

Santé sexuelle des jeunes en Nouvelle-Calédonie

Etude socio-anthropologique réalisée à partir d'une enquête ethnographique (2010) complétée par l'analyse des données sur la santé sexuelle de l'enquête par questionnaires « Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens » (2007).

Christine Hamelin & Christine Salomon

Mars 2011

Standard : 33 (0)1 77 74 74 00
Fax : 33 (0)1 77 74 74 03
christine.hamelin@inserm.fr
christine.salomon@inserm.fr

Equipe Epidémiologie des déterminants
professionnels et sociaux de la santé
Directeur : France Lert

CESP Inserm U1018 - Equipe 11
Hôpital Paul Brousse
16 avenue Paul Vaillant-Couturier
F-94807 Villejuif Cedex

Sommaire

Problématique de recherche	- 3 -
Méthodologie.....	- 6 -
L'entrée dans la sexualité.....	9
Avant les premiers rapports, une information et des connaissances limitées	9
La norme de protection au premier rapport progresse mais le préservatif est vite abandonné ensuite	14
La vie sexuelle : des significations différentes pour les garçons et les filles.....	17
Des représentations du genre qui entravent la protection	17
L'asymétrie entre hommes et femmes, de plus en plus contestée par les jeunes femmes	21
Contraception et protection vis-à-vis des IST : des enjeux inégalement perçus.....	26
Le piège des grossesses non voulues	26
Des grossesses découvertes tardivement.....	28
L' IVG, une expérience fréquente mais difficile	30
La contraception, une question dont les garçons s'occupent peu.....	34
Le choix difficile du moyen contraceptif.....	36
Les difficultés rencontrées	38
Les IST, un sujet occulté.....	40
Les jeunes Polynésiens encore davantage en retrait de la prévention	45
Conclusion.....	47
Références.....	49

Nous remercions très chaleureusement les médecins et le personnel du Centre de santé de la famille (CCF et PMI de Montravel), du dispensaire de Païta et du SMIT qui se sont intéressés à notre travail et nous ont fait confiance en nous facilitant les rencontres avec des usagers de leurs structures et en nous laissant enquêter en toute liberté. Nous remercions également la DPASS-Sud de nous avoir donné les autorisations nécessaires. Merci aussi à Bernard Rouchon, à Anne Guiner-Darsaut ainsi qu'à nos collègues, Marcel Goldberg et France Lert, sans lesquels nous n'aurions pu réaliser ce travail et à Christiane Bougerol qui a accepté de relire ce rapport.

Problématique de recherche

Les données disponibles sur les infections sexuellement transmissibles (IST), bien que partielles, concordent pour souligner l'importance du problème en Nouvelle-Calédonie et en faire une préoccupation de santé publique rendue d'autant plus aiguë que l'épidémie de VIH/Sida – actuellement relativement contrôlée¹ – est susceptible d'être potentialisée par les autres IST. Ces dernières présentent une grande hétérogénéité tant sur le plan de la symptomatologie, de l'obligation de déclaration, du traitement, des conséquences notamment par rapport à la stérilité ou à la transmission de la mère à l'enfant ainsi que sur le plan de la prévention et des connaissances dans ce domaine de la population.

L'enquête, financée par l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie dans le cadre du plan multisectoriel de prévention contre le VIH-sida et les IST, avait pour objectif principal de comprendre la perception des IST dans les groupes les plus à risque – les jeunes sexuellement actifs qui ne sont pas toujours installés dans une vie de couple et qui appartiennent aux groupes sociaux défavorisés.

Nous sommes parties d'un constat établi à partir des résultats quantitatifs de l'enquête « Situation sociale et comportements de santé des jeunes 16-25 ans en Nouvelle-Calédonie ». Alors que l'utilisation du préservatif au premier rapport, généralement décrit comme un prédictif d'une bonne protection ultérieure, est en augmentation chez les jeunes, le niveau des IST apparaît préoccupant.

A la question « Au cours des 12 derniers mois, est ce que vous avez eu des signes qui vous ont fait penser que vous aviez pu, peut-être, attraper une MST (chaude-pisse, démangeaisons, brûlures, écoulements ou pertes) », 10% des garçons et 14% des filles ont répondu en effet positivement. Bien qu'on ne puisse écarter qu'une minorité des déclarations concerne une pathologie non sexuellement transmissible (par exemple, certaines mycoses), il faut noter que chez les filles, les Kanakes sont, avec 17,5% de réponses, les plus concernées. Quelle que soit la communauté, les filles issues de familles pauvres² sont deux fois plus nombreuses que les autres à déclarer des signes d'IST (26% *versus* 13%). Chez les garçons, les différences communautaires sont moins marquées, mais les Polynésiens sont tendanciellement les plus concernés et, comme chez les filles, la situation économique défavorable de la famille est corrélée à un taux plus élevé d'IST. Les résultats de cette enquête par questionnaires soulignent également la fréquence des premières grossesses

¹ Entre 1986 et décembre 2009, 344 cas de VIH-sida cumulés avaient été déclarés en Nouvelle-Calédonie (DASS 2010).

² Il s'agit de celles qui ont répondu « souvent » à la question : « Est-il arrivé que vos parents, par manque d'argent, ne puissent pas subvenir à vos besoins pour vos transports, vos frais de scolarité ou d'habillement, etc. ».

non voulues (53% des premières grossesses) et un taux non négligeable d'IVG chez les filles (20% chez les 22-25 ans). Ceci peut indiquer non seulement l'absence ou l'utilisation inappropriée de la contraception, mais aussi un manque de protection par rapport aux IST. Par ailleurs, si la norme de protection au premier rapport sexuel progresse (sauf dans la communauté polynésienne), l'utilisation du préservatif est encore problématique. Chez les jeunes qui devraient continuer de l'utiliser parce qu'ils ne sont pas en couple stable et/ou ne cherchent pas à avoir un enfant, un tiers des garçons et un tiers des filles ne se protègent pas.

Les autres sources épidémiologiques existantes sur les IST vont dans le même sens³. Une étude de prévalence clinique lors de la première consultation prénatale réalisée en 2005-2006, a établi que 36% des moins de 25 ans dépistées avaient une IST. Parmi les femmes enceintes, l'on a trouvé 7,9% d'infection à gonocoque et 23,7% d'infections à chlamydia chez les femmes enceintes (SGS 2006⁴). Une étude pilote de surveillance menée dans un centre médical d'une base industrielle auprès de 300 travailleurs locaux, en majorité des hommes, montre également des taux forts d'IST qui concordent avec ces chiffres alarmants. Avec la création d'un réseau sentinelle des IST basé sur l'approche syndromique et les résultats de l'enquête sur les attitudes et comportements de santé en population générale « Baromètre Santé » réalisée en 2010 qui comporte un volet activité sexuelle, IST, contraception, d'autres données quantitatives à une large échelle devraient être disponibles.

Répondant à une demande de l'ASS, « un diagnostic terrain » sur la santé sexuelle dans quatre populations cibles dans Nouméa et le Grand Nouméa - les femmes regroupées en associations de femmes, les jeunes non scolarisés et les jeunes travailleurs (18-25 ans), les populations sexuellement actives précarisées vivant en squat et les étudiants universitaires – était présenté en mai 2010 juste après la réalisation de notre enquête de terrain (Mbodj-Blot 2010). Evidemment la thématique, les tranches d'âges et les populations concernées, et par conséquent les résultats, recourent en partie la recherche que nous avons proposée et certaines des données que nous avons recueillies.

Le présent rapport s'attache à rendre intelligible la façon dont les jeunes s'orientent au quotidien entre différents risques, dont celui d'IST, liés à leur activité sexuelle. Son ambition est de rendre compte non seulement de caractéristiques individuelles, familiales et socioéconomiques, mais aussi des normes de genre et d'âge qui structurent les parcours et encadrent les comportements dans les différentes communautés.

³ Les données synthétisées par la DASS (2009) font remarquer l'importance de la sous déclaration médicale obligatoire des IST, en particulier par le CHT et le secteur libéral.

⁴ A noter que la majeure partie des femmes qui ont participé à l'étude venaient du centre de PMI de Nouméa (107/152 soit 70.1%), or la population y est particulière (aide médicale, forte proportion de femmes kanakes) et n'est donc pas représentative de la population féminine générale de Nouvelle-Calédonie.

Appréhender la place des IST dans les préoccupations et les expériences des jeunes adultes implique de savoir comment ce risque est envisagé par rapport à celui de contamination par le VIH et par rapport à celui d'une grossesse non voulue. Dans cette perspective, nous nous sommes attachées à cerner l'articulation entre enjeux de protection par rapport aux IST et enjeux reproductifs et contraceptifs. Nous avons cherché à renseigner la façon dont l'annonce d'une IST et son traitement sont susceptibles d'être négociés avec les partenaires. Nous avons voulu préciser la dangerosité aujourd'hui attribuée par les jeunes aux autres IST que le VIH/Sida, sachant que, dans la communauté kanake, alors que le VIH est identifié comme une maladie gravissime, les autres maladies transmises sexuellement connues plus anciennement, étaient dans les générations précédentes perçues comme des maladies plutôt bénignes et curables par la pharmacopée locale (Bougerol et Salomon 1998, Salomon 2000). L'enquête a également permis d'apprécier ce qui est retenu des messages de santé publique délivrés à l'école ou dans les campagnes d'information et de qui est véhiculé à ce sujet dans les familles et les communautés. Enfin les entretiens nous ont conduites à cerner la place de la sexualité dans le langage et dans les représentations sociales de la masculinité, de la féminité et de la parentalité, en soulignant les inégalités de genre et leurs différences communautaires. Nous avons choisi de produire de larges extraits de ces entretiens pour rendre compte à la fois du contexte dans lequel démarre la sexualité des jeunes, des nombreuses prises de risque et de la façon dont ils s'orientent tant bien que mal dans un univers où les contraintes qui pèsent sur eux se cumulent et où ils ne peuvent pas toujours se saisir des ressources préventives et des recours médicaux au moment où il le faudrait.

Méthodologie

Il s'agit d'une enquête socio-anthropologique auprès de jeunes adultes, hommes et femmes, sexuellement actifs, qu'ils aient eu ou non une IST. Etant donné le lien observé entre la prévalence des signes d'IST et la situation socio-économique, notre enquête s'est adressée de façon privilégiée à des jeunes défavorisés, quelle que soit leur communauté. Les résultats des études quantitatives «Santé, conditions de vie et de sécurité des femmes calédoniennes » et «Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens» (16-25) ayant mis en évidence des indicateurs de santé sexuelle particulièrement mauvais dans la communauté polynésienne, il nous est apparu important que ce sous-groupe soit également bien représenté parmi les jeunes enquêtés.

L'enquête ethnographique a reposé sur la réalisation d'entretiens approfondis avec des jeunes. Elle a été préparée par une série de rencontres avec les personnels du Centre de santé de la famille, de la PMI, et d'autres personnels de santé s'intéressant à la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive (SMIT, dispensaire de Païta, infirmières scolaires, service de gynécologie-obstétrique du CHT).

Les entretiens avec les jeunes ont porté sur des femmes de 18 à 25 ans, ainsi que sur des hommes de 18 à 30 ans, la mise en couple et l'âge au premier enfant étant plus tardifs chez les hommes que chez les femmes dans la plupart des communautés. Les mineurs de moins de dix-huit ans pour lesquels, dans ce type d'entretien, l'accord des parents est requis, ont été exclus du champ de l'étude. Tous les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat des jeunes sollicités sans que leur décision de participer à l'enquête ait de quelconque répercussion sur l'attention dont ils bénéficiaient dans le centre. En effet, à l'exception de quelques entretiens au CCF menés avec des jeunes femmes pendant le temps d'attente précédant la consultation, les autres ont eu lieu à l'issue de la consultation médicale. Aucun nom n'était demandé et le protocole de l'étude n'incluait pas d'accès au dossier médical des personnes interrogées.

Cette enquête a été réalisée entre le 9 avril et le 1^{er} mai 2010 dans quatre structures accueillant une proportion importante de jeunes issus des catégories sociales défavorisées :

- le centre de santé et de la famille de Montravel (Nouméa)
- la consultation de PMI de Montravel (Nouméa)
- le dispensaire de Païta
- le Service Médical Interentreprises du Travail (SMIT Normandie – Nouméa)

Les filles ont été sollicitées au Centre de santé de la famille de Montravel dans deux services où les habitantes des quartiers voisins sont surreprésentées mais où viennent aussi consulter un certain nombre d'étudiantes : celui du planning familial (CCF) et celui de la protection maternelle et infantile (PMI). Nous voulions interroger des consultantes venant pour une IVG, qui avaient donc pris un risque tant par rapport à une grossesse non voulue que par rapport aux IST, mais aussi d'autres jeunes femmes venant pour une demande ou un renouvellement de contraception, un test de grossesse, ou encore un problème gynécologique (leucorrhée, douleur abdominale etc.). Ceci afin d'appréhender des situations diversifiées donnant à comprendre divers types d'interactions entre enjeux préventifs des IST et du VIH et enjeux contraceptifs et reproductifs.

Pour nous assurer de pouvoir inclure suffisamment de jeunes femmes polynésiennes, nous avons aussi souhaité enquêter au dispensaire de Païta où l'équipe, sensibilisée au problème des IST, était favorable à notre enquête.

Dans la mesure où les jeunes femmes salariées ne sont pas toujours assez représentées au Centre de santé de la famille de Montravel et au dispensaire de Païta en comparaison des scolaires, des chômeuses et des inactives, le protocole de l'étude prévoyait de recruter quelques participantes supplémentaires au Service Médical Interentreprises du Travail (SMIT).

Compte tenu de l'inexistence des consultations masculines pour des questions de santé sexuelle, mis à part le Centre médical polyvalent (CMP) qui nous paraissait dans le cadre d'une problématique comme la nôtre trop spécialisé dans le dépistage des IST, un choix d'opportunité s'imposait pour le recrutement des jeunes hommes. Ils ont été sollicités lors d'une convocation de médecine du travail au SMIT. Pour disposer d'un groupe cohérent du point de vue socio-économique, la sollicitation des jeunes travailleurs occupant des postes d'exécution (ouvriers, petits employés), qu'ils soient précaires (intérimaires, CDD) ou stabilisés dans l'emploi, a été privilégiée. Bien que le recrutement au SMIT ait exclu de fait les inactifs et les étudiants, à la différence du dispensaire de Païta, le cadre médical était conservé et assurait les mêmes garanties de confidentialité que dans les autres lieux d'enquête choisis. Nous avons cependant veillé à ce que, parmi les enquêtés, figurent des jeunes avec des caractéristiques familiales, résidentielles et communautaires variées.

L'enquête ethnographique a été enrichie par l'analyse approfondie de données quantitatives provenant de l'étude par questionnaires « Situation sociale et comportements de santé des jeunes » sur la sexualité, la protection, la vie reproductive, la contraception, les IST. Des analyses multivariées de type descriptif ont notamment permis de préciser les comportements associés au risque d'IST et de déterminer les caractéristiques des jeunes se sentant les plus à risque d'être infectés par le VIH.

Au total, cinquante deux jeunes consultants ont accepté un entretien dans les structures d'accueil : dix sept à Païta, dix huit au Centre de santé de la famille à Montravel (CCF/PMI) et dix sept aux SMIT. Seuls cinq d'entre eux ont refusé l'enregistrement et dans ce cas, l'entretien a été pris en notes.

Les entretiens enregistrés ont été ensuite retranscrits et totalement anonymisés.

Parmi les trente et une filles interrogées, dix huit se sont déclarées Kanakes, six Calédoniennes européennes et une Métropolitaine, quatre Polynésiennes (trois Wallisiennes ou Futuniennes et une Tahitienne) et deux métisses : l'une Indonésienne/Kanake, l'autre Kanake/Calédonienne européenne.

Sept d'entre elles avaient entre 18 et 19 ans, onze entre 20 et 22 ans et treize entre 23 et 25 ans. Dix d'entre elles étaient déjà mères et deux étaient enceintes au moment de l'enquête.

