

SEMINAIRE SANTE SEXUELLE DU 14 JANVIER 2014

TRANSCRIPTION A PARTIR D'UN MP3 SANTE SEXUELLE

(PARTIE 1)

Mots d'ouverture et présentation des attentes de la matinée par le Directeur Général de l'ARS, Mr Patrice RICHARD :

Mr Patrice RICHARD, Directeur Général de l'ARS ouvre la séance. A cette occasion, il présente ses meilleurs vœux aux participants.

Il rappelle que ces derniers mois, des restitutions d'études très intéressantes sont intervenues : enquêtes KABP, VESPA 2, puis l'évaluation du plan national de lutte contre le VIH sida et les IST qui a été commanditée par le ministère des outre mers. Toutes ces études, évaluation montrent la nécessité d'avoir une approche globale de santé sexuelle, comme le suggérait d'ailleurs le Plan national VIH Sida.

Nous sommes toujours dans une situation assez préoccupante, persistance des grossesses non désirées, comme le fait apparaître l'enquête KABP. Un certain nombre de sujets sur le France Antilles, vidéos sur internet, témoignent de la nécessité de travailler sur cette approche de la santé sexuelle. Une étude en 2010 sur les jeunes et la santé sexuelle, diligentée par l'UDAF, démontrait que les jeunes n'avaient **pas suffisamment d'explications pour répondre à leurs besoins en matière de contraception et d'IVG, d'où l'idée d'un centre de santé sexuelle.**

Lors de ce séminaire, 2 questions sont posées pour animer les débats de cette matinée :

Comment la santé sexuelle contribue-t-elle à la santé globale du jeune, futur adulte et comment contribuer à la promotion et à l'éducation à la santé sexuelle en général et en milieu scolaire ?

Les éléments de réponse apportés au cours de ce séminaire de travail, permettront d'alimenter la stratégie régionale puisqu'actuellement l'ARS travaille sur l'élaboration d'un **Plan santé jeunes** en Guadeloupe lancé lors d'un colloque animé par la Présidente du Conseil Régional en Guadeloupe et aussi à St Martin, pour tenir compte des sujets particuliers de la jeunesse à St Martin.

Le programme se décline comme suit :

- Ouverture par le Docteur GOERGER SOW qui nous rappellera la **définition de la santé sexuelle,**

Séminaire santé sexuelle : 14.01.2014 salle George TARER
TRANSCRIPTION FLGALETTE

- Le Dr BRADAMANTIS, médecin inspecteur de la santé publique de l'ARS, présentera les **interventions probantes/validées en matière de promotion de la santé sexuelle**,
- La Directrice de l'ORSAG, Vanessa Cornely, et Mme Salin Marie-Lise, psychologue clinicienne, membre du bureau et co-responsable de la Commission Information Communication du COREVIH, présenteront **l'état des lieux et le constat en Guadeloupe et à St Martin**.
- En milieu de matinée, on engagera les **discussions sur les mesures qu'il faut promouvoir** sur la modération de Mme KARAM Présidente de la Commission spécialisée Prévention et puis Mme BONAZZI fera la synthèse des débats.

Définitions de la Santé Sexuelle par le Dr Goerger-Sow :

Nous sommes aujourd'hui réunis pour travailler ensemble sur un problème qui pose beaucoup d'interrogations : la santé sexuelle des jeunes.

On a vu dans les articles récents que les jeunes ne gèrent pas leur santé, leur santé sexuelle. On a également vu récemment des articles, des vidéos qui passent dans lesquelles les jeunes affichent leur intimité.

La définition de la santé sexuelle, selon l'organisation mondiale de la santé en 2002, est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité.

Pourtant on continue à s'intéresser à la notion de maladie. La santé sexuelle doit être abordée de **manière positive**. La possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité, sans contrainte, discrimination, et violence.

La santé sexuelle est un siège central de la personne humaine tout au long de sa vie qui varie avec le temps. On n'a pas tout au long de sa vie la même sexualité et elle comprend le sexe biologique, l'identité, le rôle sexuel que donne la sexualité, l'orientation sexuelle de la personne, l'érotisme, le plaisir, l'intimité, la reproduction. Et toute personne a un droit sexuel. Toute personne doit être protégée et rassurée. Ces droits sexuels constituent des **droits humains universels**. C'est d'ailleurs sur ces derniers qu'ils ont été élaborés. Pourtant, ils ont été très longtemps ignorés mais ils sont basés sur la liberté, l'égalité, la dignité, le respect de la vie privée, l'autonomie, l'intégrité.

Tout le monde peut et a le droit de prétendre au respect de ses droits sexuels.

Droit à la liberté d'autonomie : chacun a droit à la liberté et libre de faire des choix qu'il jugera pour sa santé physique, psychique pour son développement, pour son épanouissement. Le droit à l'autonomie implique pour chacun la possibilité d'avoir un contrôle sur sa propre sexualité, personne ne doit imposer des actes sexuels non désirés.

Le droit à la sexualité et à l'intégrité physique : tout être humain a droit à la sécurité au respect de son intégrité physique ;

Le droit à l'égalité : chacun peut avoir accès à la prévention, au dépistage, aux soins de qualité en ce qui concerne la sphère affective et sexuelle. Besoin d'informations justes et précises sur ces thèmes, facilement accessibles et permettront des décisions.

