverse, en province sud, parmi les jeunes kanak qui ont déjà eu une grossesse, plus de la moitié (72%) avouent ne pas avoir désiré la grossesse (question 8.b).

Toutefois, il y a encore une ambivalence constatée en province sud quant aux problèmes d'accès à la contraception. Comment l'expliquer ? L'accès est plus facile et gratuit en province sud notamment au Centre de Conseil Familial, à l'Espace Ecoute Jeunes et chez l'infirmière scolaire contrairement aux îles où l'accès est réduit au dispensaire chez la sage-femme ou chez le médecin et au lycée ou certains collèges avec l'infirmière scolaire. Pourquoi cette prise de risque en province sud ?

Nous pouvons voir que dans la province des îles, la notion de crime revient plus souvent pour définir l'IVG par rapport à la province sud même si la significativité est à peine marquée (question 10).

La raison pour laquelle il y a peu d'IVG en province des îles serait liée à l'importance de la place de l'enfant dans le milieu kanak.

A l'annonce de la grossesse de la jeune fille à sa famille, la décision du maintien de la grossesse revient généralement à ses parents. Ces derniers adopteront l'enfant à la naissance ou l'oncle utérin, pour permettre à la jeune fille de poursuivre ses études.

Dans un autre cas de figure, l'enfant est coutumièrement donné à la famille de son père biologique avant que la jeune femme kanak ne l'épouse.

3.1.3. La contraception traditionnelle a toujours une place chez les jeunes kanak

Très peu de kanak dans les deux provinces utilisent la contraception traditionnelle et cela sous forme de breuvages ou de feuilles (question 5 et 5.a).

Comme nous l'ont expliqué plusieurs femmes kanak jeunes ou moins jeunes des îles, la prise de la contraception traditionnelle ne se prend que lorsqu'il y a eu un rapport sans contraception moderne efficace, sous forme de cœur d'avocat porté à ébullition et cela va permettre « d'évacuer ». Il ne s'agit donc pas d'un moyen de contraception mais plutôt d'un moyen abortif.

On remarque qu'il y a quelques jeunes aussi bien en province sud (2) qu'en province des îles (6) qui croient encore à l'efficacité de ces plantes médicinales comme une contraception, ce qui peut expliquer certaines grossesses non désirées (question 5.b).

Actuellement, les jeunes y ont très faiblement recours avec le développement encore plus croissant des interventions dans les établissements scolaires des séances de prévention. Ils se tournent plus vers la contraception moderne mais l'utilisation des moyens de contraception est-elle pour autant bien respectée ?

3.1.4. La barrière géographique entre les deux provinces serait un facteur non négligeable au choix du maintien de la grossesse

Les IVG ne se faisant pas dans la province des îles, les jeunes filles des îles enceintes sont contraintes d'aller sur Nouméa pour bénéficier d'une prise en charge adéquate. Mineures, il leur est difficile de prendre l'avion ou le bateau sans que leurs parents, au moins l'un d'eux, soient au courant, sauf avec la complicité d'un autre membre adulte de la famille, mais souvent elles abandonnent. Par là même, le secret professionnel est difficilement respecté...alors qu'à Nouméa les jeunes filles peuvent aller faire une IVG sans que leurs parents soient au courant.

Cette barrière géographique entre les deux provinces pourrait constituer un autre argument pour le maintien de la grossesse chez les kanak des îles. Mais très récemment, l'IVG médicamenteuse vient d'être mise en place de par une délibération du congrès calédonien. La participation des sages-femmes est tolérée sous la responsabilité du médecin.

3.2. L'information sur la contraception prodiguée chez les jeunes kanak serait mal assimilée

3.2.1. La contraception est-elle connue ?

Dans mon échantillon de jeunes kanak, $\frac{3}{4}$ connaissent la définition de la contraception, la définition attendue étant « l'ensemble des moyens permettant d'éviter une grossesse » (question 1). Dans l'ensemble, ils ont bien intégré le concept de contraception puisque « choisir le moment d'avoir un enfant » et « éviter une grossesse non désirée » sont les deux principales réponses à cette question ouverte.

Les filles ont une meilleure connaissance de la contraception que les garçons mais il n'y a pas de différence significative entre les deux provinces (graphique n°1).

La notion de contraception n'est donc plus inconnue chez les jeunes kanak grâce à l'augmentation croissante des campagnes de prévention.

Le graphique n°2 nous montre qu'il y a plus de jeunes de la tranche d'âge [16-21] ans qui connaissent la définition de la contraception et moins chez ceux de [22-24] ans, toutes provinces confondues. La mise en place ces dernières années des forums de prévention sur la contraception dans les collèges et les lycées, a fortement amélioré les connaissances des jeunes dans ce domaine.

3.2.2. Information sur la contraception donnée aux jeunes : Pour qui et par qui l'information sur la contraception est-elle prodiguée ?

Globalement on constate un bon taux d'information générale des jeunes puisque dans chaque province, plus de $\frac{3}{4}$ des jeunes ont eu une information sur la contraception et il n'y a pas de différence significative entre les deux provinces ni entre les sexes (question 2 et graphique 6).

Cela nous conforte dans l'idée que les grossesses non désirées chez les kanak de 16 à 24 ans ne sont pas dues à un déficit d'information sur la contraception dans les deux provinces.

En province sud, ce sont plutôt les jeunes âgés de 16 à 21 ans qui ont eu des informations sur la contraception au collège et au lycée que ceux âgés de [22-24] ans. En province des îles, à chaque tranche d'âge, les jeunes ont eu plus d'informations sur la contraception par le biais du collège et le lycée (graphiques n°4 et n°5).

En effet, les informations sur la sexualité ont été mises en place en province des îles de façon systématique dans tous les établissements des trois îles depuis environ 8 ans.

Dans les deux provinces, l'université n'est pas un lieu où ils reçoivent des séances d'information sur la contraception.

Ainsi, le collège et le lycée constituent des lieux charnière pour le développement des connaissances sur la contraception.

En province sud, il y a significativement plus de personnels dans le milieu scolaire impliqués dans l'information sur la contraception qu'en province des îles.

Que ce soit en province sud ou en province des îles, c'est d'abord auprès de leurs amis que les jeunes kanak recherchent des informations sur la sexualité, puis viennent après eux la famille, internet, le milieu scolaire puis la télévision (graphique 12). Sous le vocable « amis », on peut associer les pairs.

Il est étonnant que la famille arrive en deuxième position car les parents parlent peu de sexualité avec leurs propres enfants, quoique les mères soient très inquiètes pour leurs filles et essaient de leur expliquer ce qu'elles peuvent mais on peut y entendre aussi les aînés, les cousins et cousines.

Ce résultat incite à utiliser l'appropriation par les pairs.

Nous constatons qu'en province des îles, la sage-femme participe plus à l'information sur la contraception qu'en province sud mais inversement pour l'infirmière scolaire. La sage-femme joue donc un rôle prédominant dans la prévention sur la sexualité en province des îles par rapport à la province sud et vice versa concernant l'infirmière scolaire, ce qui est concordant avec la réalité puisque ce sont les sages-femmes en province des îles qui sont les principaux acteurs de terrain pour la prévention en sexualité. En effet avec les intervenants du Comité de Promotion de la Santé Sexuelle (CP2S), elles réalisent les interventions scolaires et tiennent des points info/écoute dans les collèges et le lycée des îles. Il y a une implication importante des sages-femmes dans les îles et en dehors Nouméa (en brousse) (graphique n°7).

A contrario, il n'y a que trois infirmières scolaires dans toute la province des îles alors qu'il y en a dans tous les lycées et collèges de la province sud.

