

ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCES A LA SANTE SEXUELLE DES JEUNES, NOTAMMENT EN INSERTION, SUR L'ÎLE D'OLERON

Rédaction du rapport :

Catherine Flora

Sébastien Lodeiro

Septembre 2017



SOMMAIRE

Première partie	4
1. Définition de la santé sexuelle	4
2. Contexte :	4
a. Contexte législatif	4
b. Stratégie nationale :	5
c. Contexte régional :	6
d. Contexte local :	7
3. Origine du projet	8
4. Méthodologie	10
a. Choix de l'approche qualitative :	10
b. Méthodologie de l'étude exploratoire :	10
c. Recrutement des jeunes :	13
d. Recrutement des professionnels :	13
 Deuxième partie	 14
1. Analyse des données quantitatives concernant les jeunes de l'île d'Oléron	14
e. Quelques données démographiques :	14
2. Présentation synthétique des contenus des entretiens avec les jeunes	17
a. Répartition géographique des jeunes sur le territoire :	17
b. Leur perception de l'île :	17
c. Situation affective et sexuelle des jeunes :	18
d. Leurs attitudes/opinions vis-à-vis de la sexualité :	18
e. Leur vie sexuelle et affective au regard de celle de leurs parents :	19
f. Leur vécu de la puberté :	20
g. Leur possibilité d'en parler avec la famille :	20

3. Leur santé sexuelle :	21
a. La qualité de leur santé sexuelle :	21
b. Leur 1 ^{er} rapport sexuel :	23
c. La qualité du 1 ^{er} rapport :	23
4. L'offre de soins et de prévention :	24
a. Les moyens de protection et de contraception :	24
b. La contraception d'urgence et les IVG :	25
c. Les IST :	25
d. Le médecin professionnel de santé référent :	25
e. L'offre d'information :	26
f. L'offre de prévention :	27
g. Le renoncement aux soins :	27
 Troisième partie	 28
1. Analyse des entretiens avec les jeunes	28
a. Tableau récapitulatif des attentes des jeunes interviewés :	28
b. Analyse de ce qui est dit par les jeunes :	28
c. Analyse de ce qui n'est pas dit par les jeunes :	31
d. Focus sur le renoncement au dépistage :	32
 Quatrième partie	 33
1. Présentation synthétique des entretiens avec les professionnels	33
a. L'évolution des attitudes et des comportements des jeunes :	33
b. Les besoins des jeunes au regard des perceptions professionnelles :	33
c. Les attentes des jeunes au regard des perceptions professionnelles :	34
d. Les problématiques récurrentes :	34
 Cinquième partie	 35
1. Analyse des entretiens avec les professionnels	35
a. Tableau récapitulatif des propositions professionnelles :	35
b. Analyse des entretiens avec les professionnels :	35
 Sixième partie	 39
1. Recommandations	39

Première partie

1. Définition de la santé sexuelle

Selon, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité. Ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits humains et les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis ».

La santé sexuelle doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction et la sécurité.

Pour ce faire, la santé sexuelle couvre les champs suivants :

- L'accès aux droits humains, le respect des genres et des sexualités,
- La promotion de la santé sexuelle par l'information, l'éducation, la communication et la formation à une santé sexuelle,
- L'information sur les dysfonctionnements et les troubles sexuels, leur prévention, dépistage et prise en charge,
- La prévention, le dépistage et la prise en charge des IST dont le VIH et les hépatites virales,
- La promotion de la santé reproductive (prévention de l'infertilité liée aux causes infectieuses, contraceptions, IVG et prévention des grossesses non désirées),
- La lutte contre les discriminations liées au sexe, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre,
- La prévention des violences sexuelles.

2. Contexte :

Afin de comprendre le contexte dans lequel l'étude exploratoire s'est déroulée, il est apparu essentiel de connaître et de répertorier les textes et dispositifs législatifs, réglementaires et territoriaux.

a. Contexte législatif

Au cours des dernières années, une série de mesures ont été adoptées, dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, élargissant les champs d'intervention de certaines professions comme les sages-femmes et de structures comme les centres de santé.

- **2012 : Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 :**
 - ✚ L'IVG est remboursée à 100% pour toutes les femmes quelle que soit la méthode utilisée,
 - ✚ Les contraceptifs ouverts au remboursement deviennent gratuits pour les jeunes filles de 15 à 18 ans,
 - ✚ Les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération sont dé-remboursées.
- **2014 : Loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes :**
 - ✚ La notion de « détresse » pour une femme souhaitant accéder à une IVG est supprimée,
 - ✚ Le délit d'entrave à l'IVG est élargi à l'entrave d'information sur l'IVG.
- **2015 : Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 :**
 - ✚ Le remboursement des examens liés à la prescription d'une contraception pour les mineures de plus de 15 ans est instauré.
- **2016 : Loi de modernisation du système de santé :**
 - ✚ Création des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD),
 - ✚ Suppression du délai de réflexion d'une semaine à respecter avant la réalisation d'une IVG,
 - ✚ Autorisation pour les sages-femmes de pratiquer l'IVG médicamenteuse,
 - ✚ Généralisation du tiers payant pour les femmes souhaitant accéder à l'IVG,
 - ✚ Habilitation pour les sages-femmes d'assurer le suivi d'une grossesse et de réaliser l'accouchement d'une mineure sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale,
 - ✚ Habilitation pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales.

b. Stratégie nationale :

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a été saisi par la direction générale de la Santé, en février 2015, sur les orientations à donner à une stratégie nationale de santé sexuelle. Un rapport, publié en mai 2016, pose les jalons d'une nouvelle politique de santé sexuelle et reproductive. Il souligne que son efficacité sera d'autant plus garantie qu'elle veillera à avoir un impact sur l'environnement physique (accès à l'offre et aux services), l'environnement socio-culturel (respect, non-discrimination) et les comportements individuels tout en s'attachant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Les recommandations du HCSP porte essentiellement sur 4 axes :

- ✚ **Une approche positive de la santé sexuelle non centrée sur le risque** mais sur la population avec une attention particulière pour les publics les plus en difficultés et/ou exposés à des risques spécifiques,
- ✚ **La place de l'éducation dès le plus jeune âge renforçant le respect de l'autre, l'égalité des genres, l'estime de soi et la non-discrimination,**
- ✚ **La création des CeGIDD** qui devrait améliorer la lisibilité de l'offre et leur évolution vers des centres de santé sexuelle,
- ✚ **La formation** des professionnels et des relais.

c. Contexte régional :

Le contexte régional fait aussi l'objet de mutations. **La loi Notre** de 2015 affirme les prérogatives accrues des régions mais le département reste la collectivité compétente pour promouvoir les solidarités et la cohésion territoriale. Ainsi le schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services de Charente-Maritime est à venir. La notion d'accessibilité est prise dans ses 7 dimensions : temps et facilité d'accès, disponibilité administrative, culturelle et sociale, coût et tarif, niveau de qualité, possibilité de choisir entre plusieurs opérateurs, image du service et perception de l'utilisateur.

En lien avec la réorganisation territoriale, **l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine** (ARS) a vu le jour en 2016. Au niveau départemental, il existe désormais un pôle d'animation territoriale et parcours de santé. Cela traduit une volonté de renforcer un ancrage de proximité. Mais les financements relèvent toujours d'une compétence régionale.

Le « Pass'contraception »

Par ailleurs, la Région Poitou-Charentes avait été la première région française à avoir créé en 2009 le « **Pass'contraception** » à l'attention des jeunes des lycées publics et privés, centres de formation des apprentis (CFA), maisons familiales et rurales (MFR) et établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA), en concertation étroite avec l'ensemble des partenaires concernés.

Le « Pass'contraception » offrait un droit à une consultation médicale d'accès à la contraception et non un accès automatique à la contraception. Il était remis au cas par cas et à la libre appréciation du professionnel de santé (scolaire ou libéral) ou de l'association spécialisée, dans une dynamique d'information, d'écoute, de conseil et d'accompagnement respectant l'anonymat des jeunes bénéficiaires.

Il était destiné aux jeunes filles de la région qui avaient des difficultés d'accès à la contraception et ce, quel que soit leur statut (collégiennes, lycéennes, apprenties, mineures sorties du système scolaire, ...).

Il se présentait sous la forme d'un « chéquier » ; chaque « Pass'contraception » comprenait différents coupons permettant la prise en charge, sur 6 mois, de 2 consultations médicales, d'une prise de sang et d'analyses médicales ainsi que la délivrance de contraceptifs (contraceptif oral, patch contraceptif, anneau vaginal, implant et stérilet).

Lors de chaque passage chez un professionnel de santé, la jeune fille remettait le coupon correspondant qui faisait office de paiement. Les professionnels de santé étaient ensuite remboursés directement par la Région (Etat des lieux Santé sexuelle et reproductive en Poitou-Charentes, IREPS, avril 2015).

Il n'y a pas eu d'évaluation globale du dispositif concernant les Pass'contraception mais les données de la CNAMTS ont révélé une faible utilisation de celui-ci, peut-être, parce qu'il était peu connu (Santé sexuelle et reproductive, Haut Conseil de la santé Publique, mars 2016).

Ce dispositif a été supprimé. Les structures disposant encore de Pass'contraception peuvent les utiliser jusqu'à épuisement mais ils ne sont pas renouvelés. La Région

Nouvelle Aquitaine a engagé, avec l'ARS, une réflexion pour la mise en œuvre de nouvelles actions. Celles-ci devraient être connues en juillet 2017.

d. Contexte local :

Le **Contrat Local de Santé de l'île d'Oléron**, signé en 2015, arrive à échéance en décembre 2017.

Il vise à renforcer les coordinations et les coopérations professionnelles autour des questions de santé pour faciliter l'accès à l'offre. La **santé sexuelle** y est définie comme étant **une priorité** ; celle-ci étant étayée par les perceptions partagées des professionnels du terrain concernant des problématiques en santé sexuelle spécifiques à l'île d'Oléron et à la pauvreté de l'offre en santé sexuelle.

Une **fiche action santé sexuelle** a été rédigée avec les objectifs suivants :

- ✚ Mettre en réseau les acteurs qui œuvrent dans le domaine de la santé sexuelle (mobilisation des professionnels, mise en place de réunions de réseau, réalisation d'un diagnostic),
- ✚ Faciliter le travail des infirmières scolaires (documents diffusés, supports pédagogiques mis à disposition, création de documents de communication/prévention et formations des professionnels),
- ✚ Accroître la présence de professionnels sur le territoire (permanences CPEF et CeGIDD, sages-femmes et consultation gynécologique...),
- ✚ Renforcer l'offre de formation en santé sexuelle (formations et ateliers outils pédagogiques en 2016),
- ✚ Mettre en place des actions de prévention et de réductions des risques en santé sexuelle auprès des jeunes les plus précarisés,
- ✚ Sensibiliser les professionnels de santé (médecins et pharmaciens...),

Ce qu'il faut retenir :

Des évolutions contrastées dans un environnement en mutation :

- ✚ **Un environnement législatif en évolution avec des avancées positives : élargissement des missions des sages-femmes et des CeGIDD, un accès facilité à l'IVG... ;**
- ✚ **Une réorganisation territoriale en œuvre avec un objectif de répartition plus équitable de l'offre de santé et de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé ;**
- ✚ **Des dispositifs territoriaux de santé au niveau local qui tendent à renforcer les coopérations entre les professionnels de santé (CLS) et favorisent la mise en œuvre de programmes de santé plus cohérents ;**
- ✚ **Un dispositif Pass'contraception supprimé sans une véritable évaluation et pour l'instant non remplacé ;**
- ✚ **Une centralisation des financements au niveau régional.**

3. Origine du projet

Le CLS de la communauté de communes de l'île d'Oléron intègre une fiche action santé sexuelle.