Quant à l'activité des enquêtées, neuf étaient scolaires (deux lycéennes, quatre étudiantes, trois apprenties), treize étaient inactives ou au chômage et neuf salariées comme employées (femme de chambre, secrétaire, réceptionniste, serveuse...).

Parmi les vingt et un garçons interrogés, sept se sont déclarés Kanaks, six Polynésiens (Wallisiens ou Futuniens), quatre métis : un Wallisien/Kanak, un Kanak/Japonais, un Kanak/Chinois, un Vietnamien/Kanak, deux Calédoniens européens et deux Métropolitains.

Quatre d'entre eux avaient entre 18 et 19 ans, cinq entre 20 et 22 ans, six entre 23 et 25 ans et cinq entre 26 et 29 ans. Cinq parmi eux étaient déjà pères et deux attendaient la naissance d'un premier enfant au moment de l'enquête.

Parmi les enquêtés, six étaient scolaires (deux lycéens, deux étudiants, deux apprentis), treize étaient salariés (huit ouvriers, cinq employés) et deux étaient au chômage.

L'entrée dans la sexualité

Avant les premiers rapports, une information et des connaissances limitées

Comme le mentionne Michel Bozon (Bajos, Bozon 2008) l'apprentissage de la sexualité, avant même d'en faire l'expérience directe, se construit par l'acquisition d'informations de sources diverses, les discussions avec des proches, et toute une sociabilité qui fournit un cadre de référence et d'exercice aux premières relations sexuelles. Or, dans l'étude «Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens», l'analyse des réponses données à la question « Est-ce qu'à la maison, pendant votre adolescence, vos parents ou quelqu'un de votre famille, vous ont parlé de contraception ou de sexualité » révèle que, quelle que soit la communauté, presque la moitié des garçons (48%) et un tiers des filles (32%) n'ont jamais discuté sexualité ou contraception dans leur famille. Les différences de genre apparaissent encore plus prononcées dans les communautés océaniques. En effet, près de six garçons kanaks sur dix et cinq garçons polynésiens sur dix n'ont jamais abordé ces sujets pendant leur adolescence dans leur famille alors que les filles kanakes et les polynésiennes sont trois sur dix dans ce cas, ce qui n'est pas très éloigné des autres communautés.

Les entretiens indiquent que les filles, quand elles ont discuté de ces sujets dans la famille, l'ont fait plutôt avec leurs mères, surtout les Européennes (calédoniennes et métropolitaines).

« Moi la contraception, c'est plus ma mère qui m'en a parlé parce que moi j'étais un accident et elle a pas voulu que moi aussi je sois dans la même situation » (Européenne calédonienne, 23 ans, salariée en couple non cohabitant).

Chez les Kanakes, ces discussions ont davantage lieu avec des membres du même groupe générationnel, des sœurs, des cousines, alors qu'avec les mères elles tendent à se limiter à des mises en garde très vagues :

« J'ai eu mes règles à onze ans, ma mère m'avait prévenue mais comme je découvre tout doucement la vie, je vais au jour le jour. J'étais au collège, je m'intéressais pas à tout ça, ma mère m'a dit qu'il faut faire attention : « dès qu'on attrape nos règles on peut avoir un enfant », elle dit toujours de faire attention, mes tantes aussi, mais les copains c'était pas sérieux, c'est après en grandissant. Mais mon premier copain, je savais rien du tout, je savais pas comment ça se passait pour les rapports, j'avais 17 ans» (Kanake, 21 ans, préparant un BTS, a fait une IVG à l'âge de 18 ans et vit maintenant en couple dans la famille de son copain actuel).

« Nous avec nos parents, on n'a jamais parlé de la sexualité, sur des choses comme ça, on n'est pas très ouvert, ça reste encore tabou un peu. Ma mère, c'est quand elle a entendu que voilà, que moi je faisais des démarches [au CCF] qu'elle m'a dit. Moi c'est par l'intermédiaire de l'école que j'ai su qu'il y avait la pilule, le préservatif et tout ça. Et un jour je me suis dit, quand j'ai commencé à avoir une relation sérieuse, c'est de là que j'ai commencé à prendre la pilule et après de là j'ai dit : « bon ben Maman je prends la pilule ». C'est de là qu'elle a démarré le sujet en disant : « bon, fais attention », sinon elle osait pas trop en parler, c'est assez difficile. » (Kanake, 20 ans, lycéenne, vit en couple chez la mère de son copain).

Comme l'évoquent les propos rapportés ci-dessus, l'information reçue à l'école, ainsi que celle donnée par les professionnels de santé, bien qu'elles ne soient pas forcément suffisantes et mobilisables au moment où elles le devraient, jouent un rôle palliatif au silence des parents chez les filles océaniennes qui les mentionnent dans leurs propos plus spontanément que ne le font les garçons.

« Moi je pensais que j'aurai des rapports quand je serai mariée, je m'intéressais pas à ça, j'ai appris tout ça quand j'étais enceinte. Y avait des cours à l'école, mais c'est loin, je ne m'intéressais pas à ça, moi mon premier copain c'est son père [le nouveau-né assiste à l'entretien], je savais rien et j'avais peur d'aller voir des personnes, j'étais gênée de parler de ça, c'est l'infirmière de l'université qui m'a dit : faut pas être gênée et qui m'a dit de venir ici [au CCF]. Ma mère, elle m'avait jamais parlé de ça » (Kanake, 20 ans, étudiante, un enfant, en couple cohabitant).

Une fois entrées dans la sexualité, les filles kanakes se sentent très concernées par ces sujets. Ce qui contraste avec les manifestations de gêne, de honte ou de rejet de leurs partenaires par rapport aux messages et aux campagnes sur ces thématiques. De telles réactions masculines défensives sont sous-tendues par l'idée d'un clivage entre garçons et filles, procédant d'une différence « naturelle » qui s'ancrerait dans des caractéristiques biologiques liées aux capacités reproductives des femmes. Ainsi non seulement les règles, mais aussi la contraception, et plus généralement tous les discours sur la sexualité et la santé sexuelle resteraient des « affaires de femmes ».

« Le copain, il n'aime pas parler de tout cela : quand il voit une publicité sur les serviettes hygiéniques, il va dire : c'est mal élevé, un truc sur les préservatifs c'est pire ! » (Kanake, 22 ans, prépare un BTS, vit en couple chez sa mère).

Les discours des garçons océaniens soulignent chez les jeunes la persistance d'une conception de la masculinité qui nécessite de se tenir à distance des affaires des femmes et

par conséquent de ne pas montrer trop d'intérêt pour les messages des campagnes d'information et de l'école portant sur ces sujets :

« Ma copine elle prend quelque chose [comme contraception], elle me l'a dit, mais je ne sais pas quoi, je ne voulais pas trop savoir, je ne suis pas une femme... mes parents m'ont pas parlé de ça, l'information de l'école, ça m'a suffit. Au collège, c'étaient des médecins qui passaient. Les moyens de contraception, je me souviens pas trop, même au bout de la troisième fois. La première fois, j'étais en sixième, ça ne me concernait pas mais en troisième un peu» (Kanak, 28 ans, ouvrier, en couple non cohabitant).

Ces représentations de la masculinité s'appuient sur des valeurs présentées comme communautaires, avec en particulier l'idéalisation d'une transmission masculine intergénérationnelle qui, dans les faits, s'avère limitée quand elle existe :

« Les affiches, tout ça, ça sert à rien. La plupart des jeunes ils regardent les affiches et ils disent : c'est de la connerie, ça sert à rien et ça gâche du papier ; ça doit venir du père plutôt que de l'école et des affiches. Mon père m'a parlé, il m'a dit qu'il fallait pas s'inquiéter des filles du Pacifique mais plutôt des filles qui viennent de France. Je sais pas si c'est vrai, c'est à cause du sida» (Wallisien, 24 ans, ouvrier, marié, trois enfants).

De la même façon que les filles sont sommées par leurs mères de « faire attention », les garçons reçoivent de leurs pères des injonctions minimales, comme celle de se conformer aux règles d'alliance de leur communauté. Mais à la différence des filles, les garçons disent peu communiquer sur ces questions dans leur groupe générationnel, frères, cousins ou copains :

« Non, on parle des filles, mais pas de ça [les IVG, les IST]. Dans la bande, on se débrouille tous tout seul. Moi j'ai regardé dans le livre *Tazar*, c'est choc. Mes petits frères, je leur donnerai le *Tazar* » (Calédonien européen, 19 ans, ouvrier, célibataire).

« Mes parents m'ont parlé quand j'étais jeune, ils m'ont dit de faire attention, toujours mettre le p'tit caoutchouc. Mais c'était vite fait comme ça. A l'école, on écoutait, on rigolait, mais je parle jamais de ça [de sexualité] avec personne » (Métis kanak/japonais, 22 ans, ouvrier, vit en couple).

Ce type de propos corrobore les résultats de l'étude «Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens» qui montrent que, malgré une forte sociabilité générationnelle entre pairs, notamment au travers des phénomènes de bande, beaucoup de garçons n'ont personne à qui parler de choses intimes ou qui les préoccupent vraiment. Ceci est encore davantage marqué chez les Océaniens que chez leurs homologues des autres

communautés. L'information sur la sexualité reste par conséquent lacunaire, glanée dans les interventions entendues à l'école, les émissions de radio ou les médias jeunes (cf. plus haut *Le Tazar*), et aussi dans les films pornographiques comme ceux de la chaîne « XXL » :

« On apprend, on regarde les positions que personne ne sait, il n'y a que eux qui sait » (Kanak, 19 ans, prépare un CAP, célibataire).

« On a grandi en regardant les feuillets [sous entendu X]. Mon père nous a seulement dit à moi et mes frères : « si vous êtes pas prêts [à vous marier et avoir des enfants], utilisez le préservatif » (Wallisien, 28 ans, ouvrier, en couple cohabitant).

La place qu'occupe la pornographie dans l'initiation masculine à la sexualité est également révélée par l'analyse des données de l'enquête quantitative sur les jeunes dans laquelle 61% des garçons (*versus* 15% des filles) ont déclaré regarder des revues ou des films porno ou la chaîne XXL. Les différences communautaires reflètent en partie le niveau d'équipement des ménages : les Européens calédoniens et les Polynésiens étant 70%, les Européens métropolitains 64% et les Kanaks 54%. Toutefois, quand ils regardent des films pornographiques ou la chaîne XXL, les garçons Européens calédoniens mais aussi les garçons Kanaks le font beaucoup plus régulièrement que ceux des autres communautés (52% des Européens calédoniens et 35% des Kanaks, contre 7% des Européens métropolitains et 3% des Polynésiens déclarent le faire « souvent »). Notons que ces taux restent néanmoins inférieurs à ceux de la France métropolitaine (Bajos, Bozon, 2008) où plus de 9 garçons sur 10 chez les 18-24 ans et 5 filles sur 10 ont déjà regardé un film pornographique (plus de 5 garçons sur 10 l'ont fait « souvent »).

L'insuffisance de l'information ou sa réappropriation parcellaire se manifestent également dans les appellations approximatives relevées dans les entretiens concernant la contraception : ainsi l'implant est désigné comme « le truc dans le bras », surtout chez les garçons, mais aussi chez les filles qui, parfois aussi, l'appellent « le patch » (« je suis passée au docteur ce matin et je vais me faire mettre un patch » dit une fille kanake de 21 ans qui prépare un BEP). Le terme même de contraception peut ne pas avoir été retenu :

«- Vous prenez une contraception ?

C'est quoi ça ?

- C'est quelque chose pour éviter d'être enceinte.

Non je ne me protège pas, je bois pas de pilules, rien » (Wallisienne, 20 ans, inactive, un enfant, vit en couple).

Dans la même veine, chez les filles, les termes « frottis » et parfois « contrôle » désignent aussi bien le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus que le prélèvement vaginal

pour recherche d'IST⁵, si bien que « venir pour un frottis » ou « venir pour un contrôle » sont des euphémismes fréquemment utilisés quand on consulte pour signes d'IST.

L'étude de l'OSAS-PN « Etre jeune en province Nord » réalisée auprès de jeunes de 18 à 30 ans en 2006, souligne également que les sujets dont on ne parle pas ou très peu, considérés comme « tabous », restent ceux de la sexualité et de la vie amoureuse, et ce de façon encore plus marquée chez les jeunes kanaks que chez les non kanaks et chez les garçons que chez les filles. La sexualité et la vie sentimentale ne sont pas discutées avec les parents et ne sont abordées que dans une assez faible mesure dans le groupe générationnel, qu'il s'agisse des ami-e-s (27%), des cousins et cousines (21%), ou des frères et sœurs (14%) (Cottureau-Reiss 2010).

Le « diagnostic terrain sur la santé sexuelle auprès de quatre populations cibles dans Nouméa et Grand Nouméa » (Mbodj-Blot 2010) remarque lui aussi qu'évoquer la sexualité en famille, ou devant des membres de la fratrie, notamment du sexe opposé, c'est faire preuve pour les jeunes d'irrespect.

Dans la mesure où l'information sur la sexualité dans les familles océaniques, tant kanakes que polynésiennes, reste le plus souvent fort réduite, l'intérêt et la curiosité manifestés par les jeunes femmes kanakes et leurs propres discours sur la question tendent à montrer qu'elles s'emparent peut-être davantage des messages préventifs diffusés à l'école et dans les institutions de santé que les jeunes femmes polynésiennes⁶.

L'information sur la sexualité retentit sur les trajectoires sexuelles des jeunes ainsi que sur les prises de risque : l'analyse complémentaire des données de l'étude « Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens » indique que l'usage du préservatif au premier rapport est fortement corrélé à l'information reçue dans la famille. En effet, les jeunes, garçons et filles, qui n'en ont pas bénéficié sont deux fois plus nombreux à ne pas s'être protégé lors du premier rapport sexuel, et ce quelle que soit leur communauté. Les entretiens vont également dans ce sens :

⁵ Les campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus mises en place depuis 1994 permettent bien évidemment, au cours d'un même acte médical, de faire également le dépistage des IST.

⁶ Si l'on se reporte à l'étude « Santé, conditions de vie et de sécurité des femmes calédoniennes » (2003-2004), d'importantes différences apparaissent : les 18-24 ans qui déclarent ne pas avoir été du tout suffisamment informées sur la sexualité durant leur adolescence sont 36% chez les Polynésiennes (Wallisiennes, Futuniennes et Tahitiennes), 19% chez les Kanakes, 16% chez les Européennes alors que chez 45-54 ans, les femmes pas du tout suffisamment informées sur la sexualité durant leur adolescence sont 65% chez les Kanakes, 63% chez les Polynésiennes, 49% chez les Européennes. Le niveau d'information sur la sexualité tend par conséquent à s'améliorer dans toutes les communautés, mais cette évolution est nettement plus accentuée chez les jeunes femmes kanakes (Salomon et Hamelin 2007, 2008).

« - Est-ce que quand vous étiez adolescent on vous a parlé de sexualité ?

Non.

- Par exemple, faire attention quand on a des rapports avec les filles ?

Non, pour nous, c'était on force dans le tas mais on se protège pas » (Wallisien, 23 ans, ouvrier, célibataire).

Or, s'être protégé(e) ou pas la première fois constitue un prédicteur fort de la protection lors des rapports sexuels ultérieurs. Ainsi, le non usage du préservatif au premier rapport quadruple la probabilité de ne pas l'utiliser ensuite de manière systématique. En toute logique, cette absence de protection systématique est elle-même corrélée à l'apparition de signes d'infections sexuellement transmissibles : quels que soient le sexe, l'âge et la communauté, ne pas utiliser le préservatif de façon suivie double la probabilité de signes d'infections sexuellement transmissibles.

Ces éléments font apparaître le processus d'ensemble qui relie la socialisation à la sexualité et les premières expériences avec l'enchaînement de conduites à risques ultérieures et la survenue d'infections sexuellement transmissibles.