Le médecin et les professionnels des dispensaires dans les deux provinces participent également à l'information contraception (graphique n°7).

Les brochures et les émissions de radio sont des supports de l'information sur la contraception bien reconnus par les jeunes, également dans les deux provinces avec une prédominance des îles pour les émissions de radio.

3.2.3. Leurs connaissances sur la contraception sont-elles comprises ?

De façon indifférenciée dans les deux provinces, les moyens de contraception les plus cités par les garçons sont par ordre décroissant : le préservatif sans différencier le féminin du masculin, puis la pilule, le stérilet et l'implant. Le reste des moyens sont très peu cités (graphique n°8).

La plupart des filles des deux provinces citent par ordre décroissant la pilule, le préservatif non spécifié puis l'implant, le stérilet et très faiblement le reste des moyens de contraception (graphique n°9).

Les garçons dans les deux provinces pensent majoritairement que la pilule est efficace s'il n'y a pas d'oubli, puis que le préservatif est plus accessible et mieux, et enfin que l'implant est un moyen plus sûr car il n'y a pas de problème d'oubli. Nous voyons par là que les moyens sont bien connus (graphique n°10).

Les filles dans les deux provinces disent principalement que la pilule est efficace s'il n'y a pas d'oubli puis que l'implant est le plus sûr car il n'y a pas de problème d'oubli. Par ailleurs plus de filles de la province sud qu'en province des îles, désignent le préservatif comme un moyen plus accessible et mieux (graphique n°11).

Cependant par rapport aux kanak des îles (42%), les jeunes de la province sud connaissent majoritairement (70%) la différence entre la contraception et l'IVG, et les filles nettement mieux que les garçons (graphique n°36 et question 10).

Ainsi nous pouvons affirmer que les jeunes kanak ont une bonne connaissance théorique des moyens de contraception, ceux-ci étant nommés de façon harmonieuse entre les deux provinces. Ils restent persuadés que le préservatif est le meilleur contraceptif et se méfient de la pilule à cause du problème d'oubli. Ils se focalisent

davantage sur l'oubli, il y a donc ici une prise de conscience des contraintes des moyens de contraception.

3.2.4. La place de la pilule du lendemain

Parmi les 200 kanak questionnés, on constate un taux très bas < 15 % de jeunes qui connaissent la pilule du lendemain (graphiques n°13) mais il n'y a pas de différence significative entre les provinces et les deux sexes.

Le graphique n°17 nous montre bien que dans l'échantillon étudié, seuls 3 kanak de la province sud (2 garçons et 1 fille) ont utilisé la pilule d'urgence. Et ceux qui l'ont utilisé ne l'utilisent pas plus de deux fois (Tableau n°3). Mais on ne peut pas conclure en raison de la trop petite taille de l'échantillon.

Parmi les 22 jeunes qui connaissent la pilule du lendemain, seulement 50 % (11) sont capables de donner un délai correct c'est-à-dire qu'ils ont compris qu'il faut la prendre rapidement après un rapport non protégé dans un délai maximum de 72 heures. On observe quand même qu'il y a 5 jeunes (25%) qui expriment une idée fautive grave : ils donnent une fautive interprétation aux chiffres du délai c'est-à-dire qu'ils pensent qu'il y a un délai d'attente de 24, 48 ou 72 heures avant de prendre la pilule du lendemain. Les filles savent un peu mieux que les garçons mais l'échantillon est trop petit pour être significatif (tableaux n°1 et n°2).

On remarque que la pharmacie est l'endroit le mieux identifié, quel que soit le sexe et la province.

En revanche, on remarque une différence entre les deux provinces pour les autres lieux :

Le dispensaire après la pharmacie est le deuxième endroit dans la province des îles le mieux identifié pour se procurer la pilule du lendemain, que ce soit chez la sage-femme (100% chez les garçons) ou le médecin/la SF (filles) (graphiques n°14 et n°15).

En province des îles, la sage-femme est la mieux identifiée pour aller se procurer les moyens de contraception devant la pharmacie (graphique n°26). Dans cette province, l'infirmière scolaire est très peu citée comme personnel permettant de se procurer la

pilule du lendemain et plus particulièrement par les garçons. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il y ait peu d'infirmières scolaires dans les collèges (2) et une seule au lycée.

En province sud, les lieux repérés sont plus disparates entre les deux sexes : la pharmacie est citée en premier par les garçons alors que c'est le CCF qui est identifié majoritairement par les filles. Ce qui est étonnant c'est que les infirmières scolaires soient si peu repérées par les jeunes et pourtant cela ne reflète pas leurs ressentis. En effet, il y a une infirmière scolaire par établissement lycée et collège dans cette province, et il y a beaucoup d'efforts de sensibilisation et de formation faits auprès d'elles, ainsi que tout le travail de collaboration avec les autres professionnels de santé.

Malgré un nombre élevé de comportements à risque chez les jeunes kanak avec une prédominance dans les îles, la pilule d'urgence est encore inconnue ou reste inexplorée par ces jeunes.

3.2.5. Quant est-il de l'utilisation de la contraception des jeunes kanak

❖ Les moyens de contraception utilisés par les kanak

La réponse concernant les moyens de contraception utilisés actuellement par les jeunes kanak ou qu'ils utiliseraient en cas de besoin diffère totalement entre les garçons et les filles :

- Pour les garçons, la réponse est homogène dans les deux provinces et fortement majoritaire à plus de 60% pour le préservatif seul, parfois associé à la pilule mais pour seulement 8% d'entre eux, l'implant venant en seconde position mais loin derrière pour 15 à 17% d'entre eux et seulement après la pilule pour 9 à 11% (graphiques 19 et 21).

- La réponse des filles n'est pas homogène dans les deux provinces : plus de la majorité des jeunes filles kanak en province des îles et 37% en province sud qui utilisent une contraception, choisissent préférentiellement l'implant mais à égalité avec le préservatif en province sud, et la pilule ensuite chez 19% seulement alors que le préservatif en province des îles est utilisé en second lieu dans 15% des cas, dans la même proportion que la pilule (graphiques n°20 et n° 22).

L'implant a pris beaucoup d'ampleur et a supplanté la pilule, c'est actuellement la contraception la plus utilisée car elle rassure puisqu'il n'y a pas de problème d'oubli. Il existe un véritable frein à l'utilisation de la pilule par méfiance en raison du risque

d'oubli qui est trop fréquent et apparemment difficile à gérer pour la plupart des jeunes filles et donc générateur d'insécurité et d'angoisse.

Il est étonnant de constater la différence entre la théorie et la pratique : en effet quand on demande aux jeunes les moyens de contraception qu'ils connaissent et ce qu'ils en pensent (c'est à dire ce qu'ils ont appris), ils citent tous, garçons et filles dans les deux provinces, et à des taux très élevés, la pilule en premier pour les filles, en deuxième après le préservatif pour les garçons, comme un moyen efficace même si toujours avec la réserve de l'oubli qu'il faut gérer, alors que quand on passe au concret de leur vie et qu'on leur demande ce qu'ils utilisent dans la pratique, la pilule devient trop angoissante avec ce problème d'oubli, et se retrouve reléguée loin derrière l'implant et le préservatif. Cette notion très intéressante montre bien l'effort qu'ont à faire les professionnels de santé pour revaloriser la pilule et redonner confiance aux jeunes filles dans leur capacité à gérer ce problème d'oubli.