Un groupe de travail « Santé sexuelle de l'île d'Oléron » pilotée par la coordinatrice du CLS veille à l'opérationnalisation de la fiche action. Il est composé des représentants des associations et des institutions suivantes : BIJ (CDCIO), Service Enfance Jeunesse (CDCIO) CEPMO, lycée Bourcefranc, Conseil Départemental, Association Castel, PMI, Mission Locale, MDAJA, collège du Pertuis d'Antioche, collège Aliénor d'Aquitaine, CeGIDD de Rochefort...

La santé sexuelle a été jugée prioritaire sans que des données quantitatives soient venues étayer les perceptions partagées des professionnels locaux. Les professionnels de santé décrivaient « de multiples situations particulières » qui laissaient « les infirmières scolaires et la Mission Locale sans recours possible pour des situations néanmoins d'urgence ». Il était évoqué :

- ✚ Des jeunes dont les conduites à risques étaient répétées,
- ✚ Un « isolement » des jeunes déscolarisés et/ou en situation de précarité qui ne bénéficiaient pas d'actions d'information ou de prévention,
- ✚ Des problèmes de mobilité spécifiques pour les jeunes du fait du caractère insulaire d'Oléron,
- ✚ Des grossesses mineures en plus grand nombre qu'ailleurs,
- ✚ Une offre en prévention insuffisante : « manque de supports d'information, de relais et d'acteurs »,
- ✚ Une offre en santé sexuelle particulièrement pauvre : pas de permanence CPEF, pas de permanence CDAG, pas de gynécologue, une permanence avancée hebdomadaire peu accessible pour les jeunes du fait de sa journée de consultation (lundi).

La coordinatrice du CLS a demandé à l'IREPS de réaliser une étude exploratoire afin de mesurer la réalité des perceptions que les professionnels partageaient.

Tableau récapitulatif des objectifs de la fiche action « Santé sexuelle » du CLS de la CDC d'Oléron

Tableau 1 :

Déterminants de santé	Objectifs de la fiche action
Stratégie	Favoriser la dynamique d'un réseau santé sexuelle
	Finaliser un diagnostic sur l'accès à la santé sexuelle
Valeurs/normes	
Pratiques professionnelles	
Participation des familles	
Offre de prévention	Réaliser des supports de communication et de prévention Diffuser des brochures de prévention
Offre de santé	Augmenter la présence de professionnels de santé (gynécologues, CPEF, CeGGID, sages-femmes)
Offre de formation	Mobiliser des formateurs potentiels pour étoffer l'offre de formation
	Sensibiliser les professionnels de santé (médecins + pharmaciens)
	Mettre en œuvre une formation destinée aux professionnels de santé
Communication	
Environnement	
Mobilité	

4. Méthodologie

a. Choix de l'approche qualitative :

Afin d'accompagner le groupe de réflexion du CLS, l'IREPS a proposé de réaliser une étude exploratoire sur l'offre de santé sexuelle afin d'aider les acteurs locaux à adapter, renforcer l'offre de santé sur le territoire.

La coordinatrice du CLS, pilote du groupe « Santé sexuelle », et l'IREPS ont validé une démarche qualitative de l'étude. **L'enquête qualitative consiste à interviewer un petit nombre de personnes qui s'expriment longuement. Elle cherche à expliquer les logiques de représentation, d'action et d'argumentation en jeu. Elle cherche à comprendre les motivations des personnes, ce qui les fait décider, choisir, agir.**

b. Méthodologie de l'étude exploratoire :

Pour que l'étude sur l'offre en santé sexuelle et son accessibilité puisse être claire pour les institutionnels et les professionnels, une fiche action a été réalisée par l'IREPS et validée par le groupe de travail « Santé sexuelle ».

Objectif général :

Analyser l'accessibilité de l'offre en santé sexuelle (offre de soins et offre en information, prévention) pour les jeunes de l'île d'Oléron notamment pour ceux qui sont en insertion ;

Objectifs opérationnels :

1. Connaître l'offre de soins en santé sexuelle sur l'île d'Oléron ;
2. Connaître l'offre en matière d'information, prévention, d'éducation pour la santé sexuelle ;
3. Connaître la perception de jeunes de l'île concernant l'accessibilité de ces offres ;
4. Connaître la perception de professionnels accompagnant des jeunes de l'île sur leurs besoins et leurs demandes ;
5. Définir les évolutions possibles.

Etapes de l'étude :

1. Recherche sur les données de la littérature en santé sexuelle ;
2. Recensement des données sur l'offre en santé sexuelle de l'île (offre de soin et offre en matière d'information, prévention/éducation pour la santé) ;
3. Recueil de données concernant l'accessibilité de l'offre notamment pour les jeunes et les jeunes adultes en insertion (connaissance de leur vécu concernant l'offre en santé sexuelle) : une quinzaine d'entretiens ;
4. Recueil de données concernant l'accessibilité de l'offre en santé sexuelle auprès de professionnels interdisciplinaires : une quinzaine d'entretiens ;
5. Analyse et propositions d'évolutions possibles.

Pour les entretiens, tant auprès des jeunes que des professionnels, des guides d'entretien ont été réalisés et validés par le groupe. Ils permettaient de structurer les entretiens même si ceux-ci restent ouverts.

Les entretiens destinés aux jeunes exploraient différents aspects de leur vécu :

- ✚ Leur vie sur l'île et la perception qu'ils en avaient ;
- ✚ Leurs attitudes concernant leur santé sexuelle ;
- ✚ Leur vécu de la puberté ;
- ✚ Leur vécu sexuel et affectif ;
- ✚ Leur perception et leur vécu concernant l'information/prévention/éducation en santé sexuelle ;
- ✚ Leur perception et leur vécu concernant l'offre en santé sexuelle ;
- ✚ Le profil de la personne interviewée : son âge, son lieu d'habitation.

Les entretiens destinés aux professionnels portaient essentiellement sur les besoins et les demandes des jeunes, leur perception de l'offre en santé sexuelle et leurs suggestions pour l'améliorer :

- ✚ Leurs perceptions concernant les attitudes et les comportements des jeunes ;
- ✚ Leurs perceptions des besoins des jeunes ;
- ✚ Leurs perceptions de leurs demandes ;
- ✚ La récurrence de certaines problématiques de santé sexuelle ;
- ✚ Leur perception de l'offre en santé sexuelle ;
- ✚ Leurs suggestions.

Démarche éthique de l'étude exploratoire :

- ✚ Attitude bienveillante vis-à-vis des personnes ayant accepté l'entretien et respect de ce qui est dit ;
- ✚ Anonymat et confidentialité garantis ;
- ✚ Restitution des résultats de l'étude auprès de toutes les personnes ayant accepté l'entretien (jeunes et professionnels) : restitution publique et/ou mails avec les résultats de l'étude accompagnés d'un résumé.

Modalités d'inclusion pour les jeunes :

- ✚ Jeunes majeurs filles et garçons
- ✚ Vivant sur l'île d'Oléron
- ✚ Consentement du jeune pour participer à l'étude après présentation de celle-ci et de ses objectifs

Critères d'inclusion pour les professionnels :

- ✚ Professionnels du soin et de la santé
- ✚ Connaissant l'offre de santé de l'île
- ✚ Accompagnant des jeunes ou en contact avec eux
- ✚ Consentement des professionnels après présentation de l'étude et de ses objectifs

Calendrier des entretiens :

- ✚ Février-Avril 2017

Durée de l'étude :

Conception du protocole de l'étude	Déc.	Jan.	Fév.	Mar.	Avr.	Mai	Jui.	Jui.	Aou.	Sep.	Oct.
Grille entretien jeunes											
Passation entretiens jeunes											
Traitement entretiens jeunes											
Grille entretien professionnel											
Passation entretiens professionnels											
Traitement entretiens professionnels											
Réalisation d'un diaporama											
Restitution des résultats											
Réalisation d'un rapport											
Travail sur la priorisation des propositions											

c. Recrutement des jeunes :

Ce sont les professionnels impliqués dans le groupe de travail « Santé sexuelle » qui ont « recruté » les jeunes pour la réalisation des entretiens. Parmi ces derniers, certains d'entre eux ont « recrutés », eux-mêmes, des camarades parce qu'ils trouvaient l'étude intéressante. Une fois l'entretien accepté, les coordonnées téléphoniques étaient transmises à l'intervieweuse. Celle-ci a contacté les jeunes pour fixer un rendez-vous au jour et à l'heure qui leur convenaient. 17 jeunes ont accepté des entretiens. 15 d'entre eux les ont passés. Les rendez-vous ont eu lieu les mercredi après-midi et soir et les samedis. Le lieu de rendez-vous était choisi par les jeunes pour qu'ils se sentent à l'aise (cafés, salle de vie de leur logement, chambre, cuisine, terrasse de la maison familiale).

Les entretiens ont duré, en moyenne, 1h30. 12 ont été réalisés en face à face. Les 3 derniers ont fait l'objet d'un entretien téléphonique. Les jeunes se sont exprimés avec une grande facilité et sans aucune gêne :

« Tout ce que j'ai dit là, j'en aurais jamais parlé à un professionnel ; et d'abord, il s'y serait pas forcément intéressé ».

d. Recrutement des professionnels :

Il semblait important d'avoir le point de vue des professionnels impliqués dans le groupe de travail « Santé sexuelle », d'autant qu'ils travaillent dans des champs différents (éducatif, social, médical, coordination...). Mais il fallait aussi tenir compte des perceptions de professionnels « hors groupe de travail » notamment de certaines professions de santé : médecins généralistes libéraux, sages-femmes libérales, pharmaciens...).

Tableau 2 :

Infirmière	Sage-femme	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Pharmacien	Educateur	Conseiller d'insertion	Coordinateur /Responsable de service	Elu
2	3	1	2	1	1	1	3	1

14 professionnels ont accepté les entretiens : l'un d'entre eux était, à la fois, médecin spécialiste et élu. Parmi ceux-ci, 11 professionnels étaient en contact direct avec des jeunes. Les entretiens duraient, en moyenne, 30 minutes.

Deuxième partie

1. Analyse des données quantitatives concernant les jeunes de l'île d'Oléron

a. Quelques données démographiques :



Une communauté de communes :

- 8 communes ;
- 21 915 habitants ;
- Un solde naturel négatif compensé par un solde migratoire positif ;
- Des marais qui couvrent 36% de la surface du territoire ;
- Des boisements qui couvrent 21% de la surface de l'île ;
- Un bâti qui couvre entre 5 à 6% de la surface du territoire.

Données issues des statistiques INSEE 2013 et du Tableau de bord Santé-Social de l'ancienne région Poitou-Charentes, 2016, ORS Poitou-Charentes

	1999	2010
Ile d'Oléron	55	45
Bassin de Marennes	55	68
Pays Marennes - Oléron	55	53
Charente-Maritime	79	88.6

Sur Oléron, il y a 45 jeunes (de moins de 20 ans) pour 100 personnes âgées (de 60 ans et plus)

Indice de jeunesse de la population de l'île d'Oléron

L'île d'Oléron est caractérisée par un vieillissement de sa population qui contribue à la diminution des ménages et un indice de jeunesse qui continue à diminuer ; *Programme Local d'Habitat de l'île d'Oléron, bilan intermédiaire, 2011-2013*

Les jeunes d'Oléron :

Il est difficile d'obtenir des données cohérentes pour quantifier, de manière exacte, la population des jeunes de 0 à 29 ans. Selon leur catégorisation, (tranches d'âge, statut, qualification...), ils sont comptabilisés par des organismes différents (collectivité, Education Nationale, INSEE...), voire ils ne font l'objet d'aucune comptabilisation quand ils sont, socialement invisibles.