La santé sexuelle n'est pas simple et est influencée par un certain nombre de facteurs : facteurs biologiques, des facteurs psychologiques, des facteurs sociaux, des facteurs économiques, des

facteurs politiques, des facteurs culturels, des facteurs éthiques, des facteurs juridiques, des facteurs spirituels, et chacun a ses propres facteurs et chacun a sa propre sexualité. On a une sexualité différente des autres et chacun a droit à sa propre sexualité.

Favoriser la santé sexuelle, c'est permettre aux personnes d'avoir une vision positive de leur sexualité, avoir une auto estime, de respect des autres, des relations sexuelles sans influence, des relations avec du plaisir, éviter des problèmes comme grossesse non désirée.

La santé sexuelle ne suffit pas à avoir des informations pour éviter des complications, se baser sur les connaissances ne suffit pas. Il faut favoriser la capacité et l'attitude individuelle, mettre en exergue les attitudes et croyances qui peuvent modifier ou influencer, améliorer la connaissance de soi, faciliter l'accès aux informations.

L'approche cognitive commence par la personne elle-même et il faut donner l'importance à la personne. Comment faire pour qu'ils s'estiment, comment faire pour qu'ils valorisent sa santé ?

Interventions probantes par Mme BRADAMANTIS :

L'intervention pourrait trouver sa place dans ce qu'on appelle nos pratiques de promotion de la santé, mais il m'a semblé intéressant de revenir sur ce que nous faisons, dont nous n'avons pas encore mesuré l'efficacité à travers une synthèse de la littérature, un point sur ce qui est efficace et ce qui est validé.

Tout d'abord, elle revient sur les missions de l'ARS.

L'une de nos interventions est la promotion de la santé. Elle sera dite **efficace** quand elle **impacte sur les facteurs de risques, déterminants de la santé** pour éviter l'apparition de problèmes de santé qui est : c'est sur le volet prévention.

Car s'adresse aux facteurs de protection, pour favoriser le développement d'une des dimensions de la santé (promotion)

Une intervention de prévention et de promotion de la santé est dite **validée**, quand une recherche évaluative aura mis en évidence de manière toute scientifique qu'il y a vraiment **un lien de causalité entre l'intervention qui a été mise en œuvre et ces résultats observés**. C'est une démarche scientifique.

Toute la démarche pour nous à travers la mise en application du projet régional de santé mais aussi l'application de vos interventions, et d'aller **chercher des connaissances qui sont validées** et de les intégrer dans votre pratique. **Connaitre les interventions, les mobiliser, réfléchir sur cette base des pratiques pour au final optimiser nos actions de prévention et de promotion de la santé.**

Pour aboutir à cette pratique fondée sur des données, il faut absolument mobiliser les connaissances qui sont des connaissances scientifiques basés sur les données épidémiologiques, les données biologiques, la recherche mais aussi tenir compte d'usagers avec lesquels on travaille, de son expérience personnelle. Et aussi tenir compte de ce que nous sommes en tant que professionnels. Notre expérience professionnelle, notre vécu et tout ceci dans le non jugement.

Séminaire santé sexuelle : 14.01.2014 salle George TARER
TRANSCRIPTION FLGALETTE

*CHU POINTE-A-PITRE / ABYMES - Hôpital Ricou – Bât B – 2^{ème} étage - 97159 POINTE-A-PITRE Cédex
Tél : 0590 93 46 64 Fax : 0590 89 15 93 – Adresse mail : secretariat.corevih@chu-guadeloupe.fr
www.corevih971.org - twitter : @corevihGua*

Pourquoi parler de santé sexuelle des jeunes ? Parce qu'on sait que, investir dans la santé sexuelle contribue à la promotion de la santé et à la réduction des problèmes liés à la sexualité. C'est une stratégie qui vise à favoriser le bien être de tout un chacun. On démontre bien que la santé sexuelle participe à la protection du bien être des jeunes dans ce qu'elle améliore la qualité de vie du jeune lui-même mais aussi la qualité des relations interpersonnelles, qu'ils entretiennent les uns les autres.

L'accès à la planification familiale est une stratégie pour protéger la santé des adolescentes et bien évidemment, réduire le nombre de grossesses non désirées et à risques. La santé sexuelle et reproductive améliorent le développement social et économique par l'introduction de relations saines ente les genres, la promotion de comportements sexuels favorable à la santé, le maintien de la scolarisation, la vie professionnelle et productive et participe au contrôle à la reproduction. On sait aussi et vous en êtes témoins, que la pandémie du VIH a mis en évidence le lien entre la sexualité et l'état de santé.

Les interventions sur la santé sexuelle reproductive passant plus facilement par des thématiques concrètes que sont par ex la maîtrise de la fécondité, l'accessibilité des services, la prévention des grossesses non désirées, la prévention des IST, c'est ce dernier domaine qui va être visité, pour évoquer la question des interventions qui sont validées.

J'ai fait une synthèse d'articles très intéressants, et qui démontre que certaines interventions pratiquées auprès des jeunes, sont validées.