Il est par ailleurs étonnant de constater que les jeunes filles principalement, ne parlent pas des effets indésirables liés aux moyens contraceptifs utilisés et qui sont pourtant fortement exprimées auprès des professionnels de santé. Or ces doléances concernant les effets indésirables, vrais ou faux, de chaque moyen de contraception sont des freins à l'utilisation de ces moyens qui les dissuadent d'utiliser une contraception.

Voici quelques exemples entendus le plus souvent: la pilule fait grossir ou bien rend stérile, l'implant fait grossir, l'implant fait saigner ou on n'a pas de règles avec l'implant, on peut être enceinte avec l'implant, le stérilet donne le cancer.

Ce sont soit des effets secondaires soit des idées fausses qui circulent et qui font peur, rendant méfiants les jeunes vis à vis des moyens de contraception.

❖ Le nombre de grossesses sans contraception

Il y a significativement plus de jeunes Kanak de la province des îles (65%) qui ont eu un rapport sans contraception (RSAR = rapport sexuel à risque) que ceux de la province Sud (45%) (question 7).

Nous remarquons que les raisons qui conduisent les garçons kanak des deux provinces à adopter ce comportement sont (graphique 27) :

- en premier lieu dans plus de 60% des cas, le fait qu'ils n'avaient pas de préservatif sur

eux au moment du rapport,

- en second lieu, ils n'ont pas eu l'information nécessaire pour savoir comment utiliser les contraceptifs,

- en troisième lieu, ils n'ont pas eu le temps de mettre le préservatif pour les garçons de province sud (21%) et par désir d'être parent en province des îles (19%).

- Les filles de province sud évoquent les mêmes motifs que les garçons et en proportions équivalentes pour ces trois premières raisons (graphique 28).

- Les filles de province des îles évoquent les deux premières raisons de manière identique mais en proportion inverse et en troisième position le désir d'être parent pour 23% d'entre elles.

- On note chez les filles des deux provinces avec 19% en province sud une quatrième raison qui est de penser qu'il n'y avait aucun risque, c'est à dire qu'elles n'avaient aucune conscience du risque.

Nous remarquons donc d'après ces graphiques 27 et 28 qu'il y a un véritable paradoxe entre la bonne connaissance de la contraception des jeunes qui ont été bien informés d'après ce que nous avons pu constater précédemment et la non utilisation de moyens de contraception quand il y a nécessité, et ces jeunes justifient leurs comportements à risque en donnant des excuses légères. La première justification mise en avant par les 2/3 est l'absence de préservatif qu'ils n'ont pas prévu, suivie de l'absence d'information pour utiliser la contraception.

Ils ne s'organisent pas et ne prévoient pas AVANT le rapport sexuel d'avoir un préservatif dans le sac ou dans la poche, et encore moins la prise de pilule ou la pose d'implant qui demande encore plus d'anticipation.

Il y a là une absence de comportement responsable vis à vis du risque du rapport sexuel et de la contraception, ce qui montre que les jeunes ont du mal à anticiper et à prévoir leur contraception, ils ne se projettent pas dans l'avenir même proche.

Les jeunes vivent l'instant présent sans se soucier du lendemain, ce qui est l'apanage de la jeunesse certes mais ils ont peu conscience des risques qu'ils prennent et des conséquences qu'ils vont devoir assumer.

On note par ailleurs que le nombre de filles kanak des îles désirant être mère est effectivement significativement plus élevé qu'en province sud (23% contre 4%) (graphique n°28). L'absence de contraception est un acte manqué, justifiant leur

maternité. Mais les garçons eux aussi ont un désir d'être parent qui n'est pas négligeable (19%).

Il est intéressant également de noter la différence avec les jeunes kanak qui vivent en province sud, donc dans un milieu plus urbain et plus éloigné des traditions culturelles : le taux des jeunes qui désirent être parent est nettement moins élevé puisqu'il dépasse à peine 5% mais ce sont les garçons qui ont plus le désir d'être parent que les filles même si la différence est minime. Et en effet, en consultation médicale, on entend souvent les filles qui ne veulent pas garder la grossesse dirent que leur copain n'est pas d'accord et voudrait qu'elle la garde.

Et désirer être parent n'a pas forcément la même signification que désirer une grossesse.

Parmi les filles qui ont déjà eu une grossesse, il y a quasi autant de grossesses sous contraception moderne que naturelle par la méthode calendrier en province des îles et en province sud (graphique n° 33).

Pour la tranche d'âge [19-21] ans, il y a significativement plus de filles des îles qui ont eu une grossesse (44%) qu'en province sud (8,5%) (graphique n°30). Pourtant si nous regardons le graphique n°18 pour cette même tranche d'âge, il y a plus de filles des îles qui utilisent un moyen de contraception (76% contre 34%). Cela confirme chez les jeunes femmes des îles la négligence dans l'utilisation de la contraception qui cache parfois le désir non avoué d'avoir un enfant.

Pratiquement autant de kanak des îles que de la province sud (question 6 : 52% contre 39%), c'est à dire presque la moitié, utilisent une contraception; cependant on observe qu'un quart des grossesses chez les filles de la province sud étaient sous contraception contre $\frac{3}{4}$ en province des îles (question 8a).

Ces chiffres semblent confirmer qu'il s'agit d'une mauvaise observance ou d'une mauvaise utilisation de la contraception proposée.

3.3. La contraception proposée aux jeunes kanak n'est pas adaptée

3.3.1. Grossesses non désirées toujours élevées

D'après les graphiques n°29, n°33 et les questions 8.a, 8.b et 9 :

Parmi les 18 filles qui ont eu une grossesse à la province sud :

- 13 étaient non désirées.
- 4 sous contraception et majoritairement sous contraception moderne.
- 7 ont eu recours à l'IVG et surtout parmi les 16-21 ans.

Parmi les 43 filles qui ont eu une grossesse à la province des îles :

- 16 étaient non désirées.
- 32 étaient sous contraception et majoritairement sous contraception moderne.
- 6 ont eu recours à l'IVG et surtout parmi les 19-21 ans.

Les jeunes kanak ont définitivement beaucoup de mal à anticiper et à prévoir leur contraception (cf II.E). Ils ne se sentent peut-être pas concernés tant que tout se passe bien. De plus, ils présentent des difficultés quant à la gestion de l'urgence notamment avec la pilule du lendemain est finalement peu connue (question 4) et peu ou pas utilisée (question 4.c), d'où un taux important de grossesses non désirées et d'IVG.

3.3.2. Recours à l'IVG

❖ Etat des lieux

En province sud: 38,9% et surtout chez les 16 à 21 ans.

En province des îles: 14% et surtout chez les 19 à 21 ans et 0 % chez les 16 à 18 ans.

Les plus jeunes n'osent pas venir au dispensaire, alors qu'il y a 50% de grossesses non désirées chez les filles de 16-18 ans en province des îles (graphique 31).

Quand on croise les grossesses non désirées (GND) et les recours à l'IVG, on constate un nombre plus important de grossesses non désirées chez les filles ayant un antécédent d'IVG: parmi 13 IVG (sur 61 grossesses) on a 9 GND et cela de façon identique dans les 2 provinces soit:

- en province sud : sur 7 IVG on a 5 GND
- en province des îles : sur 6 IVG on a 4 GND

On peut noter qu'il y a peu de récurrence (tableau 4: principalement 1 fois) aussi bien en province sud qu'en province des îles.

Il est intéressant de noter que la principale réaction des filles dans les deux provinces est de se sentir «trop jeune pour avoir un enfant», d'où encore une fois l'intérêt de bien comprendre l'indication d'une contraception régulière et efficace quand on a des rapports sexuels sans désir d'enfant.