Une population d'environ 5700 jeunes de 0 à 29 ans.

- 854 jeunes de 0 à 5 ans* ;
- 1473 jeunes de 6 à 10 ans** ;
- 869 jeunes de 11 à 15 ans** ;
- 2510 jeunes de 15 à 29 ans*** ;

* Tableau de bord santé-social des CLS de l'ancienne région Poitou-Charentes 2016 ORS

** Inspection académique Charente-Maritime, 2016, sites Internet des établissements scolaires

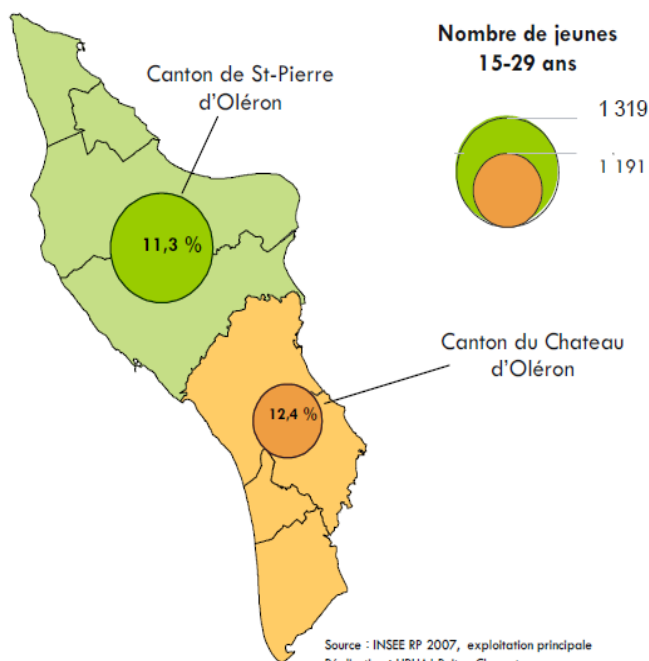
*** URHAJ Poitou-Charentes 2007

- 15 écoles maternelles et primaires ;
- 2 collèges ;
- 1 centre expérimental pédagogique ;

Annuaire des écoles, Ministère de l'Education Nationale

Les jeunes de 15 à 29 ans :

b) Les jeunes sur le territoire de l'île d'Oléron



La population des 15-29 ans ne représente que 12% contre 13,5% sur la CDC de Marennes et près de 16% sur la Charente-Maritime ; URHAJ Poitou-Charentes 2007 ;

La répartition des jeunes est assez homogène sur les 2 cantons ;
Le niveau de formation sur le territoire est + faible qu'aux échelles départementale et régionale ;

Plus de 70% des jeunes ont un niveau < ou = au CAP-BEP (66% en PCH) ;
13% ont un niveau post bac (18% en PCH)
Néanmoins, la tendance est à une amélioration du niveau de formation.

Les jeunes et la précarité :

La précarité est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Conférence de Loudun du 22 novembre 2006, dans le cadre de la semaine de solidarité internationale - PRAPS Poitou-Charentes 2011- 2016).

De ce point de vue, **les apprentis, les jeunes déscolarisés, les étudiants ayant un emploi saisonnier...semblent cumuler les insécurités malgré leur fort taux d'activité (64%) :**

- + Du fait de leur faible niveau de formation et de qualification ;
- + Du fait de leur faible niveau de revenus ;
- + Du fait d'un accès à un logement autonome compliqué (peu de petits logements et fort taux de résidences secondaires) ;
- + Du fait du tissu économique de l'île (TPE, PE => emplois peu qualifiés) ;
- + Du fait du bassin d'emploi restreint ;
- + Du fait d'une économie saisonnière...

Mais cette précarité, selon qu'elle soit subie ou choisie, peut ne pas être vue comme un handicap et peut même constituer un mode de vie pour certains jeunes : « Ce sont les jeunes qui s'accommodent le plus de cette situation en développant « des comportements particuliers excluant les projets à long terme et la notion de parcours professionnel », *Tourisme et chômage sur le littoral : le cas de la Charente-Maritime, Solange Montage-Villette, I.E.E.M. P. 656.*

Ce qu'il faut retenir :

Les jeunes (minoritaires par rapport aux personnes âgées) ont un niveau de formation plus faible qu'à l'échelle départementale et régionale, même si leur niveau de formation augmente. De ce fait, une partie d'entre eux est précarisée même si cette précarité peut être assimilée à un mode de vie. Concernant l'étude exploratoire, seul 1 jeune interviewé cumule une insécurité financière avec des insécurités familiales et sociales.

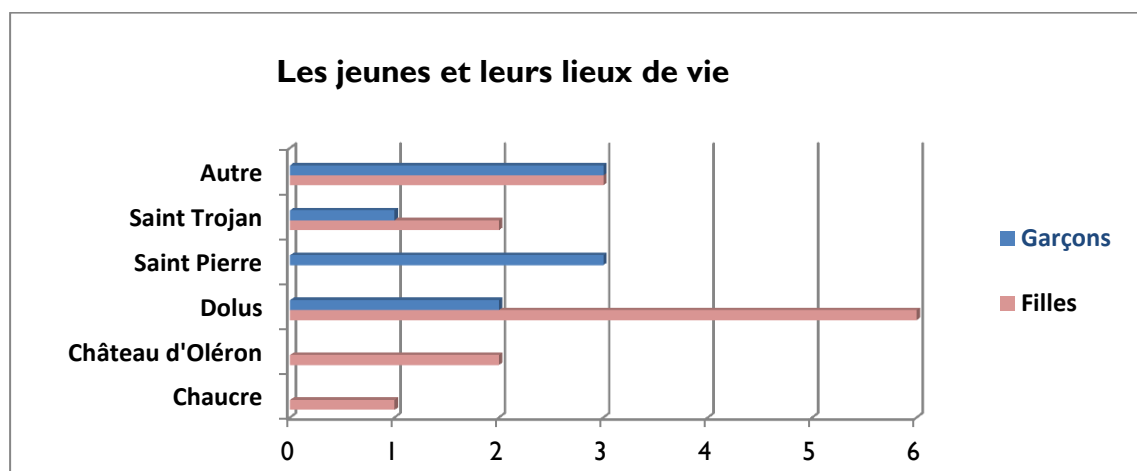
2. Présentation synthétique des contenus des entretiens avec les jeunes

a. Répartition géographique des jeunes sur le territoire :

Tableau 3 :

Nbre jeunes interviewés	15	Château d'Oléron	Saint Trojan	Dolus	Saint Pierre	Chaucre	Autres
Filles	10	2	2	6		1	3
Garçons	5		1	2	3		3

Graphique 1 :



Ce qu'il faut retenir :

- Les jeunes interviewés habitent majoritairement sur le sud de l'île, en général chez leurs parents. Mais ils peuvent avoir 2 domiciles quand leurs parents sont séparés ou quand ils font des études en dehors de l'île ;
- 5 d'entre eux ont une activité salariée, 3 sont des étudiants (La Rochelle, Bordeaux et Poitiers) et 8 sont des lycéens (6 : CEPMO, 1 : lycée Bourcefranc, 1 : MFR) ;
- Les 2/3 sont des filles (pour les besoins de l'étude, une majorité de filles était souhaitable notamment pour ce qui relevait de l'accès aux soins, à la contraception (et contraception d'urgence) et à l'IVG...)**
- Tous ont une couverture médicale ;
- Aucun n'a évoqué de problème de mobilité. 9/15 disposent d'une voiture ; 6/15 n'ont pas de voiture ; 4/15 sont en train de passer le permis. Ceux qui n'ont pas de véhicule se déplacent en bus, font du stop et/ou sont accompagnés par leurs parents ;
- Les jeunes en situation de précarité sont sous-représentés : il y en a 1/15.**

b. Leur perception de l'île :

Attachement fort au territoire...

- « Je veux rester sur le territoire ; c'est sauvage. C'est tranquille hors saison. Il y a la nature ; le surf et la sérénité » ;
- « On est bien sur notre île ; Oléron est le point de repère » ;
- « Il y a un esprit insulaire : la solidarité est bien plus développée... » ;
- « Quand on va ailleurs... on va sur le continent » ;

✚ ...Qui constitue un cadre sécurisant et intégrateur... :

« Il y a une ambiance famille » (11/15 ont une ou plusieurs générations familiales sur place) ;

« On connaît toutes les bandes de copains » ;

« On va chez l'une ou chez l'autre. Quand on fait des études, on est séparé mais on se retrouve le weekend » ;

« Je m'y sens bien. Tout le monde se connaît. C'est petit. Il y a toujours des occupations » ;

✚ ...Un peu enfermant pour certains :

« Ca se passe bien mais c'est un peu un piège » ;

« L'hiver, il n'y a rien. Tout est fermé » ;

« Mon avenir ne sera pas à Oléron puisque je pars l'année prochaine à Bordeaux pour faire un BTS et puis après, l'étranger j'espère » ;

Ce qu'il faut retenir :

Les jeunes aiment l'île pour son atmosphère « insulaire » et familiale et parce que, pour la plupart, ils y ont leurs parents, leurs amis et leurs activités. Mais ceux qui font des études supérieures, savent qu'elle ne leur offre pas l'avenir auquel ils aspirent. Ils envisagent de partir, et de revenir fréquemment.

c. Situation affective et sexuelle des jeunes :

Tableau 4 :

	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans	22 ans	23 ans
Filles	1	1	5	1		2	
Garçons		1	1		1		2
15	1	2	6	1	1	2	2

Il avait été recommandé de ne solliciter que des majeurs pour des questions pratiques, l'autorisation parentale nécessitant des délais supplémentaires.