Je commencerai par les interventions dites universelles qui s'adressent à l'ensemble de la population de jeunes. Ce qui ressort, c'est que les programmes qui ont le **plus d'efficacité sont souvent en milieu scolaire**. (cf Présentation jointe).

Les interventions plus ciblées, validées qui s'adressent à des groupes de jeunes en dehors de l'école, la littérature fait état de petits groupes soit de minorité sexuelle soit de groupes de femmes toujours dans la tranche de jeunes. En ce qui concerne les minorités culturelles avec un programme permettant de développer les compétences de l'utilisation du préservatif, les connaissances des infections sexuellement transmissibles avec des outils tels que les jeux de rôle, les lieux de discussions par les parents. Les résultats concernent l'utilisation du préservatif.

Il y a aussi **les interventions plus ciblées qui s'adressent à des groupes de jeunes en dehors de l'école** et la littérature fait état de petits groupes soit autour de minorités sexuelles soit autour de groupes de femmes toujours dans la tranche des jeunes.

En ce qui concerne les minorités culturelles avec un programme permettant de développer les compétences autour de l'utilisation du préservatif, les connaissances des infections sexuellement transmissibles avec des outils tels que jeux de rôle, les groupes de discussion, parfois avec les parents, les résultats aussi sur l'utilisation du préservatif diminue le nombre de rapports.

Pour ce qui concerne les groupes de femmes, on a travaillé sur des groupes de femmes de petit effectif, 5 à 6, en prenant la précaution de rassembler les groupes de femmes qui ont le même type, la même origine, groupe animé par un animateur ressemblant au groupe de femmes en proposant des séances hebdomadaires de 3 heures, l'engagement à changer de comportement à risque et développer des compétences nécessaires pour réduire le risque. On a aussi observé une réduction des rapports non protégés, une amélioration du comportement sexuel. Ces femmes avaient diminué

Séminaire santé sexuelle : 14.01.2014 salle George TARER
TRANSCRIPTION FLGALETTE

CHU POINTE-A-PITRE / ABYMES - Hôpital Ricou – Bât B – 2^{ème} étage - 97159 POINTE-A-PITRE Cédex
Tél : 0590 93 46 64 Fax : 0590 89 15 93 – Adresse mail : secretariat.corevih@chu-guadeloupe.fr
www.corevih971.org - twitter : @corevihGua

le nombre de partenaires multiples et les relations à haut risque et taux bas de nouvelles réinfections.

Là un peu moins documenté mais les interventions étaient prometteuses quand elles utilisaient les médias, prometteuses c'est-à-dire qu'on avait une efficacité qui était pressentie (augmentation taux de dépistage pendant et après la diffusion). Ce sont donc des **campagnes de communication multi média** utilisant tout le support existant et qui ont porté sur les chlamydiae et on a observé une augmentation du taux de dépistage pendant la diffusion et après la diffusion. Il est aussi question **d'interventions individuelles via les nouvelles technologies**, en envoyant des sms ou des e mails de manière répétitive, parfois des séances de tchat animées par des professionnels de santé, formés en santé sexuelle, parfois l'utilisation de sites internet, et là aussi, on a constaté une amélioration sur les connaissances, les démarches au dépistage et l'utilisation du préservatif. Il y a eu aussi des propositions de dépistage par courrier et des kits d'auto prélèvements soit par le biais du téléphone, la messagerie, et ensuite étaient renvoyées au laboratoire. Et là, on a observé une amélioration des taux de dépistage et l'intérêt aussi de ses démarches qui pourraient toucher le public dit un peu plus difficile.

Ce qu'il faut retenir c'est qu'il y a énormément d'interventions efficaces en quantité qu'en qualité pour les jeunes.

Le comportement principal c'est la plus grande utilisation du préservatif et la baisse de prévalence des IST et ceci a été mesuré.

On utilise beaucoup l'apprentissage de compétences de négociations, de décisions et de communications.

Pour que ces interventions se donnent le maximum de chance de réussir, il faut qu'elles s'installent dans la durée. Plusieurs petites séances fixées dans le temps amélioreront la prise de risque.

On a aussi constaté que les résultats étaient aussi efficaces quand les interventions étaient menées en petits groupes que lorsqu'elles étaient menées en face à face. Il faut que ces interventions s'inscrivent dans le quotidien des adolescents, dans les écoles ou dans les lieux qui leur sont familiers.

Si elles sont menées à l'extérieur, il faut que ce soit des personnes qui soient référents. La formation est absolument nécessaire pour ce qui concerne les personnes qui vont les dispenser. Ces encadrants ressemblent aux groupes qu'ils animent, qu'ils parlent la même langue, qu'ils comprennent les démarches en cours, qu'ils puissent avoir un langage commun. L'utilisation des nouvelles techniques d'information, de communication, de plus en plus fréquentes. L'idée est de capter la population cible à travers cet outil là et l'orienter vers le professionnel le plus compétent.