La norme de protection au premier rapport progresse mais le préservatif est vite abandonné ensuite

L'un des résultats marquants de l'étude «Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens» est la précocité croissante des rapports sexuels, plus prononcée chez les Européens, moins chez les Polynésiens et les Kanaks, avec des différences classiques entre garçons et filles qui renvoient à la plus grande précocité de l'entrée des garçons dans la sexualité, au nombre plus élevé de leurs partenaires, au multipartenariat simultané plus important, aux prises de risques plus fréquentes dans des contextes d'alcoolisation massive et également à une moindre protection. Au premier rapport sexuel, trois quarts des jeunes (73%) utilisent un préservatif. Ceux qui ne le font pas sont plus souvent des garçons (32% *versus* 21% des filles) et sont plus nombreux chez les plus âgés de l'échantillon : 34% des jeunes de 22-25 ans contre seulement 17% des 16-18 ans, ce qui indique un changement allant vers l'amélioration chez les plus jeunes. L'utilisation du préservatif demeure cependant nettement moins bonne chez les Polynésiens, bien que l'on observe une tendance à l'amélioration de la protection au premier rapport chez les plus jeunes d'entre eux. En revanche, au sein de la communauté kanake, l'usage du préservatif progresse, surtout chez les garçons (50% chez les 22-25 ans, et 80% chez les 16-18 ans). Une analyse complémentaire multivariée de ces données sur l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel, outre les différences communautaires, fait aussi ressortir le poids des facteurs socio-

économiques : les jeunes issus de familles défavorisées sont deux fois plus nombreux que les autres à ne pas l'utiliser.

Enfin il ne faut pas sous estimer chez les filles la fréquence des entrées contraintes dans la sexualité – 26% de premier rapport non souhaité et 3% de premier rapport forcé (5% chez les filles Kanakes) – situations qui évidemment compromettent ou empêchent la négociation d'une protection :

« Même quand j'étais saoule, saoule, je tenais pour rentrer à la maison, j'avais trop peur, ce que ma maman, ma tantine me disaient : ne dors pas dehors, tu vas te faire taper, tu vas te faire violer. J'ai deux trois copines qui ben... se sont fait violer et puis, elles osent pas parler et moi non plus même si c'est de bonnes copines. De toutes les façons on dit toujours que c'est la faute des filles, on les accuse toujours » (Kanake, 19 ans, en recherche d'emploi, célibataire).

« J'étais à l'école, j'étais au lycée, j'avais 19 ans, c'était un... c'était imposé. J'étais toute seule. J'avais plus mes règles... J'ai été voir une infirmière au lycée et elle m'a emmenée au dispensaire, je ne savais pas, j'étais étonnée.

- Vous avez pu en parler ?

Oui, j'ai vu une psychologue et une assistante sociale [pour l'IVG].

- Vous ne l'avez dit à personne d'autre ?

Non à personne, ni la famille, ma famille elle était sévère, ni les copines, j'en ai jamais parlé, même mon copain, je lui dis pas... » (Kanake, 22 ans, femme de chambre, vit en couple)

Il ressort également des entretiens que même chez les jeunes qui se sont servis d'un préservatif lors du premier rapport, ce dernier est ensuite utilisé très inconstamment, comme le développe ce jeune homme Calédonien européen (« mais métis plein de choses »), 24 ans, commercial, en couple :

« Le préservatif, je l'ai mis jusqu'à la majorité, après, bon, j'étais un peu négligent, par flemme. Avec ma copine, les premières semaines, on s'est protégé d'avoir un enfant trop tôt ou alors si elle a mal pris sa pilule en attendant de commencer une nouvelle plaquette. Mon ex copine, elle, elle prenait la pilule aussi mais elle oubliait souvent, elle passait au travers. Certes y a une peur, mais après : on dit j'ai fait la connerie, bon faut assumer. »

Ou encore cet autre, qui se définit comme métis kanak-japonais, 22 ans, ouvrier, en couple depuis cinq ans avec une Calédonienne européenne du même âge avec laquelle il a un enfant :

« On l'a mis la première fois puis après plus rien. Parce que c'était la même [fille]. Elle avait pas de maladie, j'avais pas de maladie, puis voilà c'est parti.

- Mais vous aviez fait des tests ?

Ah non ! On m'a jamais dit. »

Les premiers rapports avec un partenaire nouveau paraissent plus souvent protégés que les rapports dans le cadre d'une relation sexuelle établie, à l'exception évidemment chez les filles des entrées forcées dans la sexualité. Quand s'installe ce qui est appelé par les garçons comme par les filles « la confiance », l'usage du préservatif se trouve en effet rapidement abandonné au profit du retrait ou d'une absence de protection.

La vie sexuelle : des significations différentes pour les garçons et les filles

Des représentations du genre qui entravent la protection

En raison de l'assujettissement aux inégalités de genre, la thématique de la confiance et la perception du risque auquel on s'expose se déclinent différemment pour les garçons et les filles.

Chez les garçons, la sélection par la « confiance » des partenaires féminines avec lesquelles la protection n'est pas jugée nécessaire s'opère dès avant le passage à l'acte sexuel. Ils font confiance aux filles qu'ils qualifient de « bien », parce qu'elles sont connues d'eux (originaires du même quartier ou de la même communauté), censées se conformer aux rapports de subordination des femmes aux hommes et à la norme qui tolère, surtout dans les débuts de la vie sexuelle, le multipartenariat chez les garçons mais pas chez les filles, ces dernières étant supposées « rester tranquilles », à la maison.

« On n'a pas peur, parce qu'on a confiance dans les filles, c'est rare qu'elles sortent, elles sont toujours dans la maison.

- Mais c'est des filles wallisiennes alors ?

Oui.

- Mais ça, ça marcherait avec des filles d'une autre communauté ?

Des fois ça passe, des fois ça passe pas.

- Vous avez entendu parlé du sida ?

Oui.

- Et ça, ça vous fait pas peur ?

Si ça me fait peur mais... je regarde la fille, je devine tout, j'essaie de savoir... si j'ai pas confiance, je suis obligé de me protéger » (Wallisien, 23 ans, ouvrier, célibataire).

Les filles quant à elles font confiance au partenaire parce qu'il est censé être plus expérimenté sexuellement qu'elles – même si l'écart d'âge au profit du garçon est généralement faible - et crédité de savoir ce qu'il fait :

« Ben voilà justement, en fait je m'y attendais vraiment pas, en fait moi c'est mon premier copain, mais je connaissais pas les moyens de contraception, j'ai écouté mon copain, on faisait le retrait et pour moi qui connaissais rien du tout, je pensais que ça allait marcher. Lui ça va, il avait déjà eu une copine avant, il se protégeait avec des préservatifs. Moi j'avais 19 ans, au premier rapport on a mis le préservatif et après moi je lui ai fait confiance, je pensais pas. J'ai fait ma visite médicale à l'université et quand je suis venue ici [au CCF] c'est pour commencer les pilules. Mais le jour où mes règles

devaient tomber - mes règles elles sont très régulières - elles sont pas tombées. Ben j'ai su que j'étais enceinte et je suis revenue ici pour faire les tests. Et elle m'a dit la dame de revenir si je voulais garder ou pas» (Kanake, 20 ans, un enfant, étudiante, vit en couple).

Parfois, après le passage à l'acte sexuel, la relation est rapidement investie et le partenaire jugé « bien », ce qui signifie que les rapports sexuels dans ce cas ne sont pas dissociés d'un engagement relationnel, voire d'un projet d'installation de type conjugal :

« Quand on avait commencé avec le copain, on prenait le préservatif mais après j'ai hésité, j'ai vu qu'il était bien. L'année dernière j'ai eu deux mois de retard, je savais pas à qui en parler, j'ai paniqué, je suis partie vers ma cousine, je lui ai dit que j'ai peur et elle m'a accompagnée à la PMI [CCF]. C'est après que j'ai pris la pilule. A la PMI, j'ai demandé l'implant, mais la femme m'a conseillée la pilule » (Kanake, 23 ans, travaille dans la restauration collective, en couple non cohabitant).

Il faut toutefois remarquer que, à la différence de ce qui est noté en France métropolitaine chez les femmes (Bajos, Bozon, 2008), le sentiment amoureux n'est évoqué en Nouvelle-Calédonie ni par les garçons ni par les filles comme déterminant une sélection préalable des partenaires avec lesquels on se protège et de ceux avec lesquels on n'utilise pas le préservatif.

En 1996, une enquête menée sur les représentations du sida et la gestion du risque chez les femmes kanakes avait mis en évidence que la décision de l'utilisation du préservatif revenait aux hommes, sauf pour les plus diplômées et les plus jeunes d'entre elles (Bougerol, Salomon, 1998). Dix ans plus tard, les entretiens montrent que pour certaines jeunes femmes, du moins dans les communautés océaniques, le préservatif est toujours perçu comme le « boulot » des hommes, sans qu'elles puissent l'imposer si le partenaire « n'aime pas » ou « ne ressent pas de plaisir », arguments masculins souvent opposés au préservatif.

« - Les filles est-ce qu'elles parlent facilement du préservatif avec le copain ?

Non, mais avec les copines oui. Mes copines, souvent c'est leur copain qui commande, qui décide, les copines elles n'ont rien à dire !» (Kanake, 19 ans, sans emploi, célibataire).

Prendre l'initiative de le proposer à un partenaire en 1996 paraissait un indicateur de vie dissolue (Bougerol, Salomon 1998). Aujourd'hui encore, en avoir sur soi peut entamer la « confiance », voire exposer au risque d'être étiquetée comme une « fille facile » et se faire soupçonner d'infidélité par le copain.

« Souvent les garçons, ils veulent pas porter le préservatif. Si une fille demande au copain, il va penser qu'elle est allée voir ailleurs » (Kanake, 22 ans, femme de chambre, vit en couple).

« Y en a qui pensent que c'est que les filles elles vont ailleurs, qu'elles n'ont pas un copain fixe, leur mental c'est ça. Ils veulent tous... je pense qu'ils sont trop surs d'eux, comme mon copain avec le retrait. Je trouve qu'ici c'est encore trop tabou de parler de la sexualité, surtout chez les Mélanésiens » (Kanake, 20 ans, un enfant, étudiante, vit en couple).

Ainsi une jeune femme Kanake de 20 ans sans emploi, mère d'un enfant de quatre ans, qui refuse une autre grossesse et dont le copain est réticent au préservatif sous prétexte que non seulement il restreint le plaisir, mais aussi qu'il signe l'infidélité féminine, essaie de ruser : elle a en permanence avec elle des préservatifs mais lui explique que « c'est pour les « cousines » afin de lui en proposer par la même occasion. Une autre jeune fille Kanake de 18 ans, sans emploi elle aussi, qui a eu un enfant avec un partenaire âgé de 19 ans avec lequel elle n'habite pas, exprime également sa difficulté à négocier la protection, difficulté encore renforcée par les situations de coercition sexuelle qui ne paraissent pas exceptionnelles dans des relations entre jeunes :

« Dans les petits couples, on parle pas beaucoup. C'est-à-dire si tu demandes à l'autre s'il a le préservatif, il va dire : ben quoi, t'as pas confiance ? Lui il a souvent envie, mais moi je ne veux pas, des fois il cherche à forcer ».

Ou encore :

« Tu vois moi des fois, je suis pas mariée encore, mais je vais te dire : des fois j'ai pas envie dans ma relation sexuelle, mais des fois il me force à la faire et des fois c'est pour lui faire plaisir même si moi j'ai pas envie, c'est pour faire plaisir à l'autre, pour qu'il va être content. Mais des fois ça m'énerve, je lui dis : j'ai pas envie et il me force ! » (Kanake, 20 ans, lycéenne, vit en couple chez la mère de son copain).

Un certain désinvestissement sexuel des filles dès la formation de ces « petits couples » est à mettre en relation avec le vécu féminin d'une forte asymétrie de genre et d'inégalités ressenties comme oppressives. Ceci rejoint les résultats de l'enquête sur la sexualité en France qui relèvent que l'activité sexuelle des femmes est sensible au partage inégalitaire des tâches domestiques et à la présence de très jeunes enfants tandis que chez les hommes, ce sont plutôt les difficultés financières et les manquements à leur rôle social de soutien économique de la famille qui sont susceptibles de peser sur la sexualité (Belzer, Bajos, Laporte 2008). Les entretiens avec les garçons – recrutés au SMIT pour une bonne part d'entre eux et parmi lesquels les travailleurs sont par conséquent surreprésentés – ne

nous permettent pas de voir l'impact du chômage et des problèmes d'argent sur la sexualité masculine. Ils mettent cependant en lumière la forte valorisation du rôle masculin de pourvoyeur économique et la place accordée aux conditions matérielles jugées nécessaires pour fonder une famille :

« J'ai pensé que dès que je travaille, que j'ai un bon boulot, j'aurai une femme. Je préfère m'engager d'abord sur mon travail » (Kanak, 19 ans, prépare un BEP, célibataire).

« On attend d'avoir une maison, un boulot stable pour avoir des enfants. On est dans un studio chez moi à côté de chez ma mère à Paita. Je veux trouver une maison, être autonome » (Kanak, 28 ans, ouvrier, en couple).

Que les filles remettent souvent aux garçons la décision d'utiliser ou pas le préservatif ne signifie pas pour autant que ceux-ci, même quand ils y sont favorables, y parviennent aisément. D'une part, il semble encore difficile d'évoquer verbalement la question de la protection avant le rapport. Les entretiens avec les garçons font ressortir qu'ils choisissent de le mettre « direct » sans avoir discuté avec la partenaire, sauf si elle est considérée comme une conjointe et que le préservatif est utilisé comme contraceptif. Quand survient un problème, que le préservatif se déchire, le couple panique mais « chacun de son côté », sans parvenir à en parler non plus. D'autre part, bien que l'argument du coût et celui de la non accessibilité du préservatif ne soient jamais mis en avant, certains jeunes Kanaks expriment la gêne et la honte associées au dévoilement de la sexualité qu'implique le fait d'aller se procurer des préservatifs (à la pharmacie, au supermarché ou dans un centre de santé). L'inhibition amène certains à traverser toute la ville pour aller en acheter dans un quartier où personne ne les connaît ou à envoyer la conjointe en chercher à leur place :

« Chez nous [les Kanaks] c'est gênant. Dans un magasin, c'est encore pire que dans une pharmacie. Pour les préservatifs, moi j'ai pas envie d'aller chercher, j'ai trop honte de chercher ça. Ah oui, mission impossible ! Je sais pas comment ils font les autres » (Kanak, 22 ans, ouvrier, vit en couple depuis quatre ans, deux enfants).

« Au début j'allais les acheter à la pharmacie, c'était pas facile, j'avais honte. J'attendais que tout le monde sorte. Mais maintenant ça va, j'ai passé le cap, je les achète dans les stations service. » (Kanak, 28 ans, ouvrier, vit en couple « depuis un bon moment »).

Dans des relations de type conjugal, comme celles des interlocuteurs dont les propos viennent d'être rapportés qui utilisent le préservatif dans une visée contraceptive, ce sont paradoxalement les femmes qui sont chargées d'en « trouver », qu'il s'agisse de les acheter, ou bien d'en prendre dans les points de distribution gratuits des structures médicales.

L'« étude omnibus » sur les préservatifs (2010) réalisée par un institut de sondage, TNS, indique d'ailleurs que les « Mélanésiens » sont significativement plus nombreux à citer des structures de santé pour se procurer des préservatifs alors que les Européens indiquent plus volontiers les pharmacies ou les autres commerces. La préoccupation de la disponibilité des préservatifs repose donc sur les filles, alors même qu'il leur est souvent difficile de prendre l'initiative de l'utiliser. Dans l'ensemble des entretiens, il n'y a que deux filles qui ont affirmé l'exiger, et refuser sinon les relations sexuelles : une Européenne métropolitaine de 24 ans, étudiante, et une Kanake de 23 ans, qui travaille comme employée après avoir fait deux ans d'université, ce qui rappelle l'importance du niveau d'études dans la capacité des femmes à négocier la protection que soulignent d'ailleurs toutes les études quantitatives.