Tableau 5 :

Situation affective et sexuelle	Sexuellement actif	Sexuellement inactif	Sans expérience sexuelle
Couple	10		
Célibataire	2		1
Relation amoureuse		1	
Rupture amoureuse	1		

Tous les jeunes, sauf 1, étaient ou avaient été sexuellement actifs depuis 2 à 4 ans. L'une d'entre eux venait de démarrer une relation affective. Elle n'avait pas encore de rapport sexuel avec son amoureux mais elle avait été sexuellement active antérieurement.

d. Leurs attitudes/opinions vis-à-vis de la sexualité :

✚ Des opinions fondées sur l'intériorisation des représentations ou des normes culturelles en vigueur :

« Il y a une autorisation pour les garçons qui n'existe pas pour les filles : les garçons peuvent avoir 20 ou 30 filles dans le mois » (fille) ;

« Pour avoir un rapport, je dois être amoureuse » ;

✚ Des opinions différenciées selon leur genre et les assignations sociales :

« Les filles sont plus consciencieuses. Elles sont conscientes de ce qu'elles font. Elles ont plus de respect envers elles que les hommes. Ce sont les filles qui se protègent le plus parce qu'elles ont peur de tomber enceintes » ;(fille)

« L'homme est plus « bestial », animal. Il pense au sexe » ;(fille)

« La femme a des désirs différents de ceux de l'homme. Les filles préfèrent la sensualité, la douceur. Les garçons, c'est plus brutal » ;(fille)

« La confiance mutuelle ; un minimum d'affinités psychologiques. Il n'y a pas que l'attrait sexuel » ;(garçon)

« L'amour, la confiance. La fidélité, c'est important » ;(fille)

« Je sais pas. C'est vrai que j'ai jamais eu de relation vraiment sérieuse. Moi, c'était pour m'amuser. C'était quand il y avait un bon feeling. C'est sur le moment, c'est ça » ;(garçon)

« Il y a des relations courtes qui n'ont pas d'importance. C'est quand je suis bourré » ;(garçon)

« Les filles, elles voient plutôt sur le long terme. Je n'ai pas trouvé de relations longues » ;(garçon)

« Les filles et les garçons sont vraiment différents dans l'expression de leurs émotions. Ils n'en parlent pas. C'est pour ça que je m'entends bien avec J.... Il m'écoute » ;

« Même pour se protéger, c'est la fille qui en parle. Le garçon, il peut le faire sans préservatif, même la 1^{ère} fois » ;

✚ Une pression du groupe ou du partenaire « pesante »... :

« J'ai couché à 15 ans pour la 1^{ère} fois. Je l'ai fait pour être à la hauteur des autres. Ça a été une mauvaise expérience » ;(fille)

« Aujourd'hui, il y a plus de limites. Le regard de l'autre, ça peut aller loin. Un copain a dit que sa copine mouillait vite. Tout le monde se le racontait. Ça peut gâcher une vie d'ado » ;(garçon)

« J'avais peur du regard de l'autre... » ;(garçon)

« On le fait pour faire plaisir. C'est difficile de dire « Non ». On a peur que ça les dérange. De passer pour la débutante » ;

« C'est lui qui m'a proposé de le faire et je me suis dit : « Ouais, vas-y, le pauvre, tu l'as tellement fait galéré » ;

✚ ...Mais aussi une indépendance par rapport au groupe ou au partenaire :

« Moi, j'ai été vraiment une des dernières à le faire dans mon groupe de copines. J'ai pris mon temps, je me suis pas forcée » ;

Ce qu'il faut retenir :

Les jeunes d'Oléron, comme tous les autres, sont insérés dans une culture, des assignations sociales, une éducation, la pression de leurs pairs... On peut néanmoins se demander si celle-ci ne pèse pas plus lourd sur l'île du fait de son insularité et de sa ruralité. L'ensemble de ces facteurs déterminent leur construction identitaire.

e. Leur vie sexuelle et affective au regard de celle de leurs parents :

✚ Un accès à la sexualité facilité par rapport à celui de leurs parents :

« Les parents avaient moins de partenaires. La sexualité avait plus d'importance » ;

« Pour les parents, c'est plus tabou. Il se passait les mêmes choses mais plus cachées » ;
 « Ma grand-mère est tombée enceinte. Elle l'a caché. Sa mère la forçait à se taper sur le ventre » ;
 « Aujourd'hui, c'est plus facile de faire des rencontres, plus facile de parler aux autres, plus facile de faire des expériences » ;
 « Ils n'avaient pas accès à des informations comme nous. Moi, j'ai eu des bouquins : l'encyclo des filles. Et puis, on a accès à Internet. Moi, j'ai eu juste à taper : « comment prendre la pilule sans l'autorisation de ses parents ? » pour savoir ce qu'il fallait faire » ;

Ce qu'il faut retenir :

Les jeunes sont conscients d'avoir plus de liberté que leurs parents, même si 2 d'entre eux ont évoqué la génération de leur parents comme étant la génération du SIDA, avec les obligations de protection et les précautions que cela entraînait. L'accès à l'information est facilitée, à l'école, auprès de leurs parents, auprès de leurs éducateurs mais elle est centrée, presque exclusivement, sur les risques et les dangers qu'il faut éviter à tout prix.

f. Leur vécu de la puberté :

+ De la gêne...

« Moi, je l'ai très mal pris. J'ai été surprise : j'avais 11 ans. Je m'attendais pas à avoir mes règles avant la 4^{ème} » ;
 « Un peu de gêne au début. On sait pas si on doit se raser ou pas » ;
 « J'ai commencé à avoir de la poitrine et comme je traînais beaucoup avec les garçons, ils n'ont plus eu le même regard sur moi. Ils se moquaient : « Ah, t'es une pucelle !... » ;

+ ...De l'indifférence...

« J'étais indifférente, j'étais informée par ma mère sur l'utilisation des tampons » ;
 « J'ai pas remarqué la puberté. Tout n'est pas arrivé d'un coup. C'est arrivé par étapes » ;
 « De l'indifférence et du plaisir : c'était la découverte des plaisirs solitaires » ;

+ ...De la fierté...

« Je le disais à tout le monde ; j'étais une grande fille. J'étais à la limite de montrer ma culotte à tout le monde » ;
 « Une notion de plaisir. On s'intéresse plus aux filles. La fierté forcément au niveau des potes » ;
 « Ca me faisait plaisir : avoir des petits nénés qui pointaient, du poil sous les bras... Je me souviens où ça s'est passé pour mes règles. Ma mère m'en avait parlé ; j'étais super contente » ;

g. Leur possibilité d'en parler avec la famille :

+ La puberté mieux vécue quand elle est parlée :

« Ca m'a pas perturbée. Je vivais avec ma grande sœur qui était passée par là et j'étais préparée » ;
 « Sur le moment, ma sœur et ma mère m'ont aidée » ;
 « J'en ai parlé avec mon père. Mon éducation a été faite par la famille et les bouquins : le guide du zizi sexuel et des recherches plus poussées sur la relation à l'autre » ;
 « J'étais gênée parce que je savais pas ce que c'était les règles » ;

« J'étais en colère. Je trouvais ça un peu fou. J'ai eu une longue période de conflit avec ma mère » ;

« J'avais besoin d'en parler mais je l'ai pas fait. Mes copines, elles trouvent ça (la puberté) génial... Moi pas, donc je suis pas normale » ;

Ce qu'il faut retenir :

Le vécu de leur puberté se traduit par des ressentis diversifiés qui vont de la gêne à la fierté en passant par l'indifférence mais qui dépendent essentiellement de ce qu'ils en connaissent avant de la vivre et de la possibilité qu'ils ont d'en parler et de partager leurs interrogations et leurs émotions avec leur famille parce qu'elle reste une interlocutrice très importante à cette période.

Zoom sur les chiffres du Poitou-Charentes :

En Poitou-Charentes, globalement, 79% des élèves ont déclaré parler facilement de choses préoccupantes avec au moins un adulte, qu'il s'agisse du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère ; Comportements et ressentis des élèves de Poitou-Charentes en 2014, ORS Poitou-Charentes.

3. Leur santé sexuelle :

a. La qualité de leur santé sexuelle :

✚ La majorité des jeunes interviewés considère être en bonne santé sexuelle (11/14) :

« Je suis très proche de ma partenaire. On a une grosse relation de confiance. On discute assez bien. On a les mêmes envies, les mêmes implications.... » ;

« Tout se passe bien avec la personne que j'ai rencontrée ; c'est cool » ;

« Ça fait un petit moment que je suis avec mon copain. On commence à bien se connaître. Je me sens moi-même donc je suis bien » ;

✚ Pour tous, sauf 1, une vie affective de qualité va de pair avec une vie sexuelle de qualité :

« Par expérience, si ça va bien dans le couple, ça va bien au lit et inversement » ;

« Vie affective et sexuelle : je relierais les 2. Ça va plus ou moins ensemble » ;

« J'ai une relation depuis 5 mois. Ça se passe bien. C'est une relation épanouissante. Je ne parle pas de ma vie sexuelle. C'est compliqué d'avoir une vie sexuelle satisfaisante. Elle est un peu décevante... » ;

✚ 2 d'entre eux considèrent ne pas être en bonne santé sexuelle :

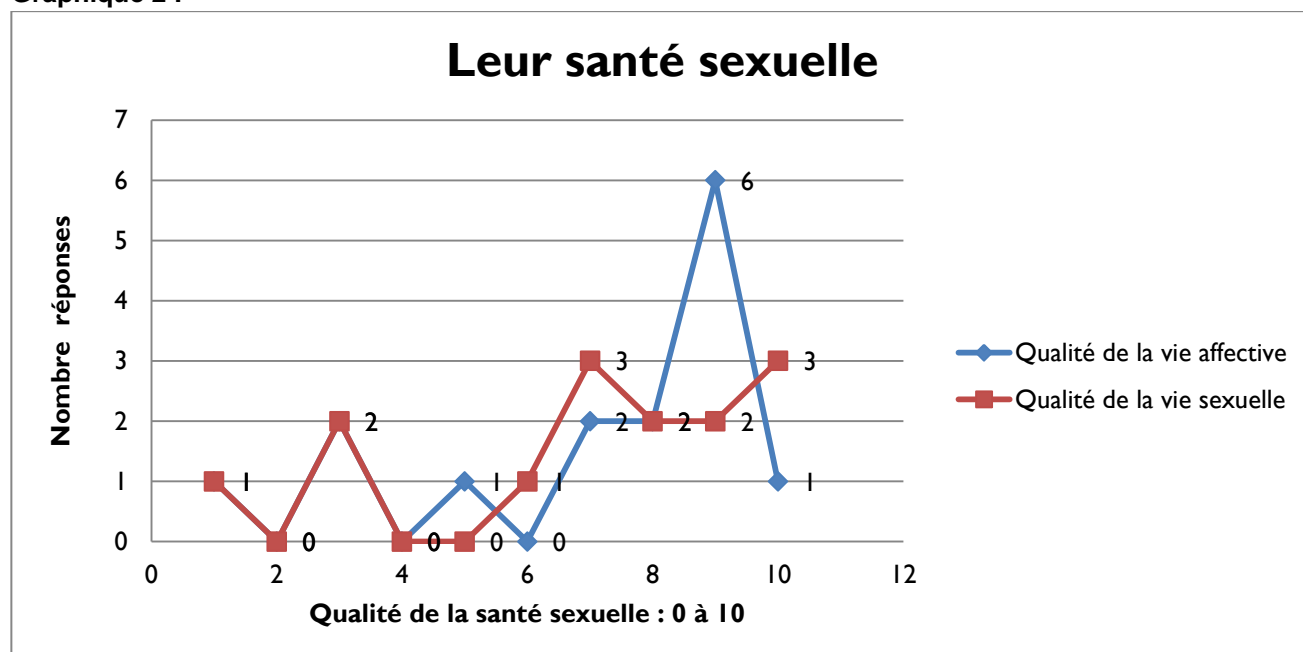
« J'ai eu 2 coups d'un soir mais j'ai un peu honte. C'est un peu pas normal. Il y a un malaise. Ces coups, c'est un non-choix » ;

« La 1^{ère} pensée qui me vient, c'est : « Ça me fait chier, j'ai pas envie, je suis bourré. C'est des coups d'un soir » ;

Tableau 6 :

Echelle de qualité de leur santé sexuelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	T
Très insatisfaisante											Très satisfaisante
Qualité Vie affective	1		2		1		2	2	6	1	14
Qualité Vie sexuelle	1		2			1	3	2	2	3	14

Graphique 2 :

**Ce qu'il faut retenir :**

11 jeunes disent avoir tout à la fois une bonne qualité de vie affective et sexuelle. La qualité de leur vie affective est particulièrement élevée avec un pic de 9/10 pour 6 d'entre eux. La qualité de leur vie sexuelle est bonne mais la tendance est plus lissée. C'est tout à fait compréhensible car cette dernière nécessite un apprentissage. La qualité de leur santé sexuelle est liée à la qualité de vie du couple qu'ils forment et à sa stabilité. Le « coup du soir » est jugé, par ceux-là même qui en ont, comme une pratique non acceptable.

b. Leur 1^{er} rapport sexuel :

✚ Ce premier rapport sexuel a eu lieu à l'âge de 15 ans en moyenne.