Vanessa CORNELLY- Directrice de l'ORSAG : Présentation des données épidémiologiques relatives à la sexualité en Guadeloupe

Le propos va concerner essentiellement la santé, la sexualité chez les adultes, mais il me semble important de savoir ce qui se passe chez les adultes pour mieux agir auprès des enfants. Nous disposons depuis peu d'une étude très intéressante sur les comportements attitude au départ sur le VIH mais on trouve de nombreux indicateurs relatifs à la sexualité des guadeloupéens. Il me semble important de vous redonner ces chiffres parce que c'est une étude vraiment riche en enseignements.

Cette étude a entre autre comme objectif **d'apporter des éléments de connaissance sur les risques sexuels en Guadeloupe, en Guyane et en Martinique.**

1500 personnes ont été interrogées en Guadeloupe du mois de juin 2011 au mois de février 2012. Parce qu'on s'intéresse à la santé sexuelle, cette étude aborde des thématiques qui sont importantes et caractéristiques en Guadeloupe :

- **Caractéristiques de la sexualité**
- **la problématique des violences sexuelles,**
- **les grossesses non désirées, la problématique de l'IVG, l'utilisation des pratiques contraceptives**
- **et tout ce qui relève des IST, VIH et Sida.**

1. Epidémiologie de la sexualité en Guadeloupe :

Le premier rapport sexuel en Guadeloupe : âge médian : au départ les hommes rentrent plus jeunes dans la sexualité que les femmes. L'étude nous indiquait qu'à 16 ans la moitié de la population avait eu un rapport sexuel chez les hommes. Mais quand on s'intéresse à l'âge au moment de l'enquête, on se rend compte que les personnes interrogées qui avaient entre 18 et 24 ans avaient une sexualité beaucoup plus précoce que les hommes âgés de 55 à 69 ans. Donc 15 ans et demi pour les hommes de 18 à 24 ans et 16,6 ans pour les hommes les plus âgés.

Si l'on compare à la France métropolitaine, nous sommes plus précoces que les hommes métropolitains.

Pour ce qui est des femmes : 16,6 ans pour la moyenne de la population et on observe par contre une différence beaucoup plus forte des 18-24 ans et ensuite celles de 55-69 ans avec presque 2 ans d'écart.

En outre, l'entrée en sexualité des femmes guadeloupéennes ne diffère pas tant que cela des femmes en France hexagonale.

En termes de protection, on observe **une généralisation de l'usage du préservatif**. Si on regarde la période du premier rapport sexuel, les personnes qui ont eu un rapport sexuel entre 1995 et 1999, 67 % des hommes avaient utilisé le préservatif lors de ce premier rapport, 71 % des femmes. Quand on se déplace quelques années plus tard, en 2005-2011, ce sont 87 % des hommes et 84 % des femmes qui ont utilisé un préservatif lors du premier rapport sexuel.

Mme Bradamantis parlait des actions menées, on peut se dire effectivement que la communication et tout ce qui a eu dans la lutte contre le VIH, **illustration concrète des bienfaits de la communication.**

La notion du multi partenariat au cours des 12 derniers mois : toujours des comportements différenciés selon le genre.

On observe concernant les **hommes** un multi partenariat qui décroît avec l'âge. **37 % des hommes âgés 18 à 24 ans étaient multi partenaires** au cours des 12 derniers mois précédents l'étude. **36 % des 25-34 ans** ; après on redescend **20 % à partir de 35 ans.**

Chez les femmes ça se situe autour de **10 %** et aussi avec une décroissance avec l'âge.

2 différences fondamentales de multi partenariat : **chez les hommes** : conduite de multi partenariat qui correspond à la conduite de **relations simultanées** avec le plus souvent une relation durable et une relation ponctuelle, alors que **chez les femmes** le multi partenariat correspond généralement à **une succession de relations.**

Multi partenariat et prise de risque :

Utilisation moindre du préservatif :

- chez les femmes
- Personnes vivant en couple
- Opinions défavorables sur le préservatif

Dans l'ensemble de la population, 45 % des hommes utilisent le préservatif et 34 % des femmes.

Les orientations sexuelles : il apparaît selon les déclarations, en Guadeloupe on est dans une société hétérosexuelle. **98,5 % des hommes ont avoir déclaré n'avoir eu de rapports sexuels qu'avec des personnes du sexe opposé et 98,1% des femmes.**

1,5 % des femmes ont déclaré avoir eu des rapports avec aussi bien des hommes que des femmes.

L'opinion sur l'homosexualité : L'homosexualité est une sexualité comme une autre. C'est un signe de sexualité libérée, signe de problème psychologique et c'est un signe de sexualité contre nature. **La moitié de la population pense qu'il s'agit d'une sexualité contre nature** sachant que globalement 22 % des femmes pensent quand même qu'il s'agit d'une sexualité comme une autre, 15 % signe de sexualité libérée et la proportion est un peu plus faible chez les hommes.

Un aspect important en termes de contextualisation : les violences sexuelles.

2. Les violences sexuelles :

Lors du premier rapport sexuel, il apparaît que **23 % des femmes qualifie ce rapport d'accepté mais pas vraiment souhaité** contre **15 % au niveau national** ; 4 % des hommes et 5 % au niveau national.

Le premier rapport a été forcé, contre la volonté de la personne pour **4 % des femmes en Guadeloupe**, 2 % au niveau national. 2 % des hommes en Guadeloupe. Et la **situation est variable en fonction du diplôme** : 28 % des femmes non diplômées ont eu un premier rapport pas vraiment souhaité et 20 % des femmes.