Nous avons observé que là où les préservatifs sont à disposition en dehors d'un cadre qui oblige à être vu ou à les demander, ils sont bien davantage pris, y compris par les garçons. Aussi dans les centres de santé, paraît-il plus judicieux de mettre les préservatifs en libre accès – en chapelet ou par groupe de trois - dans des endroits de passage, mais en dehors du regard des professionnels, plutôt que de les proposer, découpés à l'unité, placés dans une petite corbeille elle-même installée sur le bureau d'un médecin.

L'asymétrie entre hommes et femmes, de plus en plus contestée par les jeunes femmes

Les résultats de l'étude «Santé, conditions de vie et de sécurité des femmes calédoniennes» (2002-2003) avaient mis en lumière des changements notables dans les représentations de la conjugalité. Celles-ci tendent à s'homogénéiser au sein de la population féminine calédonienne, surtout parmi les jeunes. La mise en cause de l'autorité masculine dans la famille traverse maintenant toutes les communautés, bien qu'à des niveaux variés, et apparaît massive chez les 18-24 ans : dans cette classe d'âge, les Européennes (calédoniennes et métropolitaines confondues) sont 88%, les Polynésiennes 80% et les Kanakes 68% (mais 75% chez les jeunes Kanakes urbaines). Si l'on prend en compte que les Kanakes les plus âgées de l'échantillon, 45-54 ans, ne sont que 38% à mettre en cause l'autorité masculine dans la famille, l'on mesure l'évolution et le recul des modèles anciens dans la jeune génération. L'enquête quantitative «Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens» (2007) comportait également une question sur ce thème. Les jeunes étaient interrogés sur l'égalité absolue des droits des garçons et des filles dans la famille, ce qui n'est pas encore un acquis dans les communautés océaniques, en particulier dans le droit coutumier kanak ainsi que ne cessent de le souligner les associations de

femmes⁷. L'idée d'égalité apparaît maintenant partagée par plus de 80% des jeunes quelle que soit le sexe et la communauté, avec cependant un décalage observé chez les garçons kanaks (71%). Ce relatif retrait des jeunes hommes kanaks s'exprime aussi dans les entretiens par leur résistance à l'idée que leurs partenaires féminines aient, comme eux, une « vie de jeunesse », c'est-à-dire une période d'indétermination affective et sexuelle. Les expériences rapportées par les jeunes femmes kanakes pointent cette opposition masculine à l'idée d'égalité comme une source de conflit :

« En fait on n'est pas sur la même longueur d'ondes, pour lui si on a une copine, on a des enfants, elle reste à la maison. Laisse tomber, moi je veux partir en France, et puis moi je sais ce que c'est, ma maman, elle nous a élevés toute seule, c'est dur ! (Kanake, 22 ans, prépare un BTS, vit en couple chez sa mère).

« Les garçons de brousse [de la Grande Terre] avec leurs femmes, ils sont machos, très machos, les garçons des Iles, ils ne vont pas trop montrer, mais les garçons de brousse ils veulent montrer que ce sont des caïds, ils sont prêts à taper la fille, ils prennent juste la fille pour les besoins vitaux et après ils s'en foutent. Les Mélanésiens, ils sont assez machos, parce qu'ils ont été éduqués que leur femme elle est derrière le fourneau, mais les filles de notre âge, on commence à s'affirmer » (Kanake, 20 ans, lycéenne, vit en couple chez la mère de son copain).

« Moi je veux des enfants quand j'aurai un bon boulot, un bon toit, tout. Travailler c'est important pour les femmes pour pouvoir commander, pas commander mais égalité 50/50 » (Kanake, 21 ans, prépare un BTS, vit en couple dans la famille de son copain).

Le désir d'autonomie économique exprimé par les jeunes femmes renvoie à l'aspiration à une relation de couple égalitaire et souvent aussi à la volonté de s'affranchir de la dépendance et de la subordination vis-à-vis des parents d'autant qu'en Nouvelle-Calédonie les « petits couples » habitent très fréquemment chez les parents du garçon ou chez ceux de la fille (Hamelin et Salomon, 2004) :

« Je veux ensuite trouver une maison, fonder une vie, que personne ne vienne plus m'embêter, n'être plus à la charge de ma mère. Je veux sortir quand je veux, rentrer quand je veux, ne pas être obligée de faire la cuisine. J'ai décidé de m'en sortir toute seule » (Kanake, 23 ans, travaille dans la restauration collective, en couple stable mais non cohabitant, vit en foyer).

⁷ « Il est essentiel d'engager avec les autorités coutumières et politiques une réflexion profonde sur le statut de la femme kanak. Ce qui passe notamment par la nécessité de mettre en place des mesures législatives qui favoriseront l'accès des femmes à un traitement juridique égalitaire. Pour le moment, l'article 7 de l'accord de Nouméa est un frein compte tenu de la coexistence du droit commun et du droit coutumier. » (Françoise Caillard, *Les Nouvelles Calédoniennes*, 11.2.2011)

« Sans CDI, sans maison, pas d'enfant. Ce n'est pas comme ça que je vois les choses. Je vais pas faire un enfant et rester chez mes parents » (Tahitienne, 23 ans, employée, vit en couple chez ses parents).

L'étape de vie préconjugale où l'entrée dans la sexualité et l'entrée dans la conjugalité sont clairement dissociées semble donc encore en partie à conquérir pour les jeunes Calédoniennes, souvent précipitées dans la conjugalité par une grossesse non prévue et non interrompue et que la dépendance économique vis-à-vis du partenaire ou des parents continue d'enfermer dans une position de subalternité. Ainsi une Calédonienne européenne, 23 ans, employée, qui vit toujours chez sa mère bien qu'elle ait depuis deux ans une relation stable avec un homme âgé de 28 ans, lui aussi Calédonien européen, qu'elle nomme son « fiancé », qui travaille et a son propre appartement, développe :

« J'aime bien mon indépendance, je préfère à la limite dépendre de ma mère que de lui. Lui il voudrait un enfant, moi non, je veux d'abord une situation, pour l'instant, je n'ai qu'un CDD d'un mois renouvelable. »

Ce sont les jeunes femmes wallisiennes et futuniennes, assujetties à un contrôle social fort au sein de leurs familles en raison de normes de virginité pré-maritale et de mise en couple avec le premier partenaire sexuel, qui paraissent dans la situation la plus difficile.

« Les filles, elles doivent rester nettes jusqu'à trouver un mari. C'est plus facile pour un garçon de sortir. Les garçons, ils font ce qu'ils veulent, mais pas les filles, ou alors c'est encadré. Dans les familles océaniques, la fille elle a sa place à la maison, c'est difficile de sortir » (Wallisien, 24 ans, au chômage, célibataire, vit chez ses parents).

« Ben moi j'ai beaucoup d'amies wallisiennes qui restent vierges jusqu'au mariage, leur premier copain c'est censé être l'homme de leur vie. Y en a aussi qui ont des relations sexuelles avant le mariage mais qui vont faire leur vie avec cet homme-là. La virginité, c'est les parents qui leur inculquent ça, c'est pas que la religion, c'est une image, une femme qui a eu plusieurs relations, elle est considérée comme pas bien, même aux yeux de son copain, des garçons en général, des jeunes, on va la voir comme une fille facile. Et après, les garçons, c'est très mal vu. Cette fille-là, elle aura toujours l'image d'une fille qui s'est promenée, c'est par rapport au regard des gens... J'ai une amie, sa première relation, elle l'a eue l'année dernière, elle l'a dit à sa mère qu'elle avait un copain, tout le monde était au courant, pour les parents fallait que ce soit lui, sa mère a dit faut qu'on le rencontre avant. Quelque part faut que la famille donne son accord... Mais il y a aussi beaucoup de filles qui tombent enceintes pour garder leur copain, pour rester avec le mec » (Wallisienne, étudiante, 25 ans, célibataire, vit chez ses parents).

Cette norme communautaire d'entrée précoce dans la conjugalité et la parentalité est également exprimée par un garçon wallisien de 23 ans, ouvrier, « encore célibataire, avec des copines juste pour passer le temps », qui souhaite « profiter encore cette année, aller en boîte, faire la fête tout partout, voir les filles tout ça » et explique se méfier d'une fille - wallisienne elle aussi – de sa connaissance qui risquerait de le piéger par une grossesse :

« Elle presse un peu trop les relations. Elle veut que moi je vais rester chez elle pis elle commence à voir pour le mariage, pour me dire je pourrais pas faire la coutume chez eux. Moi je lui ai dit : « tu vas un peu trop loin ». J'ai jamais fait l'amour avec elle, je sais pas elle m'a demandé combien de fois. Mais moi, je voulais pas. Peut-être si j'ouvre le jeu, peut-être elle va faire exprès de tomber enceinte. Non, ça marche pas comme ça. »

Et un autre garçon wallisien, 28 ans, ouvrier, installé en couple et qui attend un enfant, confirme :

« Là j'ai rencontré celle qu'il me faut, c'est avec elle que je me suis dit que je vais passer ma vie. Avant, j'étais pas prêt, j'avais peur que mes copines elles tombent enceintes. Parce que pour moi, j'avais encore ma vie devant moi. J'avais encore ma vie de jeunesse, j'étais pas encore sur le point de me caser. J'ai connu des copains, ils ont voulu passer une nuit avec une fille, pis voilà, d'un seul coup la fille elle tombe enceinte et ils sont obligés maintenant de prendre leurs responsabilités. Mais dès fois, ça se passe pas comme ça : la fille qu'elle soit enceinte, le mec il se barre et c'est tout. Il se barre, pour lui, dans sa tête, c'était pour une nuit, puis voilà, basta. »

Chez tous, garçons et filles, l'idée de profiter de sa jeunesse et de vivre sa vie s'oppose à celle de « se caser » et de fonder « une petite famille ». Mais, dans les faits, la période d'apprentissage de la vie sexuelle dans laquelle les enjeux de contraception et de prévention s'avèrent particulièrement importants, se construit très différemment pour les garçons et les filles. Dans toutes les communautés, la jeunesse sexuelle est plus courte chez les filles qui rentrent vite dans des relations de type clairement conjugal. Les relations considérées *a priori* sans lendemain restent plus acceptables chez les garçons que chez les filles, avec un écart particulièrement prononcé dans la communauté Wallisienne et Futunienne où les filles ne sont pas censées avoir de sexualité pré-maritale, et, quand elles sont enceintes de façon imprévue, subissent des pressions familiales pour se marier :

« Comme j'ai dit à plusieurs, le docteur, l'assistante sociale, je leur ai dit que nous, notre ethnie à nous, c'est difficile en fait pour certaines familles. Parce que moi, chez moi on est obligé d'être vierge jusqu'au mariage. Pour moi, dans ma famille, c'est une obligation ! » (Wallisienne, 19 ans, lycéenne, a un copain à l'insu de sa famille).

« Si la femme a un enfant hors mariage, il n'y a pas d'autre issue, elle va se marier avec lui, des deux côtés il y aura la pression. Il faudra que la famille du garçon assume. Une fille qui est enceinte, le père doit assumer l'enfant. Quand il y a un enfant en jeu, il est obligé de se marier avec elle. C'est comme ça. Et ils restent ensemble. Après il y a d'autres enfants et c'est comme ça. L'année dernière il y a eu un mariage comme cela, la fille n'aimait plus son copain, mais ils n'ont pas annulé, il y a une pression, et même si la fille, elle a un boulot et tout ça » (Wallisienne, 25 ans, étudiante, célibataire, vit chez ses parents).

Cette obligation paraît toutefois confrontée à une évolution sociale rapide. En effet, si on l'examine par communauté, le taux de filles mères le plus élevé se trouve chez les Kanakes (6% de l'ensemble des filles de 18 à 25 ans ce qui représente 42% des mères) qui sont désormais suivies par les Polynésiennes (4,5% ce qui représente 27% des mères). Les taux plus faibles, chez les Calédoniennes européennes (2,5%) et chez les Métropolitaines (2%), traduisent un meilleur accès à l'IVG, lui-même fonction comme nous le verrons plus loin d'une moindre opposition des familles à l'avortement. On ne peut pas d'ailleurs totalement exclure dans les familles européennes qu'une pression sociale s'exerce sur les jeunes filles pour qu'elles interrompent une grossesse jugée trop précoce.

Confortant les résultats de l'enquête quantitative qui montrent que chez les jeunes sexuellement actifs 35% des garçons, mais seulement 17% des filles avaient eu plusieurs partenaires dans l'année, nos entretiens indiquent que dans toutes les communautés, les jeunes hommes parlent plus facilement de leurs partenaires occasionnelles (les « copines comme ça ») que ne le font les jeunes femmes qui, lorsqu'elles ont un partenaire sexuel, tendent à le présenter comme régulier et emploient volontiers à son sujet les termes de « conjoint » ou « concubin ». Et pour ces dernières, surtout les Océaniennes, il arrive encore que la relation avec le premier partenaire sexuel se transforme effectivement en union de type conjugal.

Alors qu'on n'observe pas de différences significatives chez les garçons selon la communauté, les filles océaniennes ont nettement moins de partenaires sexuels que celles des autres communautés : 13% des Kanakes et des Polynésiennes ont eu plusieurs partenaires dans l'année contre 24% chez les Calédoniennes européennes et 28% chez les Métropolitaines.

Contraception et protection vis-à-vis des IST : des enjeux inégalement perçus

Le piège des grossesses non voulues

La période de la « vie de jeunesse » semble souvent écourtée dans la mesure où garçons et filles sont fréquemment confrontés à une grossesse non prévue d'autant qu'ils sont peu informés sur la sexualité, que la protection par le préservatif est loin d'être systématique et que le retrait est trop souvent encore considéré comme une méthode fiable. Il arrive que des garçons, comme nous l'avons vu plus haut et comme le mentionne également le « diagnostic terrain sur la santé sexuelle auprès de quatre populations cibles dans Nouméa et Grand Nouméa » (Mbodj-Blot 2010), expriment se sentir « piégés » par la grossesse de leur partenaire. Les discours recueillis, surtout chez les garçons, mais parfois aussi chez les filles, stigmatisent le comportement féminin qui consisterait à retenir un partenaire en lui faisant assumer sa paternité :

« Les garçons ont peur mais ils ont envie de s'amuser, on est jeune, un bébé ça coûte cher, ils ont plus peur des bébés que des maladies... ça arrive souvent les filles qui disent qu'elles prennent un moyen de contraception, mais non. Y en a pleins, quand le garçon veut partir elle disent « je suis enceinte », elles ne travaillent pas... Y a des filles qu'assurent pas » (Calédonienne, 19 ans, employée, vit en couple chez sa grand-mère).

« La fille va se mettre enceinte sans que le garçon le sache et ça, ça fait beaucoup peur aux garçons ! Les copines, elles disent pas franchement, mais elles veulent avoir un enfant. Moi chaque fois que je sors avec elle, je l'ai bien prévenue que je suis pas prêt, même si on utilise pas le préservatif, elle sait, c'est à elle de faire attention » (Kanak, 28 ans, agent de sécurité, célibataire).

Les garçons expriment fréquemment leur « peur des bébés », c'est-à-dire d'une paternité qui abrègerait leur vie de jeunesse et risquerait de les contraindre à rester avec une « copine comme ça » alors qu'ils ne sont pas « prêts ». Toutefois, dans une relation suivie, afin de contrôler la sexualité de leur partenaire, ils peuvent se montrer hostiles à une demande féminine de protection des rapports sexuels. Cette norme de protection vis-à-vis des grossesses non voulues, intériorisée désormais par de nombreuses jeunes femmes, paraît ne pas l'être au même niveau par leurs partenaires. Les discours féminins soulignent le souhait des garçons de domestiquer les filles en les assignant à la maternité, en « crochant

les pilules », qui rentre en contradiction avec leur aspiration à contrôler leur fécondité par une contraception.

« Par exemple, ma sœur elle cache à son copain qu'elle prend la pilule et son copain il veut des enfants. Quand j'ai vu ça, je veux pas faire la même chose, la même bêtise, je préfère lui en parler directement, qu'il croche pas les pilules dans mon sac » (Kanake, 23 ans, employée, en couple non cohabitant, enceinte au moment de l'entretien).