✚ Le 1^{er} rapport, un acte symbolique important :

« Il y avait la petite appréhension de la découverte, le fait qu'il allait falloir essayer de faire bonne figure. J'étais un peu fébrile » ; (garçon)

« Ca s'est bien passé mais j'ai pas battu des records » ; (garçon)

« J'étais en train d'observer ce qui se passait. « Ca y est, c'est fait : je sais faire le gros du travail » ; (garçon)

« Se mettre à nu la 1^{ère} fois, c'est difficile. Peur de paraître inexpérimentée aussi. Peur de comment on va être perçue » ; (fille)

« J'avais peur de montrer que c'était la 1^{ère} fois et que je n'étais pas très douée » ;

Ce qu'il faut retenir :

Le 1^{er} rapport sexuel est envisagé comme un « passage à l'acte obligé » pour les garçons et les filles. C'est l'acte symbolique qui permet de s'affirmer en tant qu'adulte. Mais il est vécu différemment. Pour les garçons, c'est un rite, une initiation et ils craignent leurs manques de performances. Les filles, elles, sont tiraillées entre une double contradiction : ne pas paraître inexpérimentée mais ne pas paraître trop expérimentée non plus.

Zoom sur les chiffres du Poitou-Charentes :

En Poitou-Charentes, l'âge du 1^{er} rapport sexuel le plus fréquemment cité est 14 ans (45% des élèves ayant déjà eu un rapport sexuel dans la vie) puis 15 ans (23%) ; Comportements et ressentis des élèves de Poitou-Charentes en 2014, ORS Poitou-Charentes

c. La qualité du 1^{er} rapport :

« Très bonne 1^{ère} relation. J'ai pas eu mal. La personne a été compréhensive » ;

« C'était super. Ca s'est passé comme ça. C'était pas calculé » ;

« Ca s'est très bien passé. C'est rentré comme une lettre à la poste » ;

« On avait même préparé. On avait été à la pharmacie pour chercher des préservatifs » ;

« Un peu stressée parce que ça allait faire mal » ;

« J'avais peur d'avoir mal et d'être mal protégée même avec un préservatif. J'avais peur d'être enceinte » ;

Ce qu'il faut retenir :

Si ce 1^{er} rapport s'est, en général, bien passé, les filles en sont étonnées. En effet, il suscite des craintes : peur de la douleur, peur d'être enceinte, peur des IST, peur d'avoir un préservatif qui craque, peur que les parents « le sachent »...

Zoom sur les chiffres du Poitou-Charentes :

En Poitou-Charentes, pour les ¾ des élèves ayant eu un rapport sexuel, le moment auquel s'est arrivé n'a pas posé de problème : 42% jugent que ça s'est passé au bon moment et 33% ne se sont pas posés la question ; Comportements et ressentis des élèves de Poitou-Charentes en 2014, ORS Poitou-Charentes

4. L'offre de soins et de prévention :

a. Les moyens de protection et de contraception :

« Pas de protection...Je me suis dit qu'elle avait 4 ans de plus que moi, elle savait ce qu'elle faisait » ;

« J'ai la pilule. Mais je n'aime pas » ;

« Je prenais la pilule sans rigueur ; j'oubliais et puis il y a eu la capote qui craque » ;

« Je prenais la pilule » ;

« Je prenais la pilule et un préservatif »

« Oui, J'avais un préservatif. Pour les préservatifs gratuits, c'est le BII. Autrement, c'est les supermarchés » ;

Ce qu'il faut retenir :

13 des jeunes (sur 14) ont eu leur 1^{er} rapport sexuel protégé. Ce sont les filles qui prennent en charge la protection et/ou la contraception. Les modes de protection et/ou de contraception les plus utilisés sont les préservatifs, la pilule ou l'implant. Il se dégage un discours récurrent concernant les moyens de contraception : ceux qui comportent des hormones ne sont pas « naturels » et ils modifient l'état émotionnel. Les filles recherchent des solutions alternatives et privilégient de plus en plus le stérilet au cuivre.

Zoom sur les chiffres du Poitou-Charentes :

Près de 80% des élèves de 4^{ème}, 3^{ième}, 2^{nde} ayant déjà eu un rapport sexuel ont utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel. Près de 40% ont déclaré avoir utilisé la pilule. Ainsi plus de 90% ont utilisé au moins un des deux moyens ou les deux (26.2%) ; Comportements et ressentis des élèves du Poitou-Charentes en 2014, ORS Poitou-Charentes

La pilule, un discours récurrent :

« J'ai la pilule. Mais je n'aime pas. Ca a une influence sur mon humeur et ce n'est pas naturel. C'est des hormones. C'est pour ça, je ne veux pas d'implant, non plus » ;

« Je prenais la pilule sans rigueur ; j'oubliais et puis il y a eu la capote qui craque. J'ai essayé l'implant mais ça modifie mon humeur. C'est des médicaments » ;

« Oui, le stérilet est un peu plus naturel que la pilule » ;

Avec la recherche de solutions alternatives :

« Je suis en train de réfléchir à un stérilet. J'en ai parlé à mon médecin » ;

« Je veux un stérilet cuivre » ;

« Oui, les filles, ce qui les gêne, c'est de prendre quelque chose chaque jour. Alors le stérilet... » ;

« Avec la pilule, j'avais des migraines. Une gynécologue à Paris m'a donné l'anneau vaginal » ;

Ce qu'il faut retenir :

Les jeunes filles veulent choisir. Pour cela, elles s'informent, généralement sur Internet. Elles établissent un dialogue avec leur médecin. Elles veulent passer d'une position de consommatrice à une position de consom'actrices.

b. La contraception d'urgence et les IVG :

*« Je prenais la pilule, mais je l'oubliais. J'ai pris 6 fois la pilule du lendemain » ;
« Je suis allée voir le médecin avec ma mère à 15 ans. Il m'a dit que j'étais trop jeune pour avoir des relations sexuelles. Je suis repartie sans pilule. J'ai pris une fois la contraception d'urgence « par sécurité » » ;*

Ce qu'il faut retenir :

Tous les jeunes interviewés connaissaient la contraception d'urgence, au moment de l'entretien, même si l'un d'entre eux a dit n'en avoir entendu parler qu'après une IVG. Certains ont signalé avoir été mal accueillis par le pharmacien quand ils sont allés l'acheter.

2 jeunes filles (sur 10) ont eu recours à l'IVG chirurgicale.

Zoom sur les chiffres du Poitou-Charentes :

En Poitou-Charentes, l'IVG médicamenteuse est peu pratiquée dans le cadre de la médecine de ville, alors qu'une enquête réalisée auprès des médecins libéraux montre que 22% des médecins expérimentés pour réaliser des IVG seraient intéressés par la pratique de cette activité ; Com'Stat n°4, septembre 2009, Les IVG en 2008, Etat des lieux et prise en charge en Poitou-Charentes

c. Les IST :

*« Elle avait la pilule, je n'ai pas pensé aux maladies » ;
« J'ai eu un chlamydia »
« Pour les IST, il n'y a pas de signe, donc on laisse tomber. Je sais que c'est pas bien mais j'ai peur des prises de sang » ;
« J'ai toujours pas fait de dépistage... et pourtant, ouais, j'ai eu plusieurs relations en même temps » ;
« J'ai renoncé à un test de dépistage. Je ne l'ai jamais fait. Je sais qu'il faudrait que je le fasse. Il y a un labo, à Saint Pierre, derrière la gendarmerie. J'ai trop peur du résultat » ;*

Ce qu'il faut retenir :

Si 2 filles se sont fait dépister, aucun garçon ne s'est fait dépister alors que s'ils n'avaient pas tous pensé aux IST au moment du rapport sexuel, ils ont tous pensé aux risques encourus après. Les raisons invoquées sont variées (nécessité d'aller chez le médecin pour avoir une prescription alors qu'il n'y a pas de symptômes, peur de la prise de sang, un seul laboratoire d'analyses médicales sur l'île).

d. Le médecin professionnel de santé référent :

*« Mais Mme S..., ça va. Et puis c'est une femme » ;
« Le médecin, je veux que ce soit une femme » ;
« Mon médecin, elle prend sans rendez-vous : j'ai besoin d'aller la voir, je la vois dans la journée » ;
« Il me prend dans la semaine » ;
« Pour le gynéco., il faut un mois et il est très moralisateur » ;
« ... Et puis, le gynéco, il est vieux... » ;
« Moi, quand je veux pas que le médecin parle à ma mère, je lui dis : « Ne le dites pas à ma mère » ;*

Ce qu'il faut retenir :

7 filles (sur 10) déclarent aller chez le médecin généraliste. C'est le référent santé unique pour le suivi de leur santé sexuelle. Nombre d'entre elles vont chez celui de la famille, ce qui n'est pas sans poser de questions : crainte que ce dernier répète des « choses » aux parents, même si elles savent qu'il est soumis au secret médical... Elles disent préférer que ce soit une femme et avoir des RV rapides : l'une d'entre eux a été citée à plusieurs reprises car elle reçoit sans rendez-vous et a l'habitude des petits actes gynécologiques (**examen gynécologique, frottis...**). **2 filles mentionnent le CPEF.** L'une y a un suivi dont elle est très satisfaite, l'autre y est allée de manière ponctuelle mettant en cause l'accueil reçu.

Aucun des jeunes ne connaissait le dispositif « Pass'Contraception ».

La permanence gynécologique de l'hôpital n'est jamais mentionnée non plus.

Zoom sur les professionnels de santé locaux :

Sages-femmes : 2

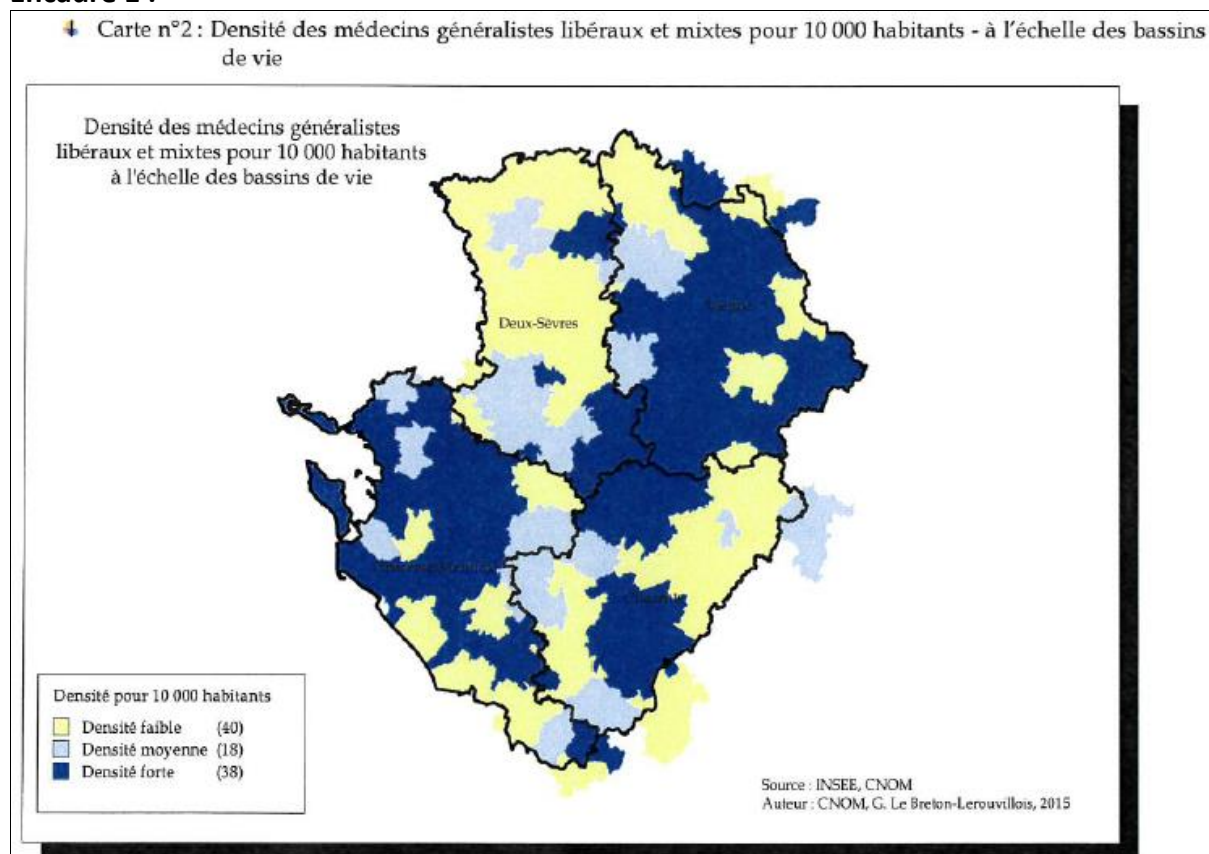
Gynécologue : 1 permanence hebdomadaire

Médecins généralistes : 28

Le nombre de médecins généralistes est resté stable de 2007 à 2015 (INSEE, FINESS, 2015)