Séminaire santé sexuelle : 14.01.2014 salle George TARER
TRANSCRIPTION FLGALETTE

CHU POINTE-A-PITRE / ABYMES - Hôpital Ricou - Bât B - 2^{ème} étage - 97159 POINTE-A-PITRE Cédex
Tél : 0590 93 46 64 Fax : 0590 89 15 93 - Adresse mail : secretariat.corevih@chu-guadeloupe.fr
www.corevih971.org - twitter : @corevihGua

La question était : « est-ce qu'au cours de votre vie vous avez été victime d'attouchements sexuels ? »

- 1^{er} niveau « attouchements sexuels » : 13% des femmes /3% des hommes
- 2^{ème} niveau : « rapports sexuels contraints » « **Qui en était l'auteur ?** » :
 - seulement 9 % d'inconnus,
 - le silence est dans l'entourage des personnes : **39 % il s'agit de quelqu'un de connu**, 21 % c'est un ex conjoint, 15 % c'est le conjoint, pour 15 % c'est le membre de la famille.

Cela est précisé uniquement pour les femmes car davantage concernées. Et le fait d'en avoir parlé à quelqu'un de ce rapport contraint est quand même plus fréquent chez les femmes : 53 % en ont parlé contre 16 % chez les hommes qui ont été victimes de rapports contraints.

3. Grossesses non désirées, contraception, IVG :

Au cours des 5 dernières années, dans le cadre de l'enquête KABP on a dans l'ensemble **14 % des femmes âgées de 18 à 54 ans** qui ont déclaré avoir eu au cours des 5 dernières années des grossesses non prévues contre 6 % en France. Et on peut constater que la proportion est beaucoup plus forte chez les femmes âgées de 25 à 34 ans avec 27 % ; ensuite la catégorie des plus jeunes avec 21 %. De 35 à 44 ans avec 13 % des femmes qui ont vécu une grossesse non prévue.

Connaissances sur la contraception et les pratiques contraceptives : de manière générale, on a un nombre important de recours en matière de contraception **aux méthodes non médicalisées** : préservatif, méthodes locales ou naturelles : spermicides naturels, tout ce qui est le retrait, la prise de température. Le recours est d'autant plus important qu'on a une **opinion négative de ce qui est des moyens médicaux identifiés comme contraceptifs** : la pilule, j'ai mis entre parenthèse les raisons les plus souvent évoquées : contraignant au quotidien, que la pilule générerait un risque de stérilité et la non fiabilité du stérilet n'est pas fiable.

Recours à la contraception d'urgence qui est relativement importante **10 %** au cours des 12 derniers mois, contre 3 % niveau national et avec une **méconnaissance des délais pendant lesquels** on peut prendre cette contraception d'urgence.

Grossesses non prévues, les IVG : Dans cette étude **33 % des femmes âgées de 18 à 69 ans ont déclaré avoir eu recours au moins une fois à une IVG**. On a observé une variable en fonction du nombre de partenaires dans la vie.

- Plus le nombre de partenaires est important plus la proportion de d'IVG est importante. En fait, parmi les femmes ayant eu un seul partenaire 13 % dans les 3 départements qui ont eu recours à une IVG. Parmi celles qui ont eu 4 partenaires dans leur vie 45% ont eu recours à l'IVG. (Remarque : les données des DFA Départements Français d'Amérique sont groupées car il n'y a pas de grandes différences entre les 3 départements).
- IVG aussi en fonction du recours à la contraception d'urgence : **36 %**.
- Enfin, on constate que le recours à l'IVG est plus fréquent effectivement quand on a eu des violences sexuelles subies.

La contraception lors du dernier rapport sexuel ; la question était « utiliser un moyen quel qu'il soit pour éviter la grossesse » : **69 % des femmes déclarent avoir utilisé lors du premier rapport sexuel, 75 % les hommes.**

4. IST et VIH Sida :

Recours au dépistage du VIH :

Le niveau de recours est **élevé** avec dans l'ensemble une amélioration du recours au dépistage qui expliquerait la hausse du recours au dépistage quel que soit le sexe, l'âge, le niveau des diplômes. Donc dans les 12 derniers mois, **26 % des personnes interrogées avaient eu recours à un dépistage de VIH**, contre 14% en France. Par rapport au niveau national on est plutôt bien placé et cela démontre que le dépistage rentre dans les habitudes de vie.

Concernant le **VIH Sida, cela reste un sujet de préoccupations de la population.**

La connaissance qu'on a sur le VIH progresse, néanmoins on a toujours un niveau relativement élevé de méconnaissance des moyens erronés de la transmission de la maladie. On observe un recul de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.

On a un usage élevé du préservatif dans la population, cependant on a 4 groupes qui demeurent vulnérables :

- personne ayant un diplôme élevé,
- les étrangers, originaires de d'autres pays de la Caraïbe,
- les femmes
- et les jeunes âgées de 18 à 24 ans.