❖ Information post IVG sur la contraception

La réponse à la question 9.b montre qu'il y a plus de filles de la province sud (71%) que de la province des Îles (33%) qui ont reçu une meilleure information sur la contraception après une IVG.

Y aurait-il un déficit de prise en charge des jeunes, notamment de province des îles ou une négligence des jeunes kanak des îles après une IVG ?

Il semble que non car peu de récurrences d'IVG sont notées. Par ailleurs, les jeunes filles ayant eu recours à l'IVG paraissent ne pas avoir eu assez d'information donnée concernant la contraception après l'IVG puisqu'elles ne reviennent généralement pas consulter pour l'échographie de contrôle.

Une bonne information sur la contraception post IVG est la prévention des récurrences et des rapports sexuels à risque.

On observe un meilleur taux de filles ayant reçu une information sur la contraception après IVG en province sud qu'en province des îles, ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- en province sud : elles peuvent être prises en charge par la même personne du début à la fin, surtout maintenant que le CCF a accès à l'IVG médicamenteuse, et pour la consultation pluridisciplinaire avec une assistante sociale et une psychologue, tout peut se faire dans le même lieu. Donc la plupart sont revues après l'IVG, d'où l'importance de la consultation pré-IVG qui doit instaurer la confiance.

- en province des îles, c'est le plus souvent la sage-femme qui répond à cette demande et qui les voit en premier mais comme elles doivent partir sur Nouméa, il y a un fort

risque qu'elles échappent à la sage-femme et qu'elles ne soient pas forcément revues ni à Nouméa avec le praticien qui a fait l'IVG ni avec la sage-femme au retour dans les îles.

D'où l'importance de la relation de confiance qui doit s'établir au départ entre le praticien et la jeune fille.

L'information sur la contraception post-IVG sera écoutée APRES l'IVG et non AVANT car la jeune fille est plutôt inquiète et stressée, donc non disponible à d'autres informations que celles concernant l'avortement. Il est donc important de bien «pister» la jeune fille pour la revoir après afin de prévenir les récurrences de grossesse non désirée ou d'avortement en sensibilisant sur les comportements à risque.

Ce problème doit être amélioré via les différents professionnels de santé qui les prennent en charge dont la psychologue si c'est une mineure, l'assistante sociale, la sage-femme ou le médecin.

3.4. Propositions d'actions

❖ En milieu scolaire

L'information sur la sexualité commence en classe de 4^{ème} et se poursuit jusqu'en classe de Terminale.

=> Un atelier contraception pourrait-être associé à l'enseignement des sciences de la vie et de la terre. Cet atelier contraception se ferait à raison d'une fois par semaine sur une durée de un mois dans un groupe non mixte.

Les informations sur la contraception se feraient par le biais de professionnels de santé dont la sage-femme, infirmières scolaires ou des professionnels formés dans ce domaine.

La première séance traiterait de l'anatomie, la physiologie et les différents moyens de contraception ; au cours de la deuxième séance les jeunes s'entraîneraient sur des cas cliniques et pour la dernière séance chaque jeune du groupe présenterait à sa manière un moyen de contraception.

=> Dans les interventions scolaires : mettre en place un programme pour valoriser la pilule et lutter contre les oublis (stratégies, astuces...) et insister sur les informations

concernant la pilule du lendemain.

=> Revoir l'information sur la pilule du lendemain en mettant l'accent sur son indication, quand faut il l'utiliser, l'important étant d'y penser.

❖ Vis-à-vis des professionnels de Santé

=> Valoriser les filles pour leur faire s'approprier la pilule en leur donnant confiance dans leurs capacités, les aider par exemple à trouver un moyen mnémotechnique pour éviter les oublis.

=> Impliquer les pharmaciens dans l'éducation thérapeutique :

- L'information sur la contraception pourrait-être intégrée chez les pharmaciens: expliquer l'utilisation de la pilule, la conduite à tenir en cas d'oubli.

En effet les pharmacies sont les lieux charnières pour se procurer la contraception et bien identifiés par les jeunes.

Les pharmaciens seraient une aide à l'éducation thérapeutique pour une bonne observance de la contraception chez les jeunes kanak.

- Ils pourraient ainsi orienter les jeunes kanak n'ayant pas les moyens d'acheter leurs contraceptifs vers d'autres structures permettant la délivrance de la contraception gratuitement, en leur donnant la carte pass santé où sont indiqués les lieux ressources.

- Les inciter à mettre en place réellement l'entretien qui accompagne la délivrance de la pilule du lendemain, obligatoire selon la délibération calédonienne et qui doit se dérouler dans un endroit discret dans la pharmacie à l'abri des regards indiscrets, avec la jeune fille ou le couple.

- Envisager une intervention sur ce sujet dans la formation continue des pharmaciens, renforcer la collaboration médecins/sages-femmes et pharmaciens

=> Valoriser le rôle de la sage-femme par des campagnes d'information pour faire connaître les différents aspects de sa profession et plus particulièrement son rôle sur la contraception (affichages, tables rondes, intervention dans les tribus etc...)

=> L'infirmière scolaire en province sud joue déjà un rôle dans l'éducation sexuelle des jeunes. Comme cela a été indiqué précédemment, il y a peu d'infirmières scolaires en province des îles (seulement trois postes). Il serait intéressant de valoriser son rôle dans ce domaine. L'idéal serait d'avoir une infirmière par collège comme en province sud.

=> Les professionnels devraient pouvoir s'assurer que le jeune kanak est bien allé chercher ses contraceptifs.

=> Faire une sensibilisation sur la sexualité et la contraception auprès des familles :

- en tribu via les organisations déjà existantes: groupes de femmes, délégués COMMISSSES (commission santé social environnement de l'Eglise protestante), pasteurs et diacres, catéchistes, coutumiers (petits chefs des tribus)

- ou avec les associations de vie des quartiers de la ville de Nouméa :

favoriser le dialogue parents-adultes/jeunes en créant des groupes de discussion afin que les familles s'impliquent davantage dans l'éducation à la sexualité de leurs jeunes.

=> Travail avec les pairs : valoriser l'éducation par les aînés

4. CONCLUSION

L'évolution de la contraception dans la société kanak en Nouvelle-Calédonie, est marquée par les événements historiques qui se sont succédés avec notamment l'arrivée des missionnaires bouleversant les croyances et le mode de vie des kanak. Parallèlement à cela, l'arrivée des européens a permis la mise en place progressivement des structures de santé accompagnées des prises en charge médicales occidentales toujours plus performantes.

Il résulte de notre enquête que le nombre élevé de grossesses non désirées chez les jeunes kanak de 16 à 24 ans s'explique d'une part par un facteur culturel et d'autre part par une trop faible utilisation des moyens contraceptifs et l'absence de maîtrise de ces moyens.

Ainsi nous avons identifié les raisons expliquant le nombre élevé de grossesses chez les kanak de 16 à 24 ans. Malgré une bonne connaissance des contraceptifs chez les jeunes kanak, grâce en grande partie à de gros efforts d'information en milieu scolaire, ils présentent encore des comportements à risque. Cette situation s'explique tout particulièrement dans la province des îles par l'imprégnation culturelle qui permet à la femme enceinte d'accéder à un statut social valorisant. A cela s'ajoute une négligence dans l'observance de la contraception appuyée par la faible implication de la famille dans son éducation sexuelle.

En revanche en province sud la famille kanak s'ajoute aux différents modes d'information sur la contraception pour participer à l'éducation sexuelle. Malgré cette démarche, la présence familiale dans les structures sanitaires de prévention reste un frein à l'accès à la contraception.