La densité médicale est forte sur l'île d'Oléron (INSEE, FINESS, 2015)

Encadré 1 :



e. L'offre d'information :

« Avec Internet, on a les informations qu'on veut » ;

« Je me suis sentie informée et je l'étais beaucoup plus que les autres » ;

« Mes parents m'en ont parlé. Après, j'en ai parlé avec mon frère, mes potes » ;

« J'ai été informée par mes mauvaises expériences » ;
« Je suis un mec : ça me concerne pas ; c'est une histoire de filles » ;

Ce qu'il faut retenir :

En dehors de la dernière remarque qui n'est pas représentative du discours des jeunes, ceux-ci se sentent informés. En général (et en lien avec ce qu'ils disent de leur vécu de la puberté), ils le sont par leurs parents, leurs amis, les infirmières scolaires.... De plus, ils savent où chercher l'information : le plus généralement via Internet.

Zoom sur les chiffres du Baromètre santé 2010 (Les comportements de santé des jeunes) :

Pour la quasi-totalité des thèmes proposés, la majorité de personnes interrogées se déclarent bien informées, ce qui constitue globalement une satisfaction. Les thèmes sur lesquels le sentiment d'information des jeunes apparaît très élevé (entre 88% et 93%) sont ceux du tabac, de l'alcool et de la santé sexuelle (en particulier la contraception et le SIDA).

f. L'offre de prévention :

« Au lycée, il y a eu des interventions avec des personnes de l'extérieur. Mais franchement, on était déjà renseigné. On n'apprenait pas grand-chose. On faisait les timides et personne ne posait des questions, ou alors, on posait des questions ridicules pour faire rigoler » ;

« En 4^{ème}, la prof. de SVT faisait une intervention sur l'appareil reproducteur... C'est comme ça qu'on dit ? » ;

« On a eu un cours sur les maladies + comment mettre le préservatif » ;

« J'ai travaillé sur la plaquette du CEPMO. Ca m'a aidée. J'ai, à peu près, toutes les informations qu'il faut » ;

Ce qu'il faut retenir :

Presque tous les jeunes interviewés ont eu 1 à 2 interventions au collège et/ou au lycée. Les principaux thèmes traités sont l'appareil reproducteur et les IST. Ces interventions sont centrées sur les maladies et les risques. Les jeunes ne veulent pas « de cours » et des adultes qui donnent toujours leur avis et qui sont indiscrets » ou « qui font la morale ».

g. Le renoncement aux soins :

« Souvent les professionnels, quand on va vers eux, ils nous regardent plus du même regard. Du coup, on va pas vers eux. Un planning m'a dit : « Vous êtes inconsciente » ;

« Je suis allée voir le médecin avec ma mère quand j'avais 15 ans pour avoir la pilule. Il m'a dit que j'étais trop jeune pour avoir des relations sexuelles et je suis repartie sans pilule » ;

« J'ai renoncé à faire un test de dépistage. Je n'ose pas y aller parce que j'ai peur du résultat » ;

« J'ai renoncé à un frottis parce que j'avais pas les moyens. J'ai plus envie d'aller chez le médecin. Je sais comment ça se passe. C'est un coût et ça sert un peu à rien » ;

Ce qu'il faut retenir :

3 jeunes ont renoncé, à un moment donné, à aller voir un professionnel de santé. La raison financière n'est évoquée qu'une seule fois (par le jeune le plus vulnérable). Les raisons qui freinent le recours aux professionnels de santé reposent essentiellement sur l'attitude de ces derniers : elle est ressentie comme peu bienveillante.

Troisième partie

1. Analyse des entretiens avec les jeunes

a. Tableau récapitulatif des attentes des jeunes interviewés :

Tableau 7 :

Déterminants de santé	Attentes des jeunes
Stratégie	
Valeurs/normes	Savoir gérer la pression du groupe
	Avoir une relation fille/garçon + égalitaire
	Avoir des adultes bienveillants
Participation des familles	
Prévention	Avoir des interventions non magistrales
Offre de santé	Avoir accès à plus de professionnels de santé femmes
	Avoir des RV rapides
Formation	
Communication	
Environnement	
Mobilité	

b. Analyse de ce qui est dit par les jeunes :

Des jeunes comme les autres

Les jeunes interviewés témoignent d'un attachement fort au territoire de l'île d'Oléron parce que, pour la plupart, ils y ont grandi, ils y ont leur famille, ils y ont leurs amis. Pour toutes ces raisons, l'île constitue un cadre sécurisant et intégrateur.

Quelques-uns envisagent un avenir ailleurs même s'ils sont sûrs de revenir souvent. Les filles, moins sportives que les garçons, y trouvent peu d'activités l'hiver et pour ceux qui font des études supérieures, l'île n'offre pas d'avenir.

Pour autant, si l'attachement des jeunes à leur territoire participe de ce qu'ils sont, peut-on dire qu'il implique une construction identitaire spécifique ?

La construction identitaire est un processus dynamique qui inclut l'individu, et son environnement familial, social, éducatif.... Si la géographie de l'île, sa séparation du continent, sa ruralité, sa nature, la densité de sa population donne un sentiment fort de solidarité et de « familiarité » entre les habitants parce que « tout le monde se connaît », le regard des uns sur les autres peut être vécu comme une pression forte... Les jeunes évoquent tous cette pression notamment de la part de leurs pairs. En l'état, il est difficile d'affirmer qu'elle pèse plus sur l'île qu'ailleurs.

De manière générale, les jeunes interviewés sont insérés dans une culture, des assignations familiales et sociales, une éducation, une formation qui sont tout aussi déterminantes dans leur construction identitaire que l'influence exercée, sur eux, par leurs pairs. Tout cela les contraint, modèle leurs attitudes, leurs expériences et leurs choix. Mais, comme l'étude le

montre (notamment au regard des données Poitou-Charentes), leurs représentations, leurs pratiques, leurs comportements ne les distinguent pas des autres jeunes.

Une perception très « genrée » de la santé sexuelle

Si des spécificités identitaires propres à l'île ne peuvent pas être démontrées, des constats peuvent être faits concernant leur perception de la vie sexuelle et affective. Celle-ci est fortement genrée.

Pour rappel, le genre fait référence à la construction d'une identité sexuée basée sur des rôles dévolus en fonction du sexe anatomique. La féminité et la masculinité sont des modèles sociaux normatifs transmis par l'environnement et appris par l'enfant dans un milieu donné et à un moment donné.

Ainsi, les jeunes interviewés ont des représentations sexuées de la vie affective et sexuelle : les filles se sentent plus enclines à la sensualité et à la douceur que les garçons ; elles pensent aussi qu'elles sont plus « conscientes » (= responsables) que les garçons, qu'elles ont des désirs différents de ceux-ci. Enfin, elles constatent que les garçons ont plus de liberté (= autorisations) pour tout ce qui concerne la vie affective et sexuelle.

Ces représentations sexuées se traduisent par des attitudes sexuées : les filles sont plus respectueuses dans leur relation à leur corps et dans leurs relations aux garçons. Elles parlent d'amour et de fidélité quand les garçons parlent d'abord de relations courtes (c'est, pour eux, un constat : celles-ci ne sont pas recherchées en tant que telles). Il en est de même pour le 1^{er} rapport sexuel. S'il est considéré par les filles et les garçons comme l'acte symbolique témoignant du passage de l'enfance à l'âge adulte, les garçons sont soucieux de leur performance alors que les filles oscillent entre une double tension : ne pas paraître « pucelle » mais ne pas faire « pute » non plus.

Ces attitudes sexuées se traduisent par des comportements sexués : les filles disent prendre en charge ce qui relève de la santé sexuelle : la protection et/ou la contraception du couple, les visites chez le médecin : peut-être parce que les risques de grossesse les concernent directement mais aussi parce qu'elles ont intériorisé les stéréotypes et les attentes spécifiques à leur sexe. Si les dépistages sont peu pratiqués alors que les uns et les autres savent avoir pris des risques, ce sont les filles qui se font dépister. Ce sont elles aussi qui lisent des magazines sur la santé et qui vont plus sur Internet que les garçons pour trouver des réponses aux questions qu'elles se posent.

Il ne s'agit pas non plus d'avoir une vision caricaturale et hiérarchisante des rôles filles/garçons : la confiance dans le couple est importante pour les 2 sexes et les « coups d'un soir » sont mal vécus par les uns et les autres.

Une santé sexuelle, sujet à et de discussions

La santé sexuelle n'est plus vécue comme un sujet dont on ne parle pas. Même si l'on ne dit pas tout, on en dit beaucoup. C'est un sujet de discussion et un sujet à discussions. Elle est parlée à la maison, à l'école, au collège, au lycée... Avec les parents (la mère est plus souvent citée que le père), avec les pairs, Elle fait l'objet de comparaisons : être pareil et/ou faire pareil rassure, favorise l'intégration dans le groupe de pairs. Etre différent et/ou faire différemment peut faire craindre la mise à l'écart. La proximité affective et émotionnelle peut freiner la parole : tout dire à son compagnon ou à sa compagne n'est pas toujours facile. **Mais, de manière générale, la liberté de parole, l'échange de connaissances, le partage des expériences, l'accès à l'information (livres jeunesse,**

magazines, photographies, films, sites dédiés...) facilitent leur vécu de la vie sexuelle et affective, beaucoup plus qu'à l'époque de leurs parents.

Des jeunes informés avec des points de vue critiques sur le positionnement de certains intervenants

L'accès à l'offre de prévention et/ou d'éducation pour la santé, notamment au sein de l'Education Nationale, existe. Mais si le code de l'éducation impose « une information et une éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupes d'âge homogènes », ces obligations sont rarement respectées. Dans l'étude, la presque totalité des jeunes ont eu 1 à 2 interventions concernant la vie affective et sexuelle. Ces interventions restent toutefois centrées sur les risques et le mode d'emploi du préservatif. Les points de vue des intervenants sont jugés, souvent, comme étant moralisateurs et culpabilisants. Un travail d'un an a été mené avec un groupe d'élèves au CEPMO et a abouti à la réalisation d'une plaquette d'information. Les jeunes qui y ont participé et qui ont été interviewés ont jugé ce travail très intéressant et ont déclaré avoir eu « toutes les informations dont ils avaient besoin ». Cela n'empêche que la totalité des jeunes interviewés se dit informé ou dit savoir où chercher l'information.