« Moi, j'ai trop peur de retomber enceinte. J'ai finalement dit au copain pour la pilule, je demande pas son avis, c'est moi. Je sais qu'il est pas d'accord. Mais il a pas intérêt à crocher les pilules, il a voulu faire ça au début, et puis il a compris après » (Kanake, 22 ans, prépare un BTS, vit en couple chez sa mère).

En revanche, aucun récit féminin recueilli ne fait état de pression du copain pour pousser sa partenaire enceinte à l'IVG. Les entretiens réalisés avec les garçons comme avec les filles laissent au contraire plutôt penser que finalement, les paternités précoces sont, malgré la peur exprimée des bébés, assez facilement acceptées par les jeunes hommes calédoniens, y compris les Européens :

« C'est à elle de voir si elle est prête. Je peux pas l'obliger non plus à avorter, ou à garder un enfant, je préfère moi subir entre guillemets. C'est mon point de vue, c'est ce qui est arrivé avec moi avec mes parents, c'est pour ça, j'étais un accident de parcours avec mon père, on a 19 ans d'écart, avec ma mère on en a 20, c'est pour cela que je préfère laisser le choix à ma compagne, j'ai fait la bêtise, donc je veux pas obliger la personne à avorter, si elle veut le garder elle garde » (Calédonien européen, 24 ans, commercial, vit en couple chez ses parents).

La paternité précoce est considérée encore plus positivement par les Océaniens, comme un marqueur de passage au statut adulte qui s'accompagne d'un bénéfice social fort dans des communautés où les jeunes sont soumis aux vieux et les enfants aux parents. Les filles kanakes et polynésiennes rapportent souvent dans les entretiens que leur partenaire, en dehors de tout projet parental préalable, a volontiers accepté leur grossesse. Ainsi une Kanake, âgée de 23 ans, employée, en couple non cohabitant avec un garçon du même âge qu'elle, enceinte à la suite d'une interruption de contraception orale (elle n'avait pas eu l'argent nécessaire pour payer la consultation du gynécologue qui devait renouveler la prescription de pilules) :

« Ils veulent des enfants jeunes, c'est pas qu'ils veulent, mais il m'a dit que si par accident je tombe enceinte il serait d'accord, ça ne lui pose pas de problèmes d'être papa si jeune. Il m'a dit : c'est toi qui vois, qui choisis, mais si un jour tu tombes enceinte, ben je serai d'accord de garder l'enfant. »

Et une Wallisienne âgée de 20 ans qui a eu une grossesse à 18 ans à la suite d'un rapport lors d'une fête alcoolisée où son copain ne s'était pas retiré (cf. plus loin), et qui a dû arrêter son travail depuis :

« Pour moi c'était un peu... parce que comme je travaillais. Mais mon copain lui il était content. Pour lui c'était une bonne nouvelle. Il est fier d'avoir un bébé. Quand je lui ai dit, il est tout de suite venu me chercher [il est venu chez les parents de la fille se présenter et leur demander qu'elle habite désormais avec lui]».

Des grossesses découvertes tardivement

Le contexte des rapports sexuels juvéniles, cachés aux parents et aux adultes en général, qui ont donc lieu souvent en extérieur ou/et lors de fêtes, parfois très alcoolisées, est défavorable à la protection, que ce soit par le préservatif, ou dans l'après-coup immédiat, grâce à la pilule du lendemain.

« Moi je connais une cousine qu'a fait ça, les filles sont en train de boire à un point, elles ne savent même plus qu'est-ce qu'elles font, après ma cousine elle est enceinte, elle sait pas qui est le père. C'est comme une copine qu'habite à Tindu, pas loin de mon quartier, eux à Tindu ils ont tous grandi ensemble et maintenant ils sortent ensemble, voilà il y a eu une fête, et après va chercher qui est le père ! (Kanake, 20 ans, lycéenne, vit en couple chez la mère de son copain)

Ce que rapporte aussi une jeune fille kanake, âgée de 19 ans, célibataire, qui travaille « de temps en temps, avec des petits contrats » et qui avait « oublié le préservatif pendant une fête » :

« Je n'ai pas fait attention pendant trois mois et c'est après, à un anniversaire d'une copine, j'avais des envies de vomir en buvant, j'avais déjà eu du retard mais... et après je suis venue ici [au CCF] et c'est là que j'ai su que j'étais enceinte de 3 mois. »

Et encore une autre, kanake également, âgée de 18 ans, sans emploi, avec un enfant qu'elle a eu avec un garçon qu'elle ne voit que de temps en temps :

« C'était un jour où j'avais bu, pas un peu, beaucoup. Et moi, j'avais pas pensé, je pensais pas que j'allais être enceinte. Parce que lui, il dit toujours qu'il se retire avant. Mais ça, c'est pas vrai... Et puis je préfère avoir un moyen de contraception sûr parce cette grossesse non désirée, je l'ai découverte à cinq mois. En fait j'avais mes règles quand même, je crois que j'avais fait un déni, j'avais des saignements tout ça. J'ai commencé à me poser des questions parce que je grossissais. Je suis allée voir la PMI. C'était dur.

- Le papa, c'était un copain comme ça ?

Non, pour lui c'était bien, mais pour moi c'était dur. C'était pas ce que je voulais. Je savais que si j'avais un enfant... parce que je voulais assumer aussi ! C'est pas que ça m'a dégoûtée, mais ça a été une leçon ! »

En raison de la fréquence des rapports sexuels lors de fêtes sans pouvoir s'en souvenir exactement après (19% des garçons dans l'enquête quantitative et 5% des filles), des « trous noirs » (amnésies alcooliques) et d'une information approximative sur la sexualité, un certain nombre de grossesses sont découvertes bien trop tardivement pour envisager une IVG dans les délais légaux en Nouvelle-Calédonie. C'est ce que développe une Wallisienne, âgée de 20 ans, venue alors qu'elle avait 18 ans consulter à quatre mois de grossesse parce que la patronne du restaurant où elle était serveuse avait remarqué qu'elle avait grossi :

« Je me sentais toujours forte, j'avais pas de signes de faiblesse, pas d'envies, je pensais pas être enceinte, ça me disait rien. Pour moi c'était comme ça. Mais après je me suis doutée, je me suis demandée : mais comment ça se fait que ça dure longtemps sans que j'ai mes règles ? ça fait des mois. Parce que tu vois, quand on les faisait bien [les rapports sexuels], il lâche dehors mais pas dedans. Et ce jour-là [une fête], on a fait, mais sans faire vraiment attention. Peut-être que c'est re-rentré dedans. Pour moi c'était un peu... parce que comme je travaillais. Moi au début, c'était pas ça. Je voulais avorter. Mon copain lui, il a dit à moi de garder : « nous deux on va assumer ». Pis voilà, j'ai gardé.»

Un peu plus d'un quart des jeunes filles calédoniennes âgées de 16 à 25 ans ont déjà eu une grossesse. Parmi elles, plus de la moitié (53%) déclarent qu'elles ne désiraient pas cette grossesse. Mais les normes liées à la fécondité et à la maternité apparaissent encore assez différentes selon les communautés puisque les filles qui ont été enceintes mais déclarent cette grossesse comme non voulue sont nettement plus nombreuses chez les Européennes métropolitaines (73% des filles qui ont déjà été enceintes) et calédoniennes (70%) que chez les Kanakes (46%) et surtout les Polynésiennes (35%).

Toutefois, chez les Kanakes, les jeunes filles diplômées sont bien plus nombreuses (42%) que les non diplômées (22%) à déclarer que leur grossesse n'était pas désirées, tendance qui se retrouve également chez les Polynésiennes et qui souligne le rôle du niveau d'éducation dans la transformation des représentations sociales et des aspirations individuelles.

Comme nous l'avons mentionné dans le rapport de l'étude « Situation sociale et comportements de santé des jeunes », la couverture contraceptive est aujourd'hui relativement élevée en Nouvelle-Calédonie et s'améliore dans toutes les communautés avec cependant des inégalités persistantes en défaveur des Polynésiennes et des Kanakes.

L'approfondissement de l'analyse permet d'observer que dans le Grand Nouméa, 6% des Européennes n'utilisent aucun moyen de contraception (même le retrait ou une méthode non médicale), contre 14% des Kanakes et 27% des Polynésiennes. Mais alors que chez les Européennes la couverture contraceptive est sensiblement la même qu'elles aient déjà été enceintes ou pas, chez les Océaniennes apparaît une différence significative sur ce point. Les filles kanakes et surtout polynésiennes ayant déjà été enceintes utilisent davantage un moyen de contraception que celles ne l'ayant jamais été (respectivement 92% *versus* 80% chez les Kanakes et 89% *versus* 63% chez les Polynésiennes). C'est donc encore l'expérience d'une grossesse, qu'elle soit voulue ou pas, qui met les jeunes Océaniennes au contact des services de santé sexuelle (planning familial, IVG, maternité, PMI) et de la contraception, dont la connaissance et l'usage restent considérablement à améliorer dans les débuts de leur vie sexuelle.

Dans l'ensemble des entretiens, nous n'avons trouvé qu'un seul jeune, un Wallisien de 28 ans, en couple depuis 6 ans, à exprimer que la première grossesse de sa compagne s'inscrivait dans un véritable projet parental. Deux autres - un Kanak de 22 ans et une métisse indonésienne /kanake de 25 ans – tous deux déjà parents de deux enfants - nous ont dit que, si la naissance du premier enfant n'avait pas été prévue, la seconde grossesse l'avait été. Le projet parental se construit par conséquent dans l'après-coup si le couple se stabilise. Ceci fait écho au modèle de la génération précédente en Nouvelle-Calédonie puisque, toutes communautés confondues, les jeunes ont été nombreux à mentionner que leur naissance avait été « un accident ». Et de fait, la contraception, surtout chez les Océaniennes, se met très souvent en place après une première grossesse non prévue, et parfois même non voulue, qu'elle soit menée à terme ou interrompue, si toutefois sa découverte n'est pas trop tardive pour une IVG.

L' IVG, une expérience fréquente mais difficile

Parmi l'ensemble des filles âgées de 16-25 ans résidant dans le grand Nouméa, 15% ont déjà fait une IVG, ce qui représente 52% de celles qui ont déjà été enceintes. Même dans cette zone urbaine où l'accès aux structures d'IVG est plus aisé, des différences communautaires apparaissent : 70% des Métropolitaines qui ont déjà été enceintes et 60% des Européennes calédoniennes ont fait une IVG contre 52% des Polynésiennes et seulement 38% des Kanakes. Deux structures où l'enquête qualitative s'est déroulée, le Centre de Santé de la famille de Montravel et le dispensaire de Païta, nous ont permis d'appréhender plus finement les freins à l'IVG que doivent affronter les filles océaniennes qui désirent en faire une.

De nombreux entretiens indiquent que, chez elles, ce sont les enjeux individuels, comme la poursuite des études ou la recherche d'un emploi, qui contribuent à construire la décision d'avorter face à la survenue d'une grossesse non prévue, plus encore que les enjeux relationnels avec le copain, assez peu évoqués spontanément dans les récits recueillis.

« Lui au début il pensait avoir des enfants, mais je lui ai expliqué que j'étais encore à l'école, y avait ses sœurs qui me disaient : « vas y, faut avoir un bébé avec lui ». Mais lui, il travaillait pas encore. Ma mère, elle m'avait dit : « si tu tombes enceinte pendant l'école, tu te démerdes, moi je suis pas là ». Direct. Et moi je pensais pas à ça, je suis jeune encore, je veux faire ma vie. J'ai eu un entretien [avec l'assistante sociale], elle m'a demandé si je veux avorter et j'ai dit oui. Mes parents je leur rien raconté, juste que j'avais des rendez-vous. Mais quand j'ai été à Magenta, c'est dur, tu vois des femmes qui vont donner vie, t'es pas bien » (Kanake, 21 ans, prépare un BTS, vit en couple dans la famille de son copain).

Pour celles qui optent pour l'IVG, arriver jusqu'à l'acte médical nécessite une capacité personnelle à soutenir et défendre la décision prise. Il faut pouvoir contourner ou affronter une série d'obstacles. Non seulement l'expérience est difficile en elle-même, mais elle doit rester cachée aux parents, et il arrive en outre que la jeune femme, surtout lorsqu'elle vient consulter pour sa seconde IVG, se sente incomprise ou carrément rejetée par le personnel soignant :

« Ils m'ont dit que c'était risqué comme quoi je mettais en danger ma santé, je sais pas quoi. Mais moi c'était... C'est pas que je veux pas avoir d'enfants, c'est que je peux pas [elle insiste en détachant les syllabes] avoir d'enfant !

- Mais pourquoi ?

Mais parce que ma mère elle croit que je suis encore vierge ! (silence)

- Et vous personnellement qu'est-ce que vous ressentez par rapport aux IVG ?

C'est difficile. La dernière fois que je suis partie, j'avais pas envie de partir à la clinique vers l'Anse Vata. Juste en face de l'hôtel Casa Del Sol. Je n'aimerais pas accoucher là-bas, c'est sale. Ça s'est bien passé mais par contre c'était décevant, j'ai regretté comme je suis très catholique, je suis pratiquante. Parce qu'en fait, on est nés comme ça. En fait, la virginité c'est à cause de ça, la religion. Y a des familles qui s'en foutent mais chez moi c'est pas pareil. On a été éduqué strict. On n'avait pas le droit de sortir. En fait, moi avec mon frère qui est juste avant moi on a 10 ans d'écart. J'suis née pas voulue je crois. Mais ma mère, elle voulait pas avorter. Par contre moi c'est le contraire, je fais avorter tous mes enfants.

- Votre copain, il savait que vous étiez enceinte ?

Oui. C'est lui qui a payé.

- Il était d'accord ?

Non, il était pas d'accord, mais bon je lui ai dit... Il voulait garder. Il m'a dit comme ça, même si ma mère elle va me rejeter, ben je vais rester chez lui. Mais je voulais pas, chez nous ça se fait pas, pis je me vois mal rester chez lui. Moi-même, je me voyais pas maman très jeune. Y en a d'autres qui réagissent pas comme ça. Moi j'ai des cousines elles sont déjà au deuxième. Y en a une qui a 17 ans, elle en a déjà deux. Y a une copine, elle est enceinte mais elle savait pas quoi faire. C'est moi qui lui a dit : « ben, vas au CCF si tu veux pas garder ». Moi j'avais déjà l'expérience, je l'avais déjà fait » (Wallisienne, 19 ans, lycéenne, deux IVG, prend la pilule).

« La première fois j'étais encore au lycée donc je me suis dit c'est hors de question, j'avais 20 ans et il y a que lui [le copain] qui était au courant. Je n'ai pas fini mes études. J'ai été me renseigner à la PMI. Ça s'est fait sous cachets, et la 2^{ème} fois j'étais en plein dans le bac en fin d'année et je m'en suis aperçue bien après. Ce qu'on m'a dit quand j'ai été voir le gynéco, c'était trop tard. Après le gynéco, ce que je n'ai pas aimé, il n'a pas posé de questions, ça c'est mal passé. Ça c'est passé comme un accouchement en chambre d'hôpital, aucun soutien, rien du tout. Le gynéco, je l'ai vu la veille, il a fait une échographie, il m'expliquait rien, ça se voyait que pour eux j'étais la gamine qui avait fait des conneries. Ils ne se sont pas occupés de moi. C'était ma décision, j'allais pas revenir dessus. Après je me suis dit, je ne sais pas si plus tard ça va pas me poser des problèmes [de stérilité]. J'ai avorté à 3 mois et 2 semaines. C'était vraiment une mauvaise expérience. Je voyais que le personnel cherchait à être méchant avec moi, alors que je leur ai rien demandé. J'étais toute seule en chambre. Après quand le fœtus est sorti, la sage femme est venue vérifier si le placenta était toujours à l'intérieur. Après j'ai eu des complications et il a fallu aller au bloc et devant moi avec l'infirmière, elles discutaient et elles parlaient devant moi que c'était un petit garçon, moi j'étais en larmes, j'avais mal, j'avais pas droit au cachet, avant que le fœtus sorte, j'avais rien le droit de prendre, après non plus parce que j'ai été au bloc. J'étais toute seule, il n'a pas pu se libérer parce qu'il travaillait, personne n'était au courant ; il m'a déposé à 6 h du matin... Et c'est là qu'on m'a mis l'implant. Il y a eu des problèmes avec le placenta. C'était une expérience vraiment difficile... » (Tahitienne, 23 ans, employée, vit en couple chez ses parents, deux IVG, prend la pilule).