Cependant, il est important de signaler que dans l'une ou l'autre province, il y a une méfiance exagérée à l'égard de certains contraceptifs, comme la pilule qui est peu choisie en raison du risque d'oubli. Le préservatif est perçu comme le moyen le plus efficace par les garçons kanak. Par contre, il y a une grande méconnaissance de la pilule d'urgence qui si elle était mieux connue et utilisée correctement, permettrait d'éviter de nombreuses IVG et grossesses non désirées.

Le constat commun pour tous est que les jeunes ne savent pas anticiper, se projeter dans un avenir proche et qu'ils se montrent quasi incapables de prendre correctement une contraception régulière.

Il paraît donc utile d'insister sur la bonne observance des traitements contraceptifs chez les jeunes kanak avec une lutte contre l'oubli en faisant un travail sur la valorisation des jeunes et la responsabilisation, tout en impliquant les pairs. La pilule du lendemain devrait être davantage diffusée par les professionnels de santé en impliquant les pharmaciens et l'indication de son utilisation devrait être énoncée lors d'une première consultation pour une contraception. On devrait sensibiliser davantage tous les professionnels de santé à l'éducation thérapeutique du jeune kanak sur sa contraception.

Une contraception régulière choisie et prise correctement permettrait non seulement de diminuer les grossesses non désirées trop fréquentes, notamment chez les très jeunes filles, et responsables de trop de difficultés de vie pour ces enfants, mais aussi d'apporter un meilleur bien-être en évitant ces angoisses qui suivent les rapports sexuels non protégés et de favoriser leur épanouissement personnel et sexuel.

5. BIBLIOGRAPHIE

- [1] L'Etat en Nouvelle-Calédonie. Données géographiques. [en ligne]. 2011. [consulté le 17/02/14]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.nouvelle-caledonie.gouv.fr/site/La-Nouvelle-Caledonie/Donnees-Geographiques> >
- [2] Localisation de la Nouvelle-Calédonie. Carte de la Nouvelle-Calédonie. [en ligne]. [consulté le 9/03/14]. Disponible à partir de : URL : <cairn.info > (carte n°1)
- [3] Province Nord. Une institution. [en ligne]. 2003. [consulté le 15/02/14]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.province-nord.nc/institution/connaitre.asp> >
- [4] Province Sud. Géographie. [en ligne]. 2013. [consulté le 15/02/14]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.province-sud.nc/content/géographie> >
- [5] Province des îles Loyauté. Découvrir les Îles. [en ligne]. s. d. [consulté le 15/02/14]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.province-iles.nc> >
- [6] L'aménagement linguistique dans le Monde. Nouvelle-Calédonie (carte n°2). [en ligne]. 2013. [consulté le 9/03/14]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.axl.cefan.ulaval.ca/pacifique/ncal1geo.htm>> (carte n°2)
- [7] FABERON J-Y. Les autochtones dans l'accord de Nouméa (5 mai 1998). In, Droit et Cultures. no 37. Paris, 1999. p. 211-217.
- [8] ROZIER C. Nouvelle-Calédonie dans L'outre-mer ou la respiration de la France dans le monde, La Nouvelle-Calédonie ancienne. Arthème. Paris : Fayard, 1990. 319 p.
- [9] TAXIL B. « Le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes en Nouvelle- Calédonie : l'accord de Nouméa du 5 mai 1998 », in Actualité et Droit international. Paris, novembre 1998.

[10] TERRIER C. L'histoire de la Nouvelle-Calédonie. [en ligne]. Horizon Pacifique, HYPERLINK. Paris : Maison de la Nouvelle-Calédonie, 2010. [consulté le 15/02/14]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.mncparis.fr/uploads/histoire-mnc.pdf> >

[11] Vice-rectorat de la Nouvelle-Calédonie. Santé. [en ligne]. 3 décembre 2012. [consulté le 16/02/14]. Disponible à partir de : URL : < http://www.ac-noumea.nc/spip.php?page=imprimer&id_article=95 >

[12] Direction des Affaires Sanitaires et Sociales. Observatoire de la Santé : Situation sanitaire 2012 de la Nouvelle-Calédonie. [en ligne]. 2012. [consulté le 16/02/14]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/11140262.PDF>>

[13] Guide d'organisation des missions des centres médico-sociaux en province Sud, mise à jour en avril 2010.

[14] LAFARGUE R. Le droit coutumier en Nouvelle-Calédonie. Maison de la Nouvelle-Calédonie. Paris, 2012. 21 p.

[15] LAFARGUE R. Les obligations transgénérationnelles dans les sociétés du « passage ». In MARKUS J-P. Quelle responsabilité juridique envers les générations futures ?, Edition. Paris : Dalloz, coll., 2012. p.33 à 50.

[16] LAFARGUE, R. La Coutume face à son destin. In Réflexions sur la coutume judiciaire en Nouvelle-Calédonie et la résilience des ordres juridiques infra-étatiques. LGDJ. Paris : coll. « Droit et Société », 2010. p. 323-327.

[17] RAU E. Institutions et coutumes canaques (1944). 2^e éd., Paris : L'Harmattan, coll. « fac-similés océaniens », 2006. 194 p.

[18] LAGADEC G. La place du jeune kanak dans la société contemporaine et les moyens de lutter contre la marginalisation d'une partie de la jeunesse. In Entre tradition et modernité, la place du jeune Kanak. Avis du Sénat coutumier, octobre 2009, sur saisine de l'Etat. Nouvelle-Calédonie. Sénat coutumier. Octobre 2009. 119 p.

- [19] BENSA A. et LEBLIC I. En pays kanak. 2^{ème} Edition. Paris : Maison des sciences de l'homme, 2000. 368 p.
- [20] NICOLAS H. « Sortir de l'ombre ». Mémoire de maîtrise. Ethnologie. Marseille : Université de Provence-Aix Marseille 1, 2003.
- [21] LORMEE N., CABALION P., SAIKUIE H. Hommes et plantes de Maré, IRD éditions, Marseille, 2011, p. 210-250.
- [22] HAMELIN C. Violences sexuelles dans l'enfance et santé à l'âge adulte chez les femmes kanakes de Nouvelle-Calédonie. Thèse de doctorat. Santé publique. Paris : Université Paris XI Faculté de médecine Paris Sud, 2010.
- [23] HAMELIN C., SALOMON C. Violences et familles en Nouvelle-Calédonie. Perspectives ethnographiques et statistiques. In CHETCUTI N., JASPARD., Violences envers les femmes. Trois pas en avant deux pas en arrière. éd. Paris : L'Harmattan. Bibliothèque du féminisme., 2007, p. 257-272.
- [24] SALOMON C. Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks. Paris : puf, inserm (« Ethnologies »), 2000, 159 p.
- [25] Association Calédonienne d'Apport Psychanalytique. Les rituels de deuil dans la société Kanak contemporaine. [en ligne]. 2012. [consulté le 20/02/14]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.acap-caledonie.com/20+les-rituels-de-deuil-dans-la-societe-kanak-contemporaine.html> >
- [26] Les îles Loyauté. La coutume. [en ligne]. s. d. [consulté le 20/02/14]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.iles-loyaute.com/Savoir/Coutume> >

6. ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE ANONYME 1 (Fille)

AGE :

1) Qu'est-ce que la contraception ?

.....
.....
.....
.....
.....

2) As-tu déjà bénéficié d'une information concernant les moyens de contraception, la sexualité et l'accès aux centres de prévention et de contraception ?

Oui : [] Non : []

2.a) Si oui dans quelles circonstances ?