L'exploitation de ces données est prévue et planifiée avec l'ARS au cours de l'année 2014. Et au vu de ces résultats je pense qu'il est important de tenir compte des **grossesses non désirées, des comportements à risque qu'on peut avoir dans notre population.**

En conclusion, il faut préciser que :

- la base a été mise à disposition par l'ORS IDF et Inpes
- Valorisation et exploitation par l'ORSaG courant 2014
- **Traitement des données recueillies chez les jeunes âgés de 14 à 18 ans**
- Nécessité de prendre en compte la problématique des violences sexuelles

Mme SALIN Psychologue Clinicienne au CHBT – membre du bureau du COREVIH et co-responsable de la Commission Information/communication et lutte contre la stigmatisation : « L'HOMOSEXUALITÉ EN GUADELOUPE /RÉSULTATS DE 2 EXPÉRIENCES/ASSOCIATION ENTRAID'GWADELOUP »

- 1 expérience concernant l'accompagnement des jeunes homosexuels au sein d'une association « Entraide Gwadeloup » qui a duré 3- 4 années. Donc, les résultats de ce que l'on peut retenir et ressortir sur notre problématique de la santé sexuelle et
- Une deuxième expérience qui s'est faite tout récemment qui était le 5 novembre et c'était un état des lieux de l'homosexualité en Guadeloupe.

Séminaire santé sexuelle : 14.01.2014 salle George TARER
TRANSCRIPTION FLGALETTE

1^{ère} expérience : **lutter contre l'exclusion et contre l'homophobie et contribuer dans cet accompagnement des jeunes à la reconnaissance des droits fondamentaux de la personne homosexuelle :**

- sur 3 ans : rencontre de 150 jeunes homosexuels qui venaient trouver un espace de paroles, d'écoute et de soutien proposé aux jeunes en difficulté avec leur orientation ou leur identité sexuelle. Donc, le but était de les aider pour des jeunes qui n'avaient pas encore une identité fixée, pour d'autres qui étaient plus âgées qui avaient une expérience, une identité mais qui vivaient mal cette orientation par le poids du regard social. Cet accompagnement s'est fait sur 3 ans, au niveau de l'association et qui s'orientait sur la mise en mots des difficultés existentielles par rapport à une orientation sexuelle.
- Le 1^{er} constat, c'est les témoignages fréquents d'humiliation, de discrimination, de violence, On a beaucoup parlé de la violence de la sexualité aujourd'hui. Je crois qu'il faut rappeler que nous sommes dans une société née dans la violence, on est fondé sur un acte violent et que cela peut expliquer qu'on doit travailler sur notre rapport à l'autre, notre rapport au monde, puisque cela passe par le biais de la rencontre à l'autre.
- Autre cas de figure : l'homophobie intériorisée, certains jeunes essaient de lutter contre la vision sociale dominante du rapport de genre fortement « hétéronormée » et la perception négative et dévalorisée d'eux-mêmes correspondante à l'image dégradante du discours et des représentations homophobes : « makoumé »

La difficulté dans l'orientation sexuelle, c'est aussi le langage, c'est-à-dire tout ce qui touche l'homophobie ordinaire et qui passe par le discours. Or vous savez que dans notre culture, un homosexuel est appelé « macoumé ». C'est une appellation qui est très chargée au niveau négatif, péjoratif mais également qui renvoie à la norme et à l'assignation de place. Le macoumé c'est quelqu'un qui est efféminé. Donc qui n'est pas « le ti mâle » qui n'est pas « le coq » qui nous renvoie à cette problématique du genre et à l'assignation des places, tel qu'on éduque les enfants depuis tout petit, quand on est un garçon, quand on est une fille.

Le constat des mauvais traitements passent par la langue, par des violences physiques. Cela passe bien sûr par des insultes, mais passe aussi par la discrimination.

L'autre constat qui est très important c'est le fait que toutes ces violences amènent les jeunes à se cacher, à s'inscrire dans un secret honteux et là bien évidemment cela va générer des souffrances psychologiques existentielles. Par ex, un jeune élève d'un lycée professionnel que je ne nommerai pas, a été profondément traumatisé quand on l'a traité de « macoumé » alors qu'il n'avait pas encore d'expériences, il portait simplement un Tee shirt rose. Vous voyez jusqu'où on va dans les représentations et dans la mise en place d'une hiérarchisation dans ces représentations en termes de violence. Le jeune bien sûr s'est inscrit dans un échec scolaire étant en difficultés.

Autre expérience, autre constat : c'est toutes les demandes exprimées au niveau de dire à un proche son orientation sexuelle. Et le proche qui est le plus proche c'est les parents. La difficulté de pouvoir dire à une mère un père « j'ai un petit copain, suis tombé amoureux ». La difficulté pour une femme,

une fille, de dire à sa mère ou à son père « Tu sais, je crois que je suis amoureuse d'une fille ». Donc ce besoin de parler à un proche reste une profonde souffrance chez les jeunes homosexuels que j'ai rencontrés puisque bien sûr l'angoisse et la peur d'être rejeté par la famille, déjà les parents, rejeté par la famille élargie et bien évidemment par la société. Il y a aussi à s'interroger, si chacun on s'interroge, est-ce que dans notre famille élargie, on connaît quelqu'un, un neveu, un cousin etc ou une jeune fille qui on dit « a viré sa cuti », les expressions qu'on utilise. Comment on le regarde ? Comment on se positionne ? Comment on parle de lui ?