La crainte, plusieurs fois mentionnée, d'une stérilité consécutive à des IVG répétées vient encore rendre ce vécu plus inquiétant, surtout dans le contexte océanien où il existe une obligation sociale de maternité pour les femmes (Salomon 1998, 2000) :

« Chez nous c'est pas trop ça, après plusieurs IVG, trois quatre, elles ont peur de plus pouvoir avoir d'enfants après les avortements » (Kanake, 19 ans, sans emploi, vit en couple, un enfant).

Des assistantes sociales ont expliqué qu'elles tentent de persuader, lors des entretiens pré-IVG, les filles qui auraient une « peur imaginaire des parents », de se confier à eux. Or, les propos recueillis auprès des jeunes Océaniens soulignent la forte opposition à l'IVG des parents wallisiens et futuniens, pour des raisons liées à la fois à la position de l'Eglise catholique sur la question et aux normes évoquées plus haut d'entrée précoce dans la conjugalité. Quant à certains parents kanaks, ils s'y opposent pour des raisons également religieuses, mais présentées, surtout chez les gens originaires des Iles, comme communautaires :

« Moi avec mon copain on avait déjà parlé. Si jamais je tombe enceinte, je vais me faire avorter. On n'a pas envie. Pour l'instant on n'est pas prêt d'avoir un gosse. On est encore jeune, faut profiter. Moi je vois mes cousines qui sont enceintes et tout et qui me disent : « ah mais on sait plus ce qu'on va faire, si on veut garder notre enfant et tout ça ». Moi je leur dis d'un côté c'est pas bon d'avorter parce que c'est un péché, mais faut réfléchir parce qu'après..... C'est par rapport à la religion. Dans la coutume au début c'est mal vu [une grossesse précoce], mais après on est obligé d'accepter. Au début les parents ils vont dire : « ah mais voilà, on t'avait dit de faire attention et tout ». Mais après ils vont finir par accepter » (Kanake, 22 ans, en recherche d'emploi, en couple non cohabitant).

« On a voulu l'IVG, vu qu'on était encore à l'école. On a prévenu ses parents et ils ont dit : « chez nous les Mélanésiens, c'est pas bon de faire ça » et puis voilà. J'étais à l'école encore, elle aussi, ça fait qu'elle a arrêté et moi aussi j'ai arrêté [il n'a pas terminé son BEP] et je me suis mis à travailler Mais j'étais content de toute façon, on avait pensé, mais pas tout de suite, c'est vite arrivé !» (Kanak, 22 ans, ouvrier, vit en couple avec ses deux enfants chez sa mère).

La crainte des parents et la soumission à leur avis est fondée sur l'incorporation de normes religieuses et/ou communautaires dont les parents sont les garants et auxquelles, quand ils les rappellent explicitement, il est quasiment impossible, en tant que jeune, de s'opposer.

Encore une fois, le niveau d'étude chez les jeunes femmes océaniques intervient beaucoup. Ce sont les Kanakes les plus diplômées qui ont davantage recours à l'avortement. Cette relation est strictement inversée chez les Européennes où un faible niveau de diplôme est associé à une fréquence plus élevée de l'avortement. La relation inversée entre avortement et niveau de diplôme dans les deux groupes est particulièrement

intéressante. L'on sait qu'en Nouvelle-Calédonie il demeure un problème d'accès à l'IVG pour les jeunes femmes kanakes des milieux défavorisés urbains et des zones rurales. Il est probable que les plus diplômées, plus nombreuses dans le Grand Nouméa, ont un meilleur accès à l'IVG. Mais on peut également penser que ces jeunes femmes sont aussi les plus attachées à leur autonomie et celles qui ont le plus de capacité à défendre leur choix, y compris contre les pressions du partenaire et des parents.

Cette particularité a également été observée dans l'enquête de l'OSAS-PN « Etre jeune en province Nord » réalisée auprès de 18-30 ans dont les résultats montrent que la relation entre niveau d'études et IVG est positive chez les Kanakes (21% chez les sans diplôme *versus* 40% chez celles qui ont un Bac général) alors qu'elle s'inverse chez les jeunes femmes non kanakes (40% chez les sans diplôme *versus* 23% de celles qui ont un bac général).

La contraception, une question dont les garçons s'occupent peu

Discuter ouvertement de contraception entre partenaires n'est pas un comportement qui s'est encore généralisé. Dans les entretiens filles et garçons s'accordent sur ce point, et ce quelle que soit la communauté. Une jeune Calédonienne européenne de 23 ans, qui prend la pilule depuis le collège, titulaire d'une licence, employée, en couple non cohabitant avec un garçon avec lequel elle est cependant allée faire un dépistage du VIH au CMP, quand on lui demande si elle a déjà discuté contraception avec ses partenaires, s'exclame :

« Jamais, jamais, ils se sont occupés, c'est pas une question que les garçons posent, j'ai pas une grande expérience, j'ai juste eu deux copains avant l'actuel, mais jamais ils ont demandé ! Dans mon entourage entre filles, on n'en parle pas vraiment non plus. Moi c'est plus ma mère qui m'en a parlé parce que moi j'étais un accident et elle a pas voulu que moi aussi je sois dans la même situation. »

Un garçon métis kanak/japonais, âgé de 22 ans, ouvrier, en couple avec une Calédonienne européenne du même âge que lui avec laquelle il a un enfant, à la question de savoir si sa compagne a une contraception, répond, de façon minimaliste :

« Elle prend les plaquettes-là.

- Vous avez déjà parlé de contraception ?

C'est à elle [de s'en occuper].

- Vous n'avez jamais eu peur qu'elle tombe enceinte ?

Si elle est déjà tombée enceinte. L'année dernière.

- Et c'était voulu ?

Oui et non, on va dire oui, c'est venu comme ça, pis y a qu'on était content, c'est arrivé puis voilà. »

Un Kanak âgé de 28 ans, ouvrier, qui vit en couple également, pareillement interrogé se montre encore plus explicite :

« Oui elle prend quelque chose, elle me l'a dit, mais je sais pas quoi, je ne voulais pas trop savoir, je ne suis pas une femme ».

Un Wallisien âgé de 28 ans, ouvrier, qui attend avec sa compagne son premier enfant, résume le point de vue masculin dominant:

« Pour moi c'était pas la peine de parler de ce sujet-là. »

La mise en œuvre de la contraception paraît donc demeurer une prérogative strictement féminine dans la mesure où la femme se conforme au désir explicite ou implicite de son partenaire qui est celui qui se sent « prêt » ou non. Certaines filles, même en dehors des situations ouvertement conflictuelles rapportées où le copain tente de « crocher » la plaquette de pilule, expliquent qu'elles préfèrent, dans ces conditions, ne pas prendre le risque d'en parler comme le formule une Kanake, âgée de 22 ans, sans emploi, qui a depuis deux ans un copain mais n'habite pas avec lui :

« Je gère toute seule, il me commande pas. »

Cependant aborder le sujet de la contraception semble pour les filles devenir davantage possible avec le temps, après un premier accident de parcours (IVG ou naissance non prévue), quand la relation avec le partenaire s'est stabilisée et que le couple cohabite :

« Le docteur m'avait conseillé la pilule, ce n'est pas que j'avais peur, mais le fait de prendre à chaque heure, tous les jours et comme aussi mon copain, comme c'est comme un cachet, il sait pas trop ce que c'est, pour lui c'est négatif, mais après mon IVG j'ai pris et il a accepté (Kaname, 21 ans, prépare un BTS, vit en couple dans la famille de son copain).

« J'avais retiré l'implant à la CAFAF Receiving, et puis j'ai eu elle [le bébé nouveau-né dans ses bras] et j'ai remis l'implant encore à Magenta. Je viens juste de dire au docteur [de la PMI] que ça fait trois semaines que j'ai mes règles et de demander si c'était normal, elle m'a dit d'aller voir un spécialiste. Mon mari ça l'embête aussi, mais il comprend, c'est pas un garçon qui s'énerve quand on n'a pas de rapport sexuel, il comprend. Moi je parle avec mon conjoint de contraception, c'est surtout moi qui parle beaucoup à la maison, j'ai confiance en lui, je sais que c'est rare de voir des couples comme ça, j'espère que ça va durer » (Métisse indonésienne/kanake, 25 ans, sans emploi, vit en couple, deux enfants).

Bien que dans l'enquête par questionnaires, les avis favorables exprimés sur le partage de la responsabilité de la contraception dans le couple soient majoritaires dans toutes les communautés, les garçons océaniens sont plus nombreux que les autres à déclarer ouvertement ne pas se sentir concernés par la question. Les filles océaniques sont elles aussi plus nombreuses que les autres à ne pas adhérer à l'idée d'une responsabilité commune et à utiliser des moyens contraceptifs qui non seulement ne nécessitent aucune négociation avec le partenaire mais aussi d'utilisation moins visible par lui ou par les parents : chez les Polynésiennes la pilule du lendemain et chez les Kanakes l'implanon.

Le choix difficile du moyen contraceptif

L'information sur les différents moyens contraceptifs disponibles paraît souvent donnée trop rapidement et de plus à un moment qui n'est pas particulièrement propice à sa discussion, juste après un accouchement, sans que la femme ait eu le temps de bien réfléchir.

« Parce qu'on entend des rumeurs sur les contraceptions, on ne sait pas laquelle choisir, j'ai pris l'implant, fallait que ça soit quelque chose qui soit dans mon corps pour que ça marche à 100%. La pilule si on oublie un jour, on risque de tomber enceinte. Surtout quand on part quelque part, on oublie la plaquette, c'est ce qui m'est arrivé [elle était partie sur la côte Est dans la famille de son conjoint]. Moi j'aime pas les avortements et puis il voulait garder le bébé, ça tombait bien comme lui il travaillait, j'ai pas caché que c'était difficile » (Métisse indonésienne/kanake, 25 ans, sans emploi, en couple avec deux enfants).

« Après mon accouchement à la clinique Magnien, on m'a demandé si je voulais une pilule, un stérilet, un implant, j'ai choisi la pilule. Déjà que je connais pas trop, ils m'ont demandée ce que je veux, moi j'ai dit je vais prendre la pilule, mais c'est un peu chiant, faut pas oublier, il faut y penser. Quand on oublie, faut se protéger jusqu'à la plaquette après [avec des préservatifs]. Je viens juste de la commencer, c'est une pilule micro dosée. Mais je ne sais pas si c'est le stérilet ou l'implant, on m'a dit que quand ça coule pas [les règles], on gonfle, ça fait grossir » (Kanake, 20 ans, étudiante, vit en couple, un enfant).

Dans les moyens énumérés par le personnel soignant après une naissance ou une IVG - pilule, stérilet, implant - il semble que le préservatif ne figure pas. Pourtant les entretiens laissent penser que les jeunes Calédoniens, et en particulier les garçons, tout comme les jeunes de France métropolitaine (Bajos, Bozon 2008), s'approprient la spécificité préventive du préservatif davantage dans une perspective de vigilance contraceptive que pour se protéger des IST. Il est exceptionnel que la double fonction protectrice, à la fois vis-à-vis des

grossesses non voulues et des IST, soit citée dans les entretiens (une seule fois, chez un garçon), mais il est plus fréquent que l'intérêt d'une double protection pilule/préservatif le soit (trois entretiens avec des filles, deux avec des garçons). Dans ces cas, la double protection est davantage pensée pallier les échecs de la pilule que ceux du préservatif, et ce chez les filles comme chez les garçons:

« C'est peut-être des décalages entre les jours où l'on prend les pilules, la semaine de pause, avec les règles, je n'étais pas sûre de moi donc je lui dis... Mais il me dit que t'as pas de raison... Mais même, je ne veux pas. La pilule par exemple je la prends à 6H et le lendemain j'oublie et je prends à 8H, ça fait un décalage de 2 heures, j'ai trop peur si entre temps j'ai un rapport avec mon copain » (Kanake, 23 ans, employée, en couple non cohabitant)

Le rapport de l'étude « Situation sociale et comportement de santé des jeunes calédoniens » indiquait que, dans la tranche d'âge très jeune des 16-25 ans, le préservatif masculin et la pilule sont de loin les deux moyens les plus utilisés par les jeunes filles qui ont recours à une contraception, ce qui ne garantit pas, comme nous l'avons développé, que leur usage se fasse de façon appropriée ou constante. Si l'on considère le Grand Nouméa, ces deux moyens contraceptifs arrivent également en tête. Néanmoins dans cette zone urbaine dont la diversité communautaire nous permet de faire une analyse plus fine, des différences importantes sont à relever : la pilule est plus utilisée par les Européennes calédoniennes (65%) et métropolitaines (70%) que par les Polynésiennes (47%) et surtout les Kanakes (31%). La pilule du lendemain constitue quant à elle un recours important pour les Polynésiennes (17% *versus* 5% chez les Kanakes et 2% chez les Européennes). Le retrait, assez peu déclaré comme méthode contraceptive (6% de l'ensemble des filles), l'est néanmoins deux fois plus chez les Océaniennes que chez les Européennes. Le stérilet qui concerne 5% de l'ensemble des filles, est également nettement plus fréquent chez les Océaniennes (10%) que chez les Européennes (3%). L'implant utilisé par 6% des filles qui ont une contraception est lui aussi surreprésenté chez les Océaniennes (10% chez les Polynésiennes et 15% chez les Kanakes *versus* 4% chez les Européennes calédoniennes et 2% chez les Métropolitaines).

L'étude de l'OSAS-PN « Etre jeune en province Nord » relève que chez les femmes de milieu essentiellement rural et un peu plus âgées (18 à 30 ans) qui ont recours à la contraception, le contraceptif le plus utilisé est la pilule (la moitié des jeunes femmes kanakes et les deux tiers des non kanakes), le stérilet étant utilisé par 14% des jeunes femmes kanakes et 19% des non kanakes, avec des différences encore plus marquées entre communautés pour le préservatif et pour l'implanon bien davantage déclarés comme

moyens contraceptifs par les jeunes femmes kanakes : respectivement 19% *versus* 9% et 17% *versus* 8%.

Tous ces résultats suggèrent que l'appartenance communautaire demeure en Nouvelle-Calédonie un déterminant marquant des pratiques contraceptives qu'il s'agisse du choix personnel des jeunes femmes, encore encadré par le contexte social et communautaire, ou de la proposition par les soignants d'un moyen plutôt que d'un autre, elle-même liée aux représentations que ces soignants se font de l'acceptabilité de la méthode selon la communauté de la consultante.

Les difficultés rencontrées

Les problèmes que rencontrent les jeunes femmes, surtout océaniques, pour gérer la contraception orale n'apparaissent pas tant liées à des difficultés de compréhension de l'utilisation du moyen en lui-même, parce qu'elles seraient particulièrement oublieuses et « tête en l'air », comme certains professionnels le disent encore. Ils ont trait à des contraintes spécifiques qui rendent son utilisation difficile : être dans l'obligation de cacher la plaquette à son partenaire ou à ses parents (donc ne pas pouvoir la laisser dans son sac en permanence) alors même qu'on fait des allées et venues soit entre son domicile et celui du copain, soit entre Nouméa et la brousse, ou encore être dans l'incapacité de se procurer une ordonnance de renouvellement à cause de problèmes de couverture sociale non mise à jour ou d'argent.

L'implant semble souvent proposé lorsqu'il y a eu une grossesse consécutive aux oublis de pilule. Toutefois les entretiens révèlent que trop peu d'explications sont données lors de sa pose, qui se fait assez souvent en suite de couches immédiates, sur le risque fréquent d'irrégularité des règles et l'inconfort qui en découle.