Au collège [] Au lycée [] A l'université [] Par l'infirmière scolaire []

Au dispensaire [] Par la sage-femme [] Par ton médecin traitant []

Par une brochure [] Emissions de Radio : [] Autres (Peux-tu préciser) :

3) Quels moyens de contraception connais-tu ?

.....
.....
.....
.....

3.a) Que penses-tu de chaque moyen de contraception que tu as cité ?

.....
.....
.....
.....

3.b) Comment les connais-tu ?

Par ta famille (cousines, sœurs, frères mères tantes etc...) : []

Par tes amis : []

Par internet : []

Par le milieu scolaire : []

Autres (Peux-tu préciser) : []

4) Connais-tu la pilule du lendemain ?

Oui [] Non []

.....
.....
.....

4.a) Sais-tu dans quelles circonstances l'utiliser ?

.....
.....

4.b) Où pourrais-tu te la procurer ?

.....
.....
.....
.....

4.c) L'as-tu déjà utilisée ?

Oui : [] Non : []

4.d) Si oui combien de fois ?

.....

5) As-tu déjà utilisé ou utilises-tu actuellement des moyens de contraception traditionnels ?

Oui [] Non []

5.a) Si oui, lesquels ?

Feuilles [] Breuvages []

Autres (Peux-tu préciser) :

5.b) Pourquoi utilises-tu cette contraception traditionnelle ?

.....
.....
.....

6) Utilises-tu un moyen de contraception actuellement ?

Oui : [] Non : []

6.a) si oui, lequel ? Et pourquoi ?

.....
.....
.....

6.b) Si non, lequel choisirais-tu si tu en avais besoin ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

6.c) Si Non, quels sont les obstacles qui t'empêchent d'avoir une contraception régulière et efficace ? (présence de la famille dans les centres de prévention et de contraception ? t'as peur des remarques des personnes ? etc ...)

.....
.....
.....
.....

6.d) Où te procures-tu ta contraception ?

Chez le médecin [] Chez la sage-femme [] Chez l'infirmière scolaire []

Au Centre de Conseil Familial [] Au dispensaire [] Espace Ecoute Jeunes []

A la pharmacie : [] Autres (Peux-tu préciser) : []

7) As-tu déjà eu un rapport sans contraception ?

Oui [] Non []

7.a) Si oui, à quoi cela était-il dû ? :

Tu désirais être parent []

Tu n'as pas eu le temps de mettre le préservatif []

Tu n'avais pas de préservatif []

Tu n'as pas osé utiliser un préservatif []

Tu n'as pas eu l'information nécessaire pour savoir comment utiliser la contraception []

Tu ne sais pas comment et où te procurer des moyens contraceptifs []

Pour toi il n'y avait aucun risque [] Pourquoi ?

.....
.....
.....

Tu as peur, tu te méfies des moyens de contraception []

Autres [] :

8) As-tu déjà eu une grossesse ?

Oui [] Non []

8.a) Si Oui, était-ce sous contraception ?

Traditionnelle (feuilles de fougère, breuvages etc) []

Naturelle : méthode calendrier (compter les jours) [] ou méthode du retrait []

Moderne : (préservatifs, pilule, implant etc...) []

Aucune : []

8.b) La grossesse était-elle désirée ?

Oui : []

Non : []

9) As-tu déjà eu recours à L'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse = Avortement) ?

Oui : []

Non : []

9.a) Si Oui, combien de fois ? Comment l'as-tu vécu ? Quels sont tes ressentis ?

.....
.....
.....
.....
.....

9.b) Si Oui, après cela, as-tu été mieux informés au sujet de la contraception ?

Oui : []

Non : []

10) Peux-tu m'expliquer simplement la différence entre I.V.G et contraception ?

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 2

QUESTIONNAIRE ANONYME 2 (Garçon)

AGE :

1) Qu'est-ce que la contraception ?

.....
.....
.....
.....
.....

2) As-tu déjà bénéficié d'une information concernant les moyens de contraception, la sexualité et l'accès aux centres de prévention et de contraception ?

Oui [] Non []

2.a) Si oui dans quelles circonstances ?

Au collège [] Au lycée [] A l'université [] Par l'infirmière scolaire []

Au dispensaire [] Par la sage-femme [] Par ton médecin traitant []

Par une brochure [] Emissions de Radio : [] Autres (Peux-tu préciser) :

3) Quels moyens de contraception connais-tu ?

.....
.....
.....
.....

3.a) Que penses-tu de chaque moyen de contraception que tu as cité ?

.....
.....
.....
.....

3.b) Comment connais-tu ça ?

Par ta famille (cousines, sœurs, frères, mères, tantes etc...) : []

Par tes amis : []

Par internet : []

Autres (Peux-tu préciser) : []

4) Est-ce que ta partenaire et toi connaissez la pilule du lendemain ?

Oui [] Non []

.....
.....
.....

4.a) Sais-tu à quel moment vous pourriez l'utiliser ?

.....
.....
.....
.....

4.b) Sais-tu où vous pourriez vous la procurer ?

.....
.....
.....
.....

4.b) L'avez-vous déjà utilisée ?

Oui : [] Non : []

4.c) Si oui combien de fois ?

.....

5) Est-ce que ta partenaire a déjà utilisé ou utilise-t-elle en ce moment des moyens de contraception traditionnels ?

Oui [] Non []

5.a) Si oui lesquels ?

Feuilles [] Breuvages []

Autres (Peux-tu préciser) :

5.b) Pourquoi utilise-t-elle cette contraception traditionnelle ?

.....
.....
.....

6) Est-ce que ta partenaire et toi utilisez un moyen de contraception actuellement ?

Oui : [] Non : []

6.a) si oui, lequel ? Et pourquoi ?

.....
.....
.....

6.b) Si non, lequel choisiriez-vous si vous en aviez besoin ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

6.c) Si non, quels sont les obstacles qui vous empêchent d'avoir une contraception régulière et efficace ? (la présence de la famille dans les centres de prévention et de contraception ? Vous avez peur des remarques des autres ? etc...)

.....
.....
.....
.....

6.d) Où vous procurez-vous votre contraception ?

Chez le médecin [] Chez la sage-femme [] Chez l'infirmière scolaire []

Au Centre de Conseil Familial [] Au dispensaire [] Espace Ecoute Jeunes []

A la pharmacie : [] Autres (Peux-tu préciser) : []

7) As-tu déjà eu un rapport sans contraception ?

Oui [] Non []

7.a) Si oui, à quoi cela était-il dû ? :

Tu désirais être parent []

Tu n'as pas eu le temps de mettre le préservatif []

Tu n'avais pas de préservatif []

Tu n'as pas osé utiliser un préservatif []

Tu n'as pas eu l'information nécessaire pour savoir comment utiliser la contraception []

Tu ne sais pas comment et où te procurer des moyens contraceptifs []

Pour toi il n'y avait aucun risque [] Pourquoi ?

.....
.....

Tu as peur, tu te méfies des moyens de contraception []

Autres [] :

8) Est-ce que ta partenaire a déjà été enceinte ?

Oui [] Non []

8.a) Si Oui, était-ce sous contraception ?

Traditionnelle (feuilles de fougère, breuvages etc) []

Naturelle : méthode calendrier (compter les jours) [] ou méthode du retrait []

Moderne : (préservatifs, pilule, implant etc...) []

Aucune : []

8.b) La grossesse était-elle désirée ?

Oui : []

Non : []

9) Est-ce que ta partenaire a déjà eu recours à l'IVG ? (Interruption Volontaire de Grossesse = Avortement)

Oui []

Non []

9.a) Si Oui, combien de fois ? Comment l'a-t-elle vécu, quels ont été ses ressentis ?