Le vécu également c'est toute la problématique qu'on retrouve concernant le propre jeune c'est-à-dire que l'éducation du jeune est faite dans un conditionnement d'hétérosexualité. C'est-à-dire que les parents, bien évidemment attendent du garçon qu'il ramène une jeune fille à la maison. Ils vont demander « t'as pas de petite copine ? » « Qu'est-ce qui se passe ? » Tu es pourtant un joli garçon. Donc, il va y avoir une pression d'hétérosexualité qui va mettre le jeune dans une difficulté de pouvoir dire les choses ; mais qui va aussi lui faire intérioriser une honte. Et c'est ce qu'on appelle aussi le refoulement de son attirance pour l'autre sexe qui est le même que lui, le refoulement de ses désirs et de ses pulsions homosexuelles. Donc vous imaginez sur le plan psychique des conflits. Ces conflits vont amener souvent ces jeunes à prendre des risques d'allure auto destructives des risques qu'on a souligné tout à l'heure au niveau du VIH Sida ; on se cache, on va pas dire et bien évidemment faire des choix. Il y a des jeunes adultes qui vont faire des choix d'une hétérosexualité tout en étant avec un désir homosexuel. Donc on peut avoir des comportements tiraillés, de bisexualité chez un couple plus âgé, des adultes où il y a des enfants et on voit vraiment une souffrance au niveau du bien-être et de l'épanouissement sexuel.

Se confier et avoir un appui, généralement on le trouve dans la famille. C'est la famille qui transmet et j'insiste sur le mot de la transmission, qui transmet la tolérance, l'ouverture, l'acceptation de la différence. Or va voir que c'est bien compliqué dans nos familles. L'impossibilité du jeune le renvoie au silence, à la solitude, au retrait mais aussi à des états dépressifs. Alors là ce n'était pas dans cette expérience que j'ai vécu à l'hôpital puisque je suis psychologue clinicienne où des parents sont venus consulter (59 :50). Le pédiatre qui m'a orienté cette famille disant « Faites quelque chose pour nous, mon fils a des allures de macoumè ». Et là j'ai dit aux parents « c'est pas votre fils que je vais voir, qu'on parle de cette souffrance, comment on peut accompagner sur ce que vous êtes en train de vivre ».

Vous voyez ce n'est pas simplement la problématique des jeunes, c'est aussi la problématique de la famille, c'est une souffrance qui va être partagée et souvent dans le silence.

Les conduites à risque sont aussi des conduites suicidaires. On peut avoir des garçons qui passent à l'acte, des jeunes filles aussi suite à une difficulté d'assumer de vivre cette acceptation.

Une autre figure très importante c'est l'intériorisation de l'homophobie. Ce n'est pas l'autre qui est homophobe mais c'est le propre jeune qui va détester ce qu'il aime. Il va avoir une auto censure et bien sûr un regard sur lui-même, il va être extrêmement violent, plein de culpabilité en se demandant est-ce qu'il est normal. Cette homosexualité-là elle est contre nature. Est-ce qu'il s'inscrit dans les normes. Est-ce que je suis normal ? Cette auto censure est extrêmement présente chez les jeunes homosexuels qui n'ont pas encore fixés une identité, qui sont dans la construction d'une identité, qui sont dans des apprentissages.

Bien évidemment on va poursuivre sur un autre constat qui est le manque d'estime de soi même. Quand on ne s'estime pas on peut se demander comment prendre soin de soi au niveau de ses choix sexuels, au niveau de son bien-être, au niveau de la négociation, de la prévention et on va voir là des prises de contamination d'IST.

Comment un jeune peut se protéger quand il a du mépris pour lui-même ? Comment un jeune peut envisager un accompagnement vers une santé sexuelle ? Toutes ces questions nous amènent à poser le paradigme de l'homosexualité se vit mal en Guadeloupe. Elle se vit d'autant plus mal quand elle est visible, quand elle est lisible sur l'attitude, sur le comportement, sur la démarche. Parce que dans la cité il y a des lieux qui sont identifiés, des lieux où il y a des soirées, on sait si on va dans ces lieux on va trouver, la population, la communauté des personnes qui sont dans ces lieux.

Le problème qui se pose c'est que la difficulté à dénoncer l'homophobie c'est comment mettre en place la problématique de la loi en Guadeloupe. On touche encore une autre problématique, tous les détours de la loi que nous avons ici. Puisque la loi qui est principalement présente au niveau de la sexualité c'est la loi sociale et la loi culturelle. Donc revisiter l'éducation.

On a parlé ce matin des interventions dans les écoles, les jeunes entre eux sont très violents, très violents vis-à-vis de l'homosexualité. Les jeunes entre eux sont peu ouverts sur l'acceptation de toutes les différences affectives et sexuelles et donc il y a tout un travail à faire, un travail de fourmi en amont dans la famille, au niveau de l'école, dans toutes les institutions qui traversent la jeunesse pour les amener dans ce cheminement d'un épanouissement.