« Après le premier accouchement, j'ai eu un implant, j'ai été à l'hôpital de Magenta comme j'avais eu des abcès au sein, ils m'ont demandée si j'avais un moyen de contraception et ils m'ont posée un implant. Il [le médecin] m'a expliqué en gros ce que c'était et j'ai compris. Après j'ai porté l'implant et j'ai vu que pour mes règles, c'est pas régulier, c'est chaud ! Les règles, elles arrivent comme ça et puis quand on n'a pas de serviette, c'est embêtant ! J'ai gardé trois ans quand même, avec des règles irrégulières » (Métisse indonésienne/kanake, 25 ans, sans emploi, deux enfants).

Le problème des règles trop abondantes, outre les tracasseries au quotidien, confronte les couples, surtout océaniques, à la question de l'interdit des relations sexuelles pendant les règles (cf. un extrait d'entretien cité plus haut où la même interlocutrice évoque cette question). En revanche, chez les jeunes femmes kanakes – tout comme chez les femmes en Polynésie (Douaire-Marsaudon 1998, Tcherkezoff 2003), l'absence ou le retard de règles

mobilise la représentation d'une accumulation de sang mauvais dans le corps et fait redouter la formation d'un caillot et de maladies, parfois assimilées au « cancer de l'utérus », ce qui peut aussi engendrer des doutes quant à la fiabilité de la méthode.

« Il y a plein de copines à moi qui ont mis l'implant mais le corps réagit pas pareil suivant les personnes ; des fois on peut avoir des règles irrégulières, on peut grossir, ça dépend de la personne ... J'ai une copine elle a eu ses règles pendant 2 mois. Moi je ne pourrais pas. Déjà une semaine c'est chiant. On sait jamais. Si on n'a pas de règles, on ne sait pas si c'est à cause de l'implant ou si on est enceinte (19 ans, Calédonienne européenne, employée, en couple non cohabitant vit chez sa grand-mère).

Dans les entretiens, deux femmes auxquelles un implant avait été posé après une IVG ont expliqué l'avoir fait retirer :

« Je prenais après mon IVG un implanon, mais j'ai arrêté. J'avais mes règles pendant deux, trois mois puis après rien ... ça me gênait, et ça me fatiguait... c'est la galère deux mois ! Et aussi ça me faisait peur, c'était pas bon pour moi. Au bout de cinq mois je l'ai retiré. Après c'est redevenu normal, elles étaient régulières » (Kanake, 22 ans, femme de chambre, vit en couple).

« C'est le gynéco qui m'a fait le deuxième avortement qui m'a conseillée. Vu que je n'étais pas chez moi, je faisais des allers retours chez moi et chez mon copain et j'oubliais souvent la pilule, donc pour éviter d'oublier il m'a proposée l'implant. Sur un mois, j'avais une semaine sans règles : tout le contraire du cycle normal. Je me vidais quoi. Je ne le supportais pas, j'ai fait un rejet et j'ai demandé à ce qu'on l'enlève au bout d'un an et demi et j'ai repris la pilule » (Tahitienne, 23 ans, employée, vit en couple chez ses parents).

On ne dispose pas de données quantitatives globales sur les retraits d'implant motivés par des saignements excessifs ou une prise de poids d'autant que la structure (ou le médecin) où se pose l'implant et celle à laquelle on s'adresse pour le retirer ne sont pas forcément les mêmes⁸. Aucune des jeunes femmes interrogées dans les entretiens ne portait un stérilet, probablement parce qu'en Nouvelle-Calédonie comme en France, le choix des méthodes dépend de la position dans le cycle de vie : le recours au préservatif concerne la phase d'entrée dans la sexualité, la pilule les femmes jeunes, tandis que le stérilet concerne davantage les femmes plus âgées qui ne veulent plus d'enfants (Leridon *et al*, 2002). Aussi

⁸ Néanmoins au seul CHT (à Magenta) en 2009 on a enregistré 25% d'ablations pour ces raisons, en dehors d'un désir de grossesse (J-E Demory, communication personnelle).

n'est-il pas étonnant que l'évocation du stérilet ait suscité peu de réactions, sinon que ça fait peur « parce que c'est dedans ».

Les IST, un sujet occulté

Au-delà des caractéristiques socio-économiques évoquées en introduction, l'approfondissement des données de l'étude « Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens » met en lumière le rôle de situations particulières dans la survenue des IST. Les garçons et les filles qui déclarent des signes d'IST au cours de l'année sont en effet significativement plus nombreux que les autres à avoir eu des rapports lors de fêtes avec des partenaires inconnus jusque là, à avoir eu des rapports avec plusieurs partenaires lors d'une même soirée et à avoir eu des rapports sans parvenir à s'en souvenir précisément le lendemain⁹. Les fêtes alcoolisées qui comptent parmi les rares moments où la sexualité des jeunes est possible, y compris pour nombre de « petits couples » qui ne cohabitent pas ou qui vivent sous le toit de parents dans des espaces peu propices à l'isolement, constituent donc des contextes très défavorables à la protection tant vis-à-vis des grossesses non voulues que des IST. En outre, et de façon attendue, les violences sexuelles subies sont également fortement corrélées aux IST.

Chez les filles, les IST constituent un sujet dont on parle peu même entre copines ou cousines, contrairement par exemple à « la première fois » (premier rapport sexuel) qui donne lieu à de véritables échanges d'expériences. Quand on en parle entre copines, c'est sur le mode de la rigolade qui masque mal la honte et la stigmatisation associées à ce type d'infection :

« J'ai une copine qui m'a raconté que sa sœur elle avait une maladie... comment ?

- Une maladie sexuellement transmissible.

Et sa sœur elle pensait que (rires), ça la grattait tout le temps. En fait ça la grattait mais y avait tout le monde, elle va pas gratter devant tout le monde... ça veut dire qu'elle est partie se renseigner, tout ça, elle est partie faire des analyses. Et ils ont trouvé que c'était son copain qui la doigtait avec les doigts sales. Moi je fais pas ça, hein ! Ah non !

- Et ils lui ont donné un traitement ?

Je sais pas, je lui ai pas demandé, on était en plein délire, en train de rigoler avec les doigts sales. J'étais en train d'imaginer la scène parce que je voyais tout le temps sa sœur, c'était trop ! Punaise ! » (Wallisienne, 19 ans, lycéenne).

⁹ Ces résultats proviennent d'analyses ajustées sur le sexe, l'âge et la communauté.

Dans les discours recueillis, les IST ne sont jamais spécifiées, mais restent désignées sous le nom générique de MST ou plus généralement encore de « maladies », seul le VIH/sida - qui fait davantage peur - étant différencié. Le risque de stérilité qui effraie beaucoup les jeunes femmes océaniques et qu'elles évoquent comme conséquence négative possible aux avortements répétés, n'est en revanche jamais mentionné à propos des IST alors même que l'on sait que l'infertilité tubaire est souvent révélatrice d'un antécédent d'infection urogénitale à chlamydia. Comme nous avons évoqué plus haut, c'est l'expression « faire un frottis » qui désigne aussi les consultations pour signes d'IST. De plus, l'examen, le frottis, est parfois considéré comme un soin en lui-même qui nettoierait (en raclant la pollution) ce qui peut amener quelques doutes quant au suivi des traitements prescrits. Dans les propos des filles, il semble qu'il y ait souvent une confusion entre des infections sexuellement transmissibles et d'autres infections, vaginites ou infections urinaires, mais que toutes ces pathologies n'amènent pas forcément à consulter et à se traiter, ni à parler au partenaire :

« J'ai eu des brûlures mais c'est passé tout seul. Mon copain a jamais été informé. Quand je lui parle, il n'a jamais été intéressé, il n'a pas pensé au danger » (Kanake, 22 ans, prépare un BTS, vit en couple avec son copain de 24 ans mais chez sa mère).

Dans l'étude par questionnaires, seule d'ailleurs la moitié des jeunes qui ont déclaré avoir ressenti des signes d'IST au cours de l'année ont consulté. Si les filles consultent un peu davantage que les garçons, il apparaît que les Kanaks sont ceux qui consultent le moins ce qui renvoie à la honte mais aussi à la perception de ces signes comme bénins et sans conséquences.

Chez les garçons, le sujet est encore moins discuté qu'il ne l'est chez les filles dans le groupe de pairs et les réponses sur ce point restent particulièrement laconiques :

« Les MST, c'est pas des sujets qui traversent notre tête. On a un souci, on se débrouille, on est malade, on est malade. On va voir le médecin, c'est son métier de garder le secret professionnel » (Européen calédonien, 24 ans, commercial, habite avec sa copine dans sa famille) ».

« Les MST, on y pense pas. Le sida ? ça inquiète, mais pas vraiment » (Wallisien, 28 ans, ouvrier, vit en couple et attend un enfant).

Evidemment, ces propos masculins peu nuancés sont assez loin des chiffres sur la perception du danger des IST/MST de « l'étude omnibus sur les préservatifs » (TNS, 2010) selon lesquels 93% des personnes interrogées seraient « conscientes du danger que représentent les IST/MST pour la santé ». Mais il semble que, dans une même interrogation, juxtaposer les termes « infections », « maladies » et « danger pour la santé » induit fortement la réponse, toute maladie contrariant par définition la santé, ce qui ne dit rien de la

place qu'on accorde au risque ni de ce qu'on fait pour s'en prémunir. Notre enquête à l'inverse tend à montrer que les IST ne sont pas, chez les garçons du moins, une préoccupation, et que, chez les filles, l'enjeu des grossesses prédomine et occulte en partie celui des IST.

Dans les entretiens avec les filles comme les garçons, mis à part le VIH cité par plusieurs jeunes, les mycoses par une fille (dont la transmission sexuelle n'est pas le mode d'acquisition prédominant chez les femmes) et les morpions par un garçon, aucun nom d'infection bactérienne, virale ou parasitaire connue pour être sexuellement transmissible n'a été cité. Pas un garçon n'a rapporté un épisode vécu de MST (si ce n'est les morpions), ni évoqué le traitement prescrit et l'information (ou non) de sa ou de ses partenaires. En revanche, plusieurs filles ont relaté avoir informé leur partenaire sexuel régulier après avoir effectué un « frottis », information nécessaire pour qu'il soit à son tour dépisté et traité et ainsi limiter la transmission. Ceci va dans le sens des enquêtes nationales sur la sexualité et la santé en France qui mettent toutes en évidence un impact des IST plus marqué sur les comportements des femmes que des hommes, notamment en termes d'information de leurs partenaires sexuels et de craintes de nouvelles infections.

Les réactions du partenaire quand il a été informé, acceptation d'un dépistage et/ou traitement ou bien refus, paraissent aussi à mettre en lien avec les stratégies utilisées par les soignants pour cibler le partenaire ou les partenaires de la consultante. Les médecins investis dans le champ de la santé sexuelle et du planning familial en Nouvelle-Calédonie comme en France (Warszawski, Couturier, Ribert, Meyer, 2008) encouragent particulièrement les consultantes à prévenir leurs partenaires pour éviter la contamination en leur indiquant le lieu où aller, voire en leur remettant une ordonnance.

« La première fois que je suis venue ici [au CCF] c'était pour un frottis. Comme j'avais des pertes, je pensais que j'avais quelque chose et je suis partie porter à Pasteur. J'ai eu des cachets et des ovules et je lui ai parlé, lui aussi il est parti en face l'hôpital [au CMP] » (Kanake, 22 ans, sans emploi, a depuis deux ans un copain avec qui elle n'habite pas).

« J'ai une amie qui m'a parlé de ça, quand ça va pas dans son couple, son mari il va voir des prostituées, elle m'a dit qu'elle avait des démangeaisons, je lui ai dit d'aller voir un médecin tout de suite. Le médecin, il lui a donné des traitements, elle a parlé à son mari, mais son mari il veut rien savoir. Il n'a rien fait. Ma copine elle lui a dit il faut mettre un préservatif et lui il s'est mis en colère il lui dit que c'est elle qui fait le con. Elle savait déjà que son mari il faisait ça et elle a même eu une petite tumeur du col de l'utérus et elle est partie se faire opérer, mais elle, elle avait honte aussi » (métisse indonésienne/kanake, 25 ans, sans emploi, en couple avec deux enfants).

Une inquiétude à propos du risque d'infections sexuellement transmissibles transparaît cependant dans certains entretiens féminins. Elle semble à l'origine de consultations répétées chez les filles. Celles-ci constituent pour les professionnels un contexte favorable pour aborder la prévention et les comportements susceptibles de réduire les risques :

« A chaque fois que je me faisais larguer par un mec et que je retrouvais un autre mec, j'en parle directement avec lui, t'es sur de vouloir et tout, et ensuite je vais chez mon gynéco faire les frottis à chaque fois que je change de copain pour voir si je n'ai pas de maladie » (Kanake, 23 ans, employée, ne vit pas avec son copain, enceinte).

« Je voulais faire des tests, parce que mes premiers moyens c'étaient les préservatifs. J'ai toujours été avec la même personne, donc... après un an, j'ai pris la pilule, après on m'a expliqué [au dispensaire], j'ai dit que j'étais intéressée. C'était bien d'aller faire des tests pour moi et pour lui. On est allé ensemble.

- Vous avez fait des tests pour pouvoir arrêter le préservatif ?

Oui, c'est ça et lui il fait un test contre les maladies tous les trois mois.

- Pourquoi ?

Je ne sais pas, pour voir aussi... Il en a déjà attrapé, ses copains aussi et il m'a dit que ce n'était pas terrible... il a eu peur.

- Il sait comment il a attrapé une MST ?

Non il ne sait pas. Peut être sur les WC. Je lui demandais s'il savait où il l'avait attrapée, il disait : « j'ai rien fait »... On dit qu'on ne sait pas mais on sait toujours. En plus, c'est gratuit de se faire soigner. Je crois que lui il va au centre ville, au CMP, en face de l'hôpital, tous les 3 mois. Moi j'aime bien venir [au CCF] même si je n'ai rien, pour les contrôles, les frottis, si j'ai un petit problème, on sait jamais, j'aime bien venir une fois par mois » (19 ans, Calédonienne, employée, vit chez sa grand mère).

A la différence des autres IST pour lesquelles les filles et les garçons ne sont pas dépistés dans la même structure puisque les filles qui consultent au CCF ou chez un gynécologue envoient leurs partenaires masculin au CMP, dans le cas d'un dépistage volontaire du VIH, le lieu pour le faire peut être le même qu'il s'agisse du CMP ou de Pasteur (également mentionné) et le couple s'y rend ensemble (quatre entretiens). Le VIH est perçu comme une menace plus sérieuse mais on peut se demander si son dépistage en couple au début d'une relation n'est pas pensé comme une protection à long terme « pour être tranquille dans la tête » quels que soient les comportements sexuels que chacun des partenaires adopte par la suite :

«- Mais alors ça veut dire que, comme vous n'utilisez pas le préservatif, vous ne pensez pas aux maladies ?

Oui. Parce que comme on est déjà passés chez le médecin pour des tests...

- Et pourquoi vous aviez fait des tests ?

Comme ça au début. On est passés avec [le prénom du médecin] et elle nous a demandé à nous deux de faire le test du VIH, VIH c'est ça ?

- Oui.

On a dit : « ah, mais c'est bon, on va passer ». On avait fait la prise de sang et une semaine après on est venu récupérer les résultats. C'était bon, y avait pas le sida.

- A partir de ce moment-là, vous étiez rassurés ?

Oui voilà. C'est ça qu'elle m'avait dit. Il vaut mieux passer les tests pour voir après si les résultats, vous êtes pas contaminés, ben c'est bon pour vous deux » (Kanake, 22 ans, en recherche d'emploi, en couple non cohabitant).