.....
.....
.....
.....
.....

9.b) Si Oui, après cela, avez-vous été mieux informés concernant la contraception ?

Oui []

Non []

10) Peux-tu m'expliquer simplement la différence entre I.V.G et contraception ?

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 3

Enquête comparative du comportement des jeunes Kanak de la province Sud, de la province Nord et de la province des îles loyautés par rapport à l'accès à la contraception.

Protocole

Étude réalisée par Laura NAISSÉLINE, étudiante sage-femme en 5^{ème} année
Sous la direction du Docteur Isabelle de FREMICOURT, Médecin de prévention –
DACAS Iles.

La Nouvelle-Calédonie comptant près de 245 580 habitants au recensement de 2009 d'après les données de l'ISEE, connaît un ralentissement de la croissance démographique essentiellement due à la baisse du taux de natalité passant de 3,2 enfants par femme à la fin des années 80 à 2,2 enfants par femme en 2007. Le peuple d'origine, les Kanak dont je suis issue, est une société aux traditions et aux coutumes toujours très en vigueur. A partir de l'arrivée des évangélistes et de la colonisation, le sens de la maternité a évolué ; la médecine moderne de ces dernières années a apporté la contraception dans les foyers.

Même en considérant cet infléchissement du taux de natalité en 20 ans, 53% des premières grossesses chez les femmes calédoniennes de 16 à 24 ans ne sont pas désirées en Nouvelle-Calédonie, selon une étude de l'Inserm en 2008.

Mon projet est d'exercer ma profession de sage-femme dans mon pays natal et mon rôle sera principalement la prévention, le dépistage et le diagnostic. Je suis donc particulièrement sensibilisée par ces chiffres et à travers mon travail de mémoire, j'éprouve un intérêt profond à comprendre quels sont les principaux facteurs qui exercent un frein sur ces jeunes femmes kanak d'avoir le libre choix d'une première grossesse. Qu'en est-il de la représentation de la contraception chez les jeunes kanak de 16 à 24 ans ? Comment l'aborder dans cette société ?

Objectifs de l'enquête

Mon enquête se propose donc de faire le point sur les connaissances des jeunes Kanak en matière de la contraception. Je m'intéresse plus particulièrement aux obstacles qu'ils rencontrent pour l'accès à la contraception et avoir une contraception efficace et régulière. J'étudierai également leur positionnement en termes de prise de risque ou non, les raisons ayant conduit à cette prise de risque : telles que l'utilisation de la contraception traditionnelle, les idées reçues par rapport aux moyens de contraceptions, le désir de la maternité pour obtenir une position sociale dans cette société patriarcale. Enfin, je dresserai un état des lieux des savoirs relatifs aux moyens de contraception.

Population d'étude

L'enquête se déroulera dans les dispensaires ou autres établissements sanitaires de chaque province. Elle sera sous forme de questionnaires anonymes avec entretien mené par une sage-femme, une infirmière ou un médecin. La population cible concerne les jeunes Kanak entre 16 et 24 ans.

Inclusion des sujets

L'inclusion se fera sur la base du volontariat. Les jeunes Kanak seront préalablement informés que le questionnaire comporte des questions à caractère sexuel. Après la lecture du questionnaire, ils auront la possibilité de se rétracter et de ne pas y participer.

Critères d'exclusion

Seront exclus : Les sujets non inclus dans la population cible.

Moyens d'investigation

Un questionnaire anonyme sera rempli par les professionnels de Santé. Il contient les informations suivantes :

- Classe d'âge
- La connaissance de la contraception en général et à son accès
- L'utilisation de la contraception traditionnelle

- Le choix de leur contraception
- Pratiques à risque et raisons ayant poussé l'étudiant à en avoir
- La contraception d'urgence
- L'IVG

Organisation générale de l'étude

La distribution des questionnaires sera organisée à deux niveaux, global et local.

Le coordinateur global aura pour mission de :

- Informer les coordinateurs locaux et leur diffusion.
- S'assurer que les coordinateurs locaux acceptent et respectent le protocole.
- Leur faire parvenir le questionnaire
- Au retour, réceptionner les questionnaires remplis
- Vérifier l'adéquation entre le nombre de questionnaires reçus et ceux répertoriés par les coordinateurs locaux.

Dans chaque établissement, l'enquête se fera via un coordonnateur local.

Il aura pour charge de :

- Présenter l'étude aux jeunes Kanak. En particulier, les informer du caractère sexuel.
- Récouter les consentements préalables des jeunes Kanak ;
- Vérifier que les volontaires respectent les conditions d'inclusion ;
- S'assurer que l'entretien se fait dans des conditions permettant d'assurer l'anonymat ;
- Collecter les questionnaires dans une enveloppe ;

Enfin, il devra l'envoyer l'enveloppe (fermée) au coordinateur global.

Le coordinateur global devra dès réception de tous les questionnaires me les envoyer dans l'enveloppe pré-timbrée que je vous aurais fournie au préalable à l'adresse suivante : (dans un souci de confidentialité l'adresse a été retirée)

Modalités de passation

Pour s'assurer de la présence du plus grand nombre de jeunes possibles, le questionnaire sera proposé pendant les consultations.

Gestion de l'anonymat

L'anonymat est garanti par le secret professionnel.

Informations traitées

Les informations sont anonymes, les questionnaires remplis ne sont pas numérotés et les professionnels de Santé n'écriront pas le nom, ni aucune autre information permettant d'identifier les jeunes kanak.

Le traitement des statistiques se fera à l'aide du logiciel Epi. L'ensemble des données sera utilisé.

La Date Butoir : Le 30 Septembre 2013

Annexe 4

PROVINCE DES ILES LOYAUTE	Fiche individuelle de poste
	Intitulé du poste : Sage femme Nom : Prénom :

CADRE D'IDENTIFICATION

Sage femme du cadre de la santé de Nouvelle Calédonie auprès de la Province des Iles Loyauté

Titulaire du Diplôme d'Etat de sage femme

Expérience souhaitée

CONDITIONS D'EXERCICE

Centre médical de TADINE - Circonscription Médico-sociale de MARE

Sous l'autorité du médecin coordonnateur général des soins du centre médical de TADINE et de l'adjoint au chef de service de l'Action Sanitaire pour la CMS de MARE

A plein temps

En collaboration avec l'équipe médicale

En relation avec les usagers du service public

MISSIONS PRINCIPALES

Assumer les responsabilités de sage-femme de santé publique

Appliquer les programmes sanitaires provinciaux

ACTIVITES

Assurer les consultations de gynécologie et les frottis cervico-vaginaux

Assurer les consultations d'obstétrique, le suivi des grossesses

Assurer la prise en charge des accouchements

Assurer la prise en charge des patientes dans le cadre des urgences gynécologiques et obstétricales

Assurer les consultations de protection materno-infantile

Assurer des consultations de contraception

Assurer le suivi des patientes hospitalisées pour raison gynécologique ou obstétricale au centre médical

Assurer les consultations avec les spécialistes en vacation (gynécologue-obstétricien et pédiatre)

Assurer des interventions de prévention en matière de sexualité et contraception dans les collèges et lycées

Saisir dans le logiciel médical Asclepios les consultations et actes pratiqués dans l'exercice quotidien