Des conduites à risque fondées sur un sentiment d'impuissance

Il n'y a pas de lien évident entre le niveau de connaissances et les changements de comportements. Cela explique pourquoi l'offre de prévention ne répond pas forcément aux attentes des adultes : à savoir la suppression ou, à tout le moins, la réduction de leurs conduites à risque.

De ce point de vue, il est intéressant d'analyser, ce que disent les 2 jeunes sur ces pratiques sexuelles dites à risque : « Ces 2 coups, c'est un non choix », « Ça me fait chier, j'ai pas envie ». Dans les entretiens menés avec eux, ils ont parlé d'autres situations semblables qu'ils avaient vécues. Ils avaient le sentiment de ne pas rechercher ces situations. « Cela leur arrivait » mais « cela (était) un peu pas normal ». Ils n'avaient rien pu faire ; ils n'avaient rien pu y faire. En d'autres termes, ils n'avaient pas les capacités pour faire face (la liberté substantielle, la capacité effective qu'a l'individu à exercer des choix) et pour répondre à l'injonction sociale tellement prégnante d'être « autonome et responsable ». Ils vivaient mal ces situations et en sortaient avec une image dévalorisée d'eux-mêmes voire du mépris pour eux-mêmes.

Des jeunes filles actrices de leur santé sexuelle

L'accès aux soins a essentiellement été renseigné par les filles : le choix qu'elles font d'aller chez un médecin généraliste de l'île, (sauf 2), les critères très simples qu'elles définissent pour faire leur choix (sa proximité, son sexe (féminin), sa disponibilité, son accessibilité (= écoute) montrent qu'elles sont actrices de leur démarche de santé. Elles sont moins consommatrices de soins que consom'atrices de leur santé. Elles ont choisi de ne pas aller voir le gynécologue ; elles se sentent en droit de discuter avec leur généraliste de la contraception qui leur convient le mieux.

c. Analyse de ce qui n'est pas dit par les jeunes :

Une connaissance de l'offre territoriale en santé sexuelle limitée

S'il est intéressant d'analyser ce que les jeunes disent, il est tout aussi intéressant d'analyser ce qu'ils ne disent pas.

Aucun des jeunes interviewés ne connaissaient le Pass'Contraception alors que le lycée de la mer et du littoral et le CEPMO avaient conventionné avec la Région. Nulle mauvaise volonté de la part des infirmières qui le connaissent et le donnent en cas de besoin. L'éducation à la santé n'est pas l'objectif prioritaire des établissements scolaires.

Même chose pour la permanence gynécologique : les jeunes ont été très surpris de savoir qu'il y avait une permanence hebdomadaire à l'hôpital de Saint Pierre. Elle existe pourtant depuis un peu plus de 4 ans (1ères consultations en octobre 2012). Mais elle n'est ouverte que le lundi. Cela n'est pas compatible avec l'agenda des jeunes scolarisés.

Enfin, aucun des jeunes n'avaient entendu parler de l'élargissement des missions des sages-femmes (prescription d'une contraception, possibilité de pratiquer l'IVG médicamenteuse, le suivi de la grossesse et l'accouchement d'une mineure....).

D'ailleurs si 2 jeunes filles ont eu une IVG, elles ont mentionné une IVG chirurgicale et elles ont été obligées d'aller à l'hôpital à La Rochelle et Rochefort. Pourtant les représentations sur l'IVG médicamenteuse évoluent ; celle-ci est de plus en plus pratiquée et elle peut être réalisée par un médecin de ville.

d. Focus sur le renoncement au dépistage :

Un comportement de la part des jeunes a semblé nécessiter une analyse particulière. Il a été mis en évidence lors des entretiens : seules 2 des jeunes filles se sont fait dépister. Aucun des autres jeunes n'a fait de tests pour dépister d'éventuelles IST. Tous ont pourtant pris des risques à un moment ou un autre : soit, ils ont mené plusieurs relations en même temps, sans protection, soit ils ont eu un rapport sexuel lors d'une soirée, sans protection, soit le préservatif a craqué. Tous ont dit savoir qu'ils avaient pris des risques mais avoir renoncé au dépistage. Des questions ont été posées pour essayer de comprendre les raisons qui sous-tendaient leur décision. Plusieurs causes ont été invoquées :

- + La crainte de la douleur lors de la prise de sang (évoquée à répétition) ;
- + Le regard jugeant des adultes ;
- + La procédure de dépistage en elle-même : 3 à 4 déplacements (médecin, laboratoire, laboratoire et médecin) ;
- + L'absence de symptômes ;
- + La crainte du résultat ;
- + La probabilité de survenue du risque ou plutôt l'absence de probabilité de survenue du risque ;
- + Le coût financier.

Les filles se voient, plus souvent, proposer un test de dépistage que les garçons parce qu'elles vont voir le médecin plus souvent que ces derniers. La question des IST est facilement abordée lors d'une visite pour une contraception => une fois la prescription en main, il devient plus difficile de ne pas faire le test : comment pourra-t-on l'expliquer au médecin lors de la prochaine visite ? Par ailleurs, comme nous l'avons vu, les filles sont plus soucieuses de leur santé que les garçons.

La promotion de la prise de sang comme unique moyen de dépistage est un frein important.

Il semble, aussi, que la temporalité joue un rôle important dans le dépistage. L'éloignement du risque et l'absence de symptômes, le nombre de démarches à effectuer influencent fortement la probabilité du dépistage.

Quatrième partie

1. Présentation synthétique des entretiens avec les professionnels

a. L'évolution des attitudes et des comportements des jeunes :

« Oui, dans le sens où il y a un manque de maturité dans le comportement. On voit les habituées de la pilule du lendemain » ;

« On revient à des attitudes moins sérieuses » ;

« En termes de pratiques, il y a plus de ... comment dire ? Le 1^{er} rapport est plus banalisé qu'auparavant. Il est plus rapide. Ça peut être l'histoire d'un soir » ;

« Il y a une certaine insouciance de la part des jeunes aujourd'hui. Moins de rigueur pour la contraception » ;

« Au niveau de la protection, mettre des préservatifs, c'est facile maintenant » ;

« Les jeunes abordent la sexualité plus facilement. Ils échangent plus avec leurs parents. Pour moi, c'est plutôt positif » ;

Ce qu'il faut retenir :

Les professionnels perçoivent, tous, une évolution des attitudes et des comportements des jeunes. Pour la majorité d'entre eux, cette évolution est négative alors même que les jeunes bénéficient d'un environnement plutôt favorable ou parce qu'ils bénéficient d'un environnement favorable (entre autres, l'accès à l'information).

b. Les besoins des jeunes au regard des perceptions professionnelles :

« Trouver le professionnel adéquat n'est pas facile pour les jeunes. On est isolé. Il faut se déplacer. Ce n'est pas possible pour tout le monde. Il faut plus de lieux et une meilleure lisibilité des lieux » ;

« Il faut une meilleure lisibilité du champ de compétences des sages-femmes si celles-ci veulent bien l'exercer... Et donc aussi plus de formation en direction des sages-femmes » ;

« Une meilleure accessibilité notamment pour la pilule du lendemain » ;

« Besoin d'informations pour les jeunes, en particulier sur les IST » ;

« Un accès facilité au matériel de prévention, préservatifs masculins et féminins, accès au dépistage.... » ;

« Une meilleure éducation de la part des parents. L'école serait un endroit plus efficace mais ce n'est pas le rôle de l'école » ;

« CDAG et CPEF seraient les bienvenus » ;

Ce qu'il faut retenir :

Tous les professionnels s'accordent sur la pauvreté de l'offre en santé sexuelle sur l'île (absence de gynécologue, de CPEF et de CeGGID, difficulté à trouver des lieux et des adultes qui donnent des réponses « adéquates »). De même, l'offre en santé sexuelle existante est jugée difficilement accessible (du fait de sa rareté).

c. Les attentes des jeunes au regard des perceptions professionnelles :

« Ils n'ont pas forcément de demandes » ;

« A part les jeunes qui sont enceintes, je n'ai pas beaucoup de demandes » ;

« Ils ne sont pas très demandeurs. Quand je fais des interventions, c'est moi qui amène les infos » ;

« Il faut améliorer la lisibilité des lieux pour les jeunes. On m'a affirmé que le CPEF était dans l'hôpital alors que ce n'est pas vrai » ;

« Il y a des problèmes d'accès au dépistage avec des jeunes en difficulté et sans mobilité et des problèmes d'accès aux préservatifs » ;

« La sexualité, c'est un sujet difficile à aborder. Il faut d'abord créer une relation de confiance. Ils demandent d'être pris au sérieux. Pas d'infantilisation et de culpabilisation » ;

Ce qu'il faut retenir :

Certains professionnels disent qu'il n'y a pas de demande de la part des jeunes tandis que d'autres reprennent les éléments donnés pour leurs perceptions des besoins. Ceux-ci ne correspondent, d'ailleurs, pas forcément aux attentes de la plupart des jeunes.

d. Les problématiques récurrentes :

« La grossesse et l'apprentissage de la parentalité » ;

« Les violences et les addictions » ;

« La contraception d'urgence » ;

« La contraception » ;

« Pas de problématiques récurrentes » ;

Ce qu'il faut retenir :

Il y a des problématiques de santé qui sont plus fréquemment évoquées que d'autres sans que l'on puisse forcément dire qu'elles sont récurrentes. Les professionnels sont interpellés par les jeunes en fonction de leurs missions. Ils apportent des réponses centrées sur la demande, orientent s'ils n'ont pas les réponses.

Cinquième partie

1. Analyse des entretiens avec les professionnels

a. Tableau récapitulatif des propositions professionnelles :

Tableau 8 :

Déterminants de santé	Propositions professionnelles
Stratégie	
Valeurs/normes	
Pratiques professionnelles	Avoir des professionnels non jugeants ni culpabilisants
Participation des familles	Sensibiliser les parents
Offre de prévention	Informier/Former les jeunes
Offre de santé	Mettre en place une permanence CPEF
	Mettre en place une permanence CEGGID
	Faciliter l'accès au matériel de prévention
	Faciliter l'accès au dépistage
Offre de formation	Former des adultes en capacité de faire des réponses adaptées
Communication	Communiquer + sur la permanence gynécologique
Environnement	Avoir des lieux neutres pour accueillir les jeunes
Mobilité	Favoriser la mobilité des jeunes

b. Analyse des entretiens avec les professionnels :

Comme l'indique la méthodologie de l'étude, les entretiens avec les professionnels n'avaient pas les mêmes objectifs que ceux des jeunes. Si pour les jeunes, nous cherchions à comprendre leurs logiques de représentations et d'actions, pour les professionnels nous cherchions à connaître leur perception des jeunes, leur analyse concernant l'accessibilité et l'offre en santé sexuelle et la réalité d'une culture commune.

Une offre d'information et de prévention centrées sur les risques

La volonté des professionnels de santé est de réduire les risques que peuvent prendre les jeunes ou du moins d'en réduire les conséquences : risques de grossesse, risques de transmission d'IST, risques de violences, risques de discriminations... Ils sont, de ce point de vue, très favorables à la promotion de l'information. Et pour être efficace et éveiller les consciences, celle-ci doit souligner les dangers ; d'où la multiplicité des interventions sur les IST et l'utilisation du préservatif alors même que la sexualité parle, déjà, de la relation à soi et à l'autre. Il est vrai que le temps dédié à la prévention et à l'éducation à la santé est compté. Les professionnels ont le sentiment de devoir faire vite et ils se concentrent sur les risques liés à la sexualité.