Les CDAG semblent encore insuffisamment connus. Un Kanak de 28 ans, agent de sécurité, célibataire, qui a des partenaires occasionnelles avec lesquelles il ne se protège pas, explique avoir voulu faire un dépistage (il veut aussi savoir si le test d'urine qu'on fait au SMIT permet le dépistage du VIH), mais ne pas l'avoir pu en raison du coût :

« Mon médecin m'a conseillé de le faire parce que je lui demandais [de faire le test de dépistage du VIH], il m'a conseillé d'aller à la CAFAT Receiving et quand je suis arrivé, il fallait payer, alors j'ai pas pu faire. J'avais le sentiment que je sortais avec des filles, j'étais pas sur de moi, fallait faire une visite ».

Notons également que dans les entretiens, aucune des jeunes femmes qui avaient déjà eu un enfant - qu'elles soient Calédoniennes européennes, métisses ou océaniennes, n'a mentionné spontanément, quand la question des IST a été évoquée, avoir fait pendant sa grossesse un test de dépistage du VIH, ce qui tend à confirmer que la proposition systématique du test lors de la grossesse, même chez de très jeunes femmes, n'ouvre pas à une prise de conscience (Salomon, Hamelin *et al.* 2003, Salomon et Hamelin 2008).

L'analyse approfondie des données de l'étude par questionnaires indique que 6% des jeunes évaluent subjectivement leur risque d'être infecté par le VIH comme supérieur à la moyenne (4% en France en 2004, Setbon 2006), un peu davantage chez les garçons (7,3%) que chez les filles (5%). Cette inquiétude majorée est davantage présente chez les Kanaks que dans les autres communautés, qu'il s'agisse des filles ou des garçons. Elle est associée à un usage non systématique du préservatif ainsi qu'au multipartenariat (simultané ou consécutif dans une même année) ce qui exprime la conscience d'une prise de risque en relation avec une activité sexuelle insuffisamment maîtrisée. Si le multipartenariat non protégé paraît assez clairement identifié comme une conduite à risque vis-à-vis du VIH, la sexualité lors des fêtes où on ne peut se souvenir exactement des partenaires à cause de l'alcool, ou encore où l'on a des rapports avec des personnes que l'on rencontre pour la première fois,

est moins perçue comme exposant à un risque. Sans que l'on puisse conclure à une normalisation du sida chez les jeunes en Nouvelle-Calédonie, on constate cependant à partir des entretiens et de ces analyses que la mobilisation reste assez faible autour de cette maladie, qui n'est pas perçue comme une menace réelle bien que moins occultée que celle des autres IST.

Les jeunes Polynésiens encore davantage en retrait de la prévention

Deux spécificités semblent jouer fortement en défaveur de la prévention des IST dans la communauté wallisienne et futunienne de Nouvelle-Calédonie alors même que la dichotomie sexuelle y est conçue sous des formes passablement différentes que dans la communauté kanake, que le rôle des femmes peut sembler plus valorisé et les rapports de genre moins conflictuels (Salomon 1998, Douaire Marsaudon 2001). Il s'agit chez les filles de la persistance de la norme de virginité pré-maritale, dont les entretiens montrent qu'elle est souvent transgressée par des jeunes filles qui dès lors vivent leur sexualité clandestinement, cachant à leurs proches qu'elles ont des rapports sexuels. Chez les garçons, il s'agit de la circoncision considérée dans toute la Polynésie comme une étape décisive permettant de les transformer en jeunes adultes masculins, qui se pratique tardivement, à l'adolescence, accompagnée d'un rituel désormais simplifié et se fait à Nouméa le plus souvent en cabinet médical, mais parfois sans anesthésie, pour conserver son rôle d'épreuve de virilité.

Chez les jeunes filles la nécessité d'afficher un comportement conforme à la norme de virginité pré-maritale s'oppose aux consultations de planning familial et de santé sexuelle qui constituent l'occasion de proposer le dépistage des IST :

« Chez nous, toutes les filles on reçoit les feuilles oranges de la CAFAT pour le frottis. J'ai dit à Mam : « j'peux aller faire ça ? c'est pour tout le monde, même ceux qui ont pas... [eu de rapports] ». Ma mère elle me répond comme ça : « Pourquoi ? T'as déjà fait l'amour ? Parce que ça c'est pour ceux qui ont déjà fait l'amour ». J'ai dit : « ben non Maman, c'est pour toutes les filles à partir de je ne sais pas quel âge ! ». Ma mère elle a dit : « non » (Wallisienne, 19 ans, lycéenne).

Chez les garçons, la pratique de la circoncision masculine réduit considérablement le risque des IST virales, VIH, HSV2, HPV ainsi que l'ont montré divers travaux américains et français, ce qui a conduit l'OMS depuis 2007 à recommander la circoncision dans les pays d'épidémie VIH généralisée au Sud. Mais elle réduit de façon nettement moins probante les infections bactériennes (chlamydia, gonocoque) (Sobngwi-Tambekou, Taljaard *et al.*, 2009). Or les entretiens avec les garçons wallisiens et futuniens tendent à indiquer qu'elle est perçue comme une pratique protectrice qui ôte tout souci des maladies.

« La circoncision, c'est pour être propre, pour éviter les maladies » (Wallisien, 24 ans, ouvrier, marié, trois enfants, a été circoncis vers 10 ans).

« Si vous voulez, pour nous c'est quelque chose qui est propre quand on a une relation avec une fille. J'veux dire y a pas d'odeur, y a pas d'odeur. C'est pour ça que nous, dans la communauté wallisienne, on fait la circoncision, c'est justement quand on a une relation, que y aura pas d'odeur, ça sera plus propre. Et puis on devient un adulte, on te prend plus pour un p'tit... » (Wallisien, 28 ans, ouvrier, vit en couple et attend un enfant ; il a été circoncis à 18 ans « à la coutume, à la dure » [sans anesthésie]).

« Nous tous les Wallisiens, c'est comme ça, à l'âge de 17 ans, 16 ans, pour être un homme. A chaque fois qu'on voit un jeune, il a déjà 20 ans et puis il a pas coupé, on dit que c'est un p'tit con. Parce que moi j'ai coupé mais lui il a pas coupé, ça veut dire qu'il reste un voyou, c'est un puceau quoi. Nous, quand on est coupé, on est propre, ça reste propre. Les autres c'est le fromage, il reste coincé dedans. C'est mieux comme ça, c'est plus propre » (Wallisien, 23 ans, ouvrier, célibataire, a été circoncis dans un cabinet médical¹⁰ mais a décliné l'anesthésie).

Non seulement la « propreté » garantit de la pollution et donc du risque d'IST, mais aussi la préoccupation des IST est d'autant plus écartée que les partenaires féminines sont de la même communauté, par conséquent « nettes » elles aussi comme le formule un autre garçon dans un extrait d'entretien cité plus haut, à savoir vierges. Et de fait, les discours des garçons polynésiens indiquent qu'ils ont encore moins « peur des maladies » que les garçons des autres communautés et par conséquent s'en protègent moins.

¹⁰ Sur un blog, à la rubrique Santé Fai tokoni o totatou toketa (conseils pratiques de notre médecin) le Dr Papilio propose en langue wallisienne une petite contribution sur les maladies cardio-vasculaires, la médecine traditionnelle et la circoncision dont il recommande l'usage entre 10 et 16 ans, expliquant qu'elle était anciennement pratiquée pour l'hygiène et pour être prêt au rapport sexuel avec une femme (www.uvea.mo-futuna.com, 17.8.2005).

Conclusion

L'analyse fait apparaître que la prévention des IST est inséparable d'une approche plus globale intégrant chez les jeunes la prévention des grossesses non voulues, un accès amélioré à la contraception et à l'IVG dès les débuts de la sexualité en tenant compte de l'isolement dans lequel les jeunes la vivent, avec souvent la nécessité de contourner le contrôle des parents et pour les filles des « copains ».

Dans le contexte actuel de transformations sociales accélérées que connaît la Nouvelle-Calédonie, des évolutions au sein des familles et une renégociation des rapports entre les sexes sont toutefois perceptibles chez les jeunes, notamment chez les filles océaniques, les Kanakes encore davantage que les Polynésiennes. Ainsi, l'impact de l'amélioration du niveau d'éducation sur la santé sexuelle est désormais manifeste dans toutes les communautés. Mais il s'agit là de processus structurels, donc relativement lents.

Les résultats de notre étude incitent à soutenir et généraliser les initiatives qui s'inscrivent dans une démarche d'éducation à la sexualité et à l'égalité filles-garçons en milieu scolaire ainsi qu'à poursuivre la mobilisation contre les violences de genre. Cette démarche éducative doit être intégrée aux programmes, répétée au cours du cursus et rendue accessible à tous, y compris à ceux qui quittent tôt le système scolaire.

Ils plaident également pour développer une politique cohérente de planning familial multipliant les lieux de parole concernant la sexualité, mais aussi les relations amoureuses et de couple, fondée sur la reconnaissance de la légitimité de la sexualité juvénile et la promotion claire de l'égalité entre les sexes. Des lieux susceptibles de pallier au manque d'information dans les familles et aux disparités sociales et communautaires pourraient en effet aider les jeunes que nous avons rencontré à vivre dans de meilleures conditions leur sexualité et leurs relations, à réduire les risques et à s'orienter sans être renvoyés et assignés aux limitations des normes de genre, d'âge et du groupe d'appartenance.

Pour l'ensemble des jeunes Calédoniens, la prévention devrait cibler ces espaces de sociabilité où les prises de risque sont maximales que constituent les fêtes alcoolisées. Cependant, notre analyse suggère les limites de campagnes d'information et de dépistage volontaire des IST centrées sur la seule perception du danger puisque celui-ci n'est que marginalement perçu. C'est pourquoi une politique volontariste gagnerait à s'adresser plus particulièrement à ceux qui sont les plus en retrait de la protection et actuellement les moins réceptifs aux messages : du point de vue du genre les garçons, dont les représentations de la masculinité font obstacle à l'appropriation de l'information sur la protection, et du point de vue de la communauté les Polynésiens dans la mesure où des spécificités ont été

identifiées. Dans cette optique, rendre davantage perceptible le risque de stérilité pourrait être approprié pour préparer un dépistage ciblé contre les infections à chlamydia.

Il apparaît également pertinent pour un public jeune et défavorisé de promouvoir des lieux de consultation sans rendez-vous où la prise en charge puisse se faire de manière globale sans que les consultants soient renvoyés à une pharmacie ou à une autre structure d'examen ou de soin. Au-delà d'une incitation à prévenir les partenaires qui, si elle est trop générale devient inefficace, les professionnels de santé devraient être également formés à évaluer précisément avec les consultants la meilleure manière d'avertir et de traiter leurs partenaires, en tenant compte des situations particulières et des obstacles sociaux dont les entretiens qu'ils n'ont rien d'imaginaires.

Les propos recueillis témoignent d'une forte réflexivité des jeunes, et en particulier des filles, sur leur propre expérience, liée à un vécu déjà souvent difficile dès l'entrée dans la sexualité et qui les précipite dans des conjugalités précoces, fragiles et conflictuelles. Les souffrances révélées par les extraits d'entretiens dont nous avons essayé de rendre au mieux la force, ne peuvent qu'éloigner des images toutes faites et des clichés sur une jeunesse frustrée, inconsciente et sans repères.

Références

Bajos N., Bozon M. (sous la dir.de), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, 2008, La Découverte, 609 p.

Beltzer N., Bajos N., Laporte A., Sexualité genre et conditions de vie, in Bajos N. et Bozon M., *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, 2008, La Découverte, p. 411-436.

Bougerol C., Salomon C., *Représentations du sida et gestion du risque chez les femmes kanakes de Nouvelle-Calédonie*, Rapport CERMES-ANRS, 1998, 90 p.

Cottureau-Reiss P. (dir), *Etre jeune en Province Nord : enquête psycho-sociale réalisée auprès des 18-30 ans*, Observatoire de la santé et des actions sociales de la Province Nord, Nouvelle-Calédonie, 2010, 279 p.

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales Nouvelle-Calédonie, Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie en 2009 : Maladies transmissibles ou infectieuses, Nouméa, 2010.

Douaire-Marsaudon F., Les premiers fruits. Parenté, identité sexuelle et pouvoirs en Polynésie occidentale (Tonga, Wallis et Futuna), CNRS Editions, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, Paris, 1998, 338 p.

Douaire-Marsaudon F., D'un sexe, l'autre, L'Homme, 157, janvier-mars 2001 , [En ligne], mis en ligne le 23 mai 2007. URL : <http://lhomme.revues.org/index95.html>.

Etude de Surveillance de Deuxième Génération du VIH et autres IST et Comportements à risque en Nouvelle-Calédonie, Rapport d'activité du Secrétariat Général de la Communauté du Pacifique, SPC, 2007, 51 p.

Hamelin C., Salomon C., Parenté et violences faites aux femmes en Nouvelle- Calédonie. Un éclairage sur l'ethnicité différenciée des violences dans la famille. *Espace, Populations et sociétés*, 2, 2004, 307-323.

Hamelin C., Salomon C., Vignier N., Lert F., *Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie*, Rapport de recherche IINSERM, Villejuif, 2008, 108 p.

Mbodj-Blot F.L., Diagnostic de terrain sur la santé sexuelle auprès de 4 populations cibles du Grand Nouméa, Rapport pour le Comité de Lutte contre le Sida et l'ASS-NC, fév. 2010, 21p.

Rapport d'étude omnibus : étude sur les préservatifs, TNS-Agence Sanitaire et Sociale, Nouméa, mars 2010, 14 p.

Salomon, C., La personne et le genre au centre nord de la Grande Terre (Nouvelle-Calédonie). *Gradhiva*, 23, 1998, 81-100.

Salomon C., Hommes et femmes. Harmonie d'ensemble ou antagonisme sourd ? , in A. Bensa & I. Leblic (eds) : *En pays kanak. Ethnologie, linguistique, archéologie, histoire de la*

Nouvelle-Calédonie, Mission du Patrimoine Ethnologique, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme (*Ethnologie de la France* 14), Paris, 2000, 311-338.

Salomon C., Hamelin C., Goldberg P., Sitta R., Cyr D., Goldberg M., HIV protection and screening in women in New Caledonia, *Pacific Health Dialog*, 2003, 10, 2, 10-15.

Salomon C., Hamelin C., Goldberg P., Sitta R., Cyr D., Nakache J.P., Goldberg M., *Premiers résultats de l'enquête santé, conditions de vie et de sécurité des femmes calédoniennes*, Rapport de recherche INSERM, Saint-Maurice, 2004, 36 p.

Salomon C., Hamelin C., Les femmes kanakes sont fatiguées de la violence des hommes, *Journal de la Société des Océanistes*, 125, 2007, 284-294.

Salomon C., Hamelin C., Challenging violence: Kanak women renegotiating gender relations in New Caledonia, *The Asia Pacific Journal of Anthropology*, 9, 1, 2008, 29-46.

Salomon C., Hamelin C., Normes de genre, violences sexuelles et vulnérabilité au VIH en Nouvelle-Calédonie., *Médecine Sciences*, 24, HS n° 2, 2008, 103-110.

Salomon C., Hamelin C., Why Are Kanak Women More Vulnerable to HIV than Others, Ethnographical and statistical insights, in L. Butt & R. Eves (eds) *Making sense of AIDS. Culture Power and Sexuality in Melanesia*, Honolulu, 2008, University of Hawai'i Press, 80-96.

Setbon M., L'enquête KABP 2004 confirme-t-elle la normalisation du sida?, *Transcriptase*, 126, février-mars 2006, 20-22.

Sobngwi-Tambekou J., Taljaard D., Nieuwoudt M., Lissouba P., Puren A., Auvert B., Male circumcision and Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis and Trichomonas vaginalis: observations after a randomised controlled trial for HIV prevention, *Sexually Transmitted Infections*, Apr; 85(2), 2009, 116-20.

Tcherkezoff S., *FaaSamoa, une identité polynésienne (économie, politique, sexualité). L'anthropologie comme dialogue culturel*, Paris, L'Harmattan, 2003, 545 p.

Warszawski J., Couturier E., Ribert E., Meyer L., Pourquoi les femmes informent-elles plus souvent leurs partenaires sexuels d'une infection sexuellement transmissible ? Rôle des médecins, *Médecines Sciences*, hors série n° 2, vol. 24, mars 2008, 200-207.