Assurer le suivi de l'activité des sages-femmes et établir des statistiques

CONNAISSANCES

Expérience en échographie obstétricale

Expérience de l'utilisation de l'outil informatique

Permis B

Annexe 5

D.A.C.A.S. ILES LOYAUTE

Centre Médical de Tadine

98 828 TADINE – MARE

Tel : 45.41.01

Fax : 45.40.04

e-mail : cm-tadine@loyalty.nc

DEMANDE D'AUTORISATION DE
MISE EN PLACE D'UN CENTRE
PERINATAL DE PROXIMITE

CENTRE MEDICAL DE TADINE
MARE

→ Présentation:

Le Centre Médical de Tadine à Maré, province des Iles Loyauté est un établissement public de santé de la Nouvelle-Calédonie. Il a été créé le et a vu l'ouverture d'une deuxième aile le

Il a pour objet de dispenser :

- Des consultations de médecine générale, de gynécologie-obstétrique et de Protection Maternelle et Infantile

- Des consultations d'orthophonie
- Des consultations de kinésithérapie
- Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, gynécologie et obstétrique
- Des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements spécifiques et à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie.
- Des consultations spécialisées en cardiologie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, hépato-gastro-entérologie, Oto-Rhino-Laryngologie, ophtalmologie, pneumologie, néphrologie, psychiatrie, pédopsychiatrie, diabétologie, par vacations de médecins spécialistes privés ou hospitaliers de Nouméa.

Le Centre Médical de Tadine est soumis aux protocoles et procédures du réseau de périnatalité « Naître en Nouvelle-Calédonie », dont il est membre.

→ L'existant :

- Le personnel sur place:

- Médecins : Le Centre Médical de Tadine dispose d'un effectif de 3 ETP de médecins généralistes. Cet effectif permet de garantir une présence continue 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, sur place de 7h30 à 12h et de 14h à 17h30 ou en astreinte opérationnelle en dehors des heures ouvrables, la nuit et le week-end.

- Sages-femmes : l'effectif est de 2 sages-femmes Diplômées d'Etat.

Le fonctionnement actuel permet d'assurer la présence continue d'une sage-femme 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, sur place de 7h30 à 12h et de 14h à 17h30 ou en astreinte opérationnelle en dehors des heures

ouvrables, la nuit et le week-end.

- Infirmiers : 8 ETP d'infirmiers Diplômés d'Etat assurent une présence en pré-consultations et soins externes de 7h30 à 17h30 et en garde sur place 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
- Dentiste : 1 dentiste assure des consultations au Centre Médical du lundi au vendredi, de 7h30 à 15h30.
- Kinésithérapeute : 1 kinésithérapeute Diplômée d'Etat dispense des consultations au Centre Médical et en tribu, du lundi au vendredi, de 7h à 15 heures en continu.
- Orthophoniste : 1 orthophoniste Diplômée d'Etat exerce en consultation au Centre Médical et dans les écoles, du lundi au vendredi de 7h30 à 11h30 et de 13h à 15H30.
- Aide soignante : 1 aide-soignante est présente en secteur d'hospitalisation du lundi au vendredi de 7h30 à 15h30.
- Secrétaire : 1 secrétaire est présente du lundi au vendredi de 7h30 à 12h et de 14h à 17h30.
- Régisseuse : 1 régisseuse est présente du lundi au vendredi de 7h30 à 12h et de 14h à 17h30.
- Agents de service et d'entretien : 2 agents patentés et 1 agent salarié.
- Personnel R.I.L : 1 secrétaire suppléante, aides-soignantes, agents de service et d'entretien et auxiliaires de vie.

- Le personnel en vacation:

- 1 Gynécologue-Obstétricien privé de Nouméa vient en vacation au Centre Médical tous les 15 jours, durant une journée.
- 1 Cardiologue privé de Nouméa vient en vacation au Centre Médical tous les 2 mois, durant une journée.
- 1 Ophthalmologiste privé de Nouméa vient en vacation au Centre Médical tous les mois, durant une journée.
- 1 Oto-Rhino-Laryngologiste privé de Nouméa vient en vacation au Centre Médical tous les mois, durant une journée.
- 1 Hépatogastro-Entérologue privé de Nouméa vient en vacation au Centre Médical tous les mois, durant une journée.

- 1 Psychiatre du CHS de Nouméa vient en vacation au Centre Médical tous les 2 mois, durant une journée.
- 1 Pédopsychiatre du CMP de Nouméa viennent en vacation au Centre Médical tous les mois, durant une journée.
- 1 infirmière psychiatrique du CMP de Nouméa
- 1 Psychomotricienne vient en vacation
- 1 Néphrologue du CHT Magenta de Nouméa vient en vacation à l'unité de Dialyse de l'A.T.I.R., située dans l'enceinte du Centre Médical, tous les 2 mois, durant une journée.
- 1 Diabétologue privée de Nouméa vient en vacation au Centre Médical tous les 4 mois, durant une journée.
- 1 Pneumologue privé de Nouméa vient en vacation au Centre Médical tous les 2 mois, durant une journée.
- 1 Pédiatre du CHT Magenta de Nouméa venait en vacation au Centre Médical tous les mois, durant une journée. Les vacances ont été suspendues en août 2009, par manque de pédiatres disponibles et devraient reprendre prochainement.

- Capacités de l'établissement :

Hospitalisation complète	Capacité installée
Médecine	10 lits
Gynécologie – Obstétrique (secteur Maternité)	4 lits
Total	14 lits

- Sages-femmes:

En attente de formation et disposant d'un appareil d'électrostimulation avec biofeedback, les sages-femmes projettent d'effectuer des consultations de rééducation périnéale.

Un « Forum Sexualité » a lieu dans les quatre établissements scolaires de Maré (3 Collèges et 1 Lycée ALP) une fois par an, animé par les sages-femmes de Maré, en

collaboration avec le Comité de Lutte contre le SIDA et l'Association Solidarité SIDA. Pour renforcer cette action, les sages-femmes ont en projet d'effectuer des permanences hebdomadaires (points-écoute autour de la sexualité) dans ces quatre établissements.

- Centre Médical de La Roche-Maré :

Les sages-femmes de Maré effectuent également des consultations de gynécologie-obstétrique et de PMI au Centre Médical de La Roche-Maré. Le gynécologue-obstétricien venant en vacation à Maré tous les 15 jours consulte également au Centre Médical de La Roche-Maré.

Toutes les données figurant dans ce dossier sont celles du Centre Médical de Tadine et n'incluent pas le fonctionnement et l'activité du Centre Médical de La Roche. En effet, un nouveau Centre Médical étant en fin de construction à La Roche et devant ouvrir prochainement, les consultations et accueil des urgences à La Roche s'effectuent actuellement dans un Centre Médical provisoire et l'activité d'hospitalisation de La Roche a été transférée à Tadine.

RESUME

En 2008, les chiffres de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale montrent un taux élevé de grossesses non désirées chez les jeunes kanak en Nouvelle-Calédonie. Il était donc intéressant de rechercher les raisons des obstacles à l'accès à la contraception chez les jeunes kanak de 16 à 24 ans.

La culture kanak valorise la maternité mais elle est confrontée chaque jour à la société occidentale ainsi qu'aux progrès des techniques médicales de plus en plus performantes.

L'enquête menée dans cette population révèle une compréhension insuffisante de l'utilisation de la contraception associée à des préjugés sur les contraceptifs. Parallèlement, le facteur culturel toujours présent semble être un frein à une contraception bien conduite.

La sensibilisation de tous les professionnels de santé à l'éducation thérapeutique du jeune kanak à la bonne compréhension et à l'observance de son traitement contraceptif, aidés des acteurs de la communauté, est l'une des clés qui permettra de réduire le nombre de grossesses précoces et de grossesses non désirées.