Alors, il est important de rappeler que les sexualités, la sexualité est un élément moteur de la vie. Et on l'a dit tout à l'heure, bien évidemment c'est de ne pas être contaminé par des infections des maladies, mais c'est avant tout la rencontre avec l'autre. C'est avant tout faire connaissance, la découverte, la créativité, c'est avant tout le désir, le plaisir et toutes ces dimensions-là sont très importantes à accompagner à soutenir auprès des jeunes.

Cette expérience avec Entraide gwadloup a été très enrichissante puisqu'au bout de 3 -4 ans, nous avons abouti, en tous cas les jeunes qui étaient présents, à créer une association qui s'appelle « Rainbow gwada ». C'est intéressant au niveau de la métaphore puisqu'elle arbore l'arc en ciel c'est-à-dire toutes les différences, toutes les orientations et pas seulement percevoir l'homosexualité comme une déviance, une maladie, une attitude contre nature.

L'expérience de cette association a dû mal à se développer. C'est encore un bébé fragile, vulnérable qui a besoin d'être accompagné. Cette association pour qu'elle puisse exister, il faut qu'elle soit reconnue. Et le mot « reconnaître » passe à nouveau par tout un processus c'est-à-dire déjà qu'est-ce que c'est ces orientations donc il y a tout un travail à faire, une vraie méconnaissance. On est encore pétri de préjugés sur l'homosexualité. Dans la salle je suis sûre il y en a qui sont mal à l'aise. Or quand on intervient auprès d'un jeune, on doit mettre de côté ses convictions religieuses, ses convictions personnelles, idéologiques et accompagner le jeune dans une orientation qu'il va choisir, peut-être qu'il n'a pas choisie, mais ce qui est souhaitable c'est qu'il puisse s'épanouir dans la rencontre avec l'autre.

La deuxième expérience va être plus courte. C'est une expérience récente.

En Novembre 2013 était une journée de réflexion qui a eu beaucoup de succès, mobiliser beaucoup de gens concernant l'homosexualité en Guadeloupe. « Parlons-en où on en est »? Qu'est-ce qui se passe ?

Cette journée s'est déroulée avec plusieurs approches, des approches psychanalytiques, des approches sociologiques, des approches culturelles. Mais aussi des points forts ont été des témoignages. Des témoignages à visage découvert où les personnes ont osé parler de leur expérience, de leur vécu, de leur existence et aussi de leur couple, puisqu'il y a des couples homosexuels. Témoignages qui ont aussi pointé malheureusement la violence qui est faite encore aujourd'hui aux homosexuels et ces témoignages ont permis dans l'atelier de réfléchir sur comment on peut à nouveau mettre en place des actions pour accompagner les jeunes, les enfants vers une sexualité quel que soit sa pluralité épanouissante.

Pour terminer sur ce point de cette journée, il est nécessaire quand on parle de santé sexuelle comme l'a souligné le Dr BRADAMANTIS d'évoquer la formation. Quand on parle de formation c'est-à-dire qu'il faut se déformer. Qu'il faut relever déjà les représentations qu'on a sur la sexualité. Je vais vous dire quelque chose de très simple : la masturbation est encore aujourd'hui vécue comme quelque chose de sale, de malpropre, de vicieux, or cela fait partie de la sexualité.

La sexualité ne commence pas à l'adolescence, elle commence depuis tout petit. Quand un enfant va toucher sa cocotte ou son kiki, il va découvrir son corps. Il va découvrir des sensations. Et là on est mal à l'aise avec tout ça.

Pour revenir à cette journée sur l'homosexualité, elle s'est ouverte sur la nécessité de la formation des professionnels. Pas seulement sur l'homosexualité, sur la et les sexualités et bien évidemment sur une approche pluridisciplinaire. Elle s'est ouverte sur une sensibilisation des écoles sur comment attaquer de front, la pornographie. Comment attaquer de front la violence qui est faite au niveau d'internet, c'est-à-dire les photos qui circulent, qui sont manipulées, qui sont déformées sur des jeunes où on attaque leur intégrité psychique et leur intégrité tout court. Bien évidemment corporelle avec toute la violence qu'il y a derrière tout cela.

Et pour terminer la lutte de toute forme de discrimination, pas seulement l'homosexualité, mais toutes formes de discriminations. Nous sommes tous différents et singuliers et pour le vivre ensemble, pour l'épanouissement, il est nécessaire qu'on puisse accepter l'autre avec toutes ses différences.

Il est prévu des discussions :

Quels sont les défis à relever à partir des interventions qui ont été faites.

Je rappelle l'objectif de ce séminaire. Répondre aux questions : la santé sexuelle contribue-t-elle à la santé globale du jeune qui devient adulte ?

Comment contribuer à la promotion et à l'éducation de la santé sexuelle en général et en milieu scolaire ?

Séminaire santé sexuelle : 14.01.2014 salle George TARER
TRANSCRIPTION FLGALETTE

CHU POINTE-A-PITRE / ABYMES - Hôpital Ricou – Bât B – 2^{ème} étage - 97159 POINTE-A-PITRE Cédex
Tél : 0590 93 46 64 Fax : 0590 89 15 93 – Adresse mail : secretariat.corevih@chu-guadeloupe.fr
www.corevih971.org - twitter : @corevihGua