Des attentes en décalage avec les objectifs de l'offre d'information et de prévention

De plus, ils attendent de l'information et de la prévention qu'elles modifient les pratiques et/ou les conduites à risque des jeunes. Or si l'information et la prévention améliorent les savoirs, elles n'ont pas d'impacts directs sur les comportements. Tout au plus, elles favorisent dans certains contextes précis « l'intention d'agir » (théorie de l'action raisonnée selon laquelle les personnes utilisent systématiquement l'information parce qu'elles sont habituellement logiques et rationnelles). Elles constituent seulement des facteurs d'un environnement favorable à l'adaptation et/ou à l'évolution des comportements.

Des professionnels avec des représentations négatives des jeunes

En l'absence de changements de comportements, certains professionnels ont une perception des jeunes peu valorisante. Cette vision sous-tend un discours, lui-même peu valorisant et éventuellement culpabilisant : « Les jeunes sont mal informés », « A 15 ans, tu es trop jeune pour avoir des relations sexuelles », « Tu es inconsciente »....

Ces perceptions sont aussi le fruit d'une approche négative de la santé centrée sur la lutte contre les risques et donc met en lumière les comportements « limites » des jeunes mais ne semble pas permettre de nouer le dialogue de manière efficace sur la santé. Cette posture met à distance le vécu des jeunes « *Tout ce que j'ai dit là, j'en aurais jamais parlé à un professionnel ; et d'abord, il s'y serait pas forcément intéressé* ».

Une volonté des professionnels de développer l'accessibilité et l'offre en santé sexuelle

L'accessibilité et le développement de l'offre de santé sexuelle préoccupent les professionnels pour les mêmes raisons que celles qui sont évoquées ci-dessus et ils y sont très favorables. Mais « faire plus... » ne garantit pas un enrichissement de l'offre ni un changement des pratiques. D'autres stratégies doivent venir compléter le travail actuel concernant la santé sexuelle en agissant sur des facteurs qui permettraient une approche plus positive (la relation à l'autre, le sentiment amoureux, la pression sociale, l'estime de soi, le plaisir, l'entourage soutenant, la motivation,...). De même, « Avoir plus... » de permanences gynécologiques et/ou de permanences pour les dépistages ne garantit pas leur utilisation par les jeunes.

Une inadéquation entre les propositions des professionnels et les attentes des jeunes

Comme le montre la figure ci-dessous, il existe une inadéquation entre les attentes des jeunes et les propositions des professionnels. Les uns et les autres n'ont qu'un point en commun : la volonté d'avoir des adultes accompagnants avec une attitude bienveillante.

Tableau 9 :

Déterminants de santé	Attentes des jeunes	Propositions professionnelles
Stratégie		
Valeurs/Normes	Savoir gérer la pression du groupe	
	Avoir une relation fille/garçon + égalitaire	
Pratiques professionnelles	Avoir des adultes bienveillants	Avoir des professionnels non jugeants ni culpabilisants
Participation des familles		Sensibiliser les parents
Offre de prévention	Avoir des interventions non magistrales	
		Informier/Former les jeunes
		Faciliter l'accès au matériel de prévention
		Faciliter l'accès au dépistage
Offre de santé	Avoir accès à plus de professionnels de santé femmes	
	Avoir des RV rapides	
		Mettre en place une permanence CEGGID
		Mettre en place une permanence CPEF
Offre de formation		Former des adultes en capacité de faire des réponses adaptées
Communication		Communiquer + sur la permanence gynécologique
		Communiquer sur l'élargissement des missions des sages-femmes
Environnement		Avoir des lieux neutres pour accueillir les jeunes
Mobilité		Favoriser la mobilité des jeunes

Une culture commune à construire

Si on définit la culture commune comme un socle commun de connaissances partagées et argumentées, **les propositions des professionnels restent très liées à leurs vécus, leurs valeurs, leurs activités professionnelles, leurs perceptions des jeunes...** Les entretiens n'ont pas permis d'identifier la réalité d'une culture commune entre les professionnels locaux.

Sixième partie

1. Recommandations

Celles-ci sont en cours de définition. Ce travail a débuté lors la réunion du groupe de travail « Santé sexuelle », le 12 octobre 2017, après validation de l'analyse de l'enquête par les partenaires présents.

Tableau 10 : Ensemble des attentes des jeunes, des propositions professionnelles et des objectifs de la fiche action santé sexuelle

Déterminants de santé	Attentes des jeunes	Propositions professionnelles	Objectifs de la fiche action « Santé sexuelle » du CLS de la CDC d'Oléron
Stratégie			Favoriser la dynamique d'un réseau santé sexuelle
			Finaliser un diagnostic sur l'accès à la santé sexuelle
Valeurs/Normes	Savoir gérer la pression du groupe		
	Avoir une relation fille/garçon + égalitaire		
Pratiques professionnelles	Avoir des adultes bienveillants	Avoir des professionnels non jugeants ni culpabilisants	
Participation des familles		Sensibiliser les parents	
Offre de prévention	Avoir des interventions non magistrales	Informier/Former les jeunes	Réaliser des supports de communication et de prévention Diffuser des brochures de prévention
		Faciliter l'accès au matériel de prévention	
		Faciliter l'accès au dépistage	

Offre de santé	Avoir accès à plus de professionnels de santé femmes	Mettre en place une permanence CPEF	Augmenter la présence de professionnels de santé (gynécologues, CPEF, CeGGID, sages-femmes)
	Avoir des RV rapides	Mettre en place une permanence CEGGID	
Offre de formation		Former des adultes en capacité de faire des réponses adaptées	Mobiliser des formateurs potentiels pour étoffer l'offre de formation
			Sensibiliser les professionnels de santé (médecins + pharmaciens)
			Mettre en œuvre une formation destinée aux professionnels de santé
Communication		Communiquer + sur la permanence gynécologique	
		Communiquer sur l'élargissement des missions des sages-femmes	
Environnement		Avoir des lieux neutres pour accueillir les jeunes	
Mobilité		Favoriser la mobilité des jeunes	

Tableau 11 : Recommandations IREPS

Déterminants de santé	Besoins repérés dans le cadre de l'étude
Stratégie	Intégrer dans la future fiche action du CLS un programme territorial en lien avec les conclusions de l'étude exploratoire
	Renforcer la culture commune entre les professionnels (pour permettre aux professionnels de construire un discours qui intègre les différents points de vue)
Valeurs/Normes	Développer des programmes de développement des compétences psychosociales à l'école (pour prendre du recul par rapport à la pression des pairs)
	Promouvoir une éducation plus égalitaire à l'école (lutter contre les assignations sociales et répartir de façon + égalitaire la prise en charge de la santé sexuelle par les garçons et les filles)
Pratiques professionnelles	Aider les professionnels à changer de posture (pour prendre en compte d'autres facteurs que les risques et avoir une approche plus positive de la santé)
Participation des familles	
Offre de prévention	Faciliter l'accès au dépistage des IST en promouvant d'autres lieux, d'autres formes et d'autres professionnels pour le dépistage
	Renforcer les pratiques pédagogiques interactives et les connaissances concernant les outils pédagogiques adaptés
Offre de santé	Faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse (éviter les déplacements des jeunes à l'hôpital / promouvoir le référencement des médecins de ville volontaires pour les IVG médicamenteuses)
	Travailler avec les sages-femmes libérales (pour répondre à la demande des jeunes qui souhaitent + de professionnelles de santé femmes)
Offre de formation	Former les professionnels à une approche positive et globale de la santé fondée sur la prise en compte des capacités des jeunes
Communication	Communiquer sur la permanence gynécologique
	Communiquer sur les missions des sages-femmes
Environnement	Etudier la possibilité d'adapter le calendrier de la permanence gynécologique à l'agenda des jeunes (mercredi)
Mobilité	




Ces recommandations sont issues de l'analyse des entretiens avec les jeunes et les professionnels. Elles ont aussi tenu compte des objectifs de la fiche action Santé sexuelle du CLS d'Oléron. Il reste à en déterminer la faisabilité (l'opportunité) et la priorité.

Tableau 12 : résumé de l'ensemble des attentes, propositions et recommandations

Déterminants de santé	Attentes des jeunes	Propositions des professionnels	Propositions fiche action Santé sexuelle	Recommandations IREPS	Axes à définir	Opportunités	Priorité
Stratégie			Favoriser la dynamique d'un réseau santé sexuelle	Intégrer dans la future fiche action du CLS un programme territorial en lien avec les conclusions de l'étude exploratoire			
			Finaliser un diagnostic sur l'accès à la santé sexuelle				
Valeurs/ Normes	Savoir gérer la pression du groupe			Développer des programmes de développement des compétences psychosociales à l'école			
	Avoir une relation fille/garçon + égalitaire			Promouvoir une éducation plus égalitaire à l'école			
Pratiques professionnelles	Avoir des adultes bienveillants	Avoir des professionnels non jugeants ni culpabilisants		Aider les professionnels à changer de posture			
Participation des familles			Sensibiliser les parents				
Offre de prévention	Avoir des interventions non magistrales	Informier/Former les jeunes	Réaliser des supports de communication et de prévention Diffuser des brochures de prévention	Renforcer les pratiques pédagogiques interactives et les connaissances concernant les outils pédagogiques adaptés			
			Faciliter l'accès au matériel de prévention	Faciliter l'accès au dépistage des IST en promouvant d'autres lieux, d'autres			

				formes et d'autres professionnels pour le dépistage			
			Faciliter l'accès au dépistage				
Offre de santé	Avoir accès à plus de professionnels de santé femmes	Mettre en place une permanence CPEF	Augmenter la présence de professionnels de santé (gynécologues, CPEF, CeGGID, sages-femmes)	Faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse en essayant de promouvoir le référencement des médecins volontaires pour les IVG médicamenteuses			
	Avoir des RV rapides	Mettre en place une permanence CEGGID		Travailler avec les sages-femmes libérales pour répondre à la demande des jeunes qui souhaitent des professionnels de santé femmes			
Offre de formation		Former des adultes en capacité de faire des réponses adaptées	Mobiliser des formateurs potentiels pour étoffer l'offre de formation	Former les professionnels à une approche positive et globale de la santé fondée sur la prise en compte des capacités des jeunes			
		Former des adultes en capacité de faire des réponses adaptées	Mobiliser des formateurs potentiels pour étoffer l'offre de formation				
			Sensibiliser les professionnels de santé (médecins + pharmaciens)				
			Mettre en œuvre une formation destinée aux professionnels de santé				
Communication		Communiquer + sur la permanence gynécologique		Communiquer sur la permanence gynécologique			




		Communiquer sur l'élargissement des missions des sages-femmes		Communiquer sur les missions des sages-femmes			
Environnement		Avoir des lieux neutres pour accueillir les jeunes		Etudier la possibilité d'adapter le calendrier de la permanence gynécologique à l'agenda des jeunes (mercredi)			
Mobilité		Favoriser la mobilité des jeunes					

Opportunité forte

Opportunité ?

Opportunité faible

Priorité forte

Priorité ?

Priorité faible

**UN GRAND « MERCI » A TOUS CEUX, JEUNES ET PROFESSIONNELS,
QUI ONT PARTICIPE ET/OU FACILITE CETTE ETUDE EXPLORATOIRE**