



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université de Lorraine

École de sages-femmes de Metz

**La contraception d'urgence
et comportements à risque sexuel
à l'adolescence**

*Abordons différemment la sexualité des adolescentes afin d'éviter
des comportements à risque.*

Mémoire présenté et soutenu par :

Marion DELMAS

Née le 28 septembre 1989

Promotion 2009-2013

Université de Lorraine

École de sages-femmes de Metz

**La contraception d'urgence
et comportements à risque sexuel
à l'adolescence**

*Abordons différemment la sexualité des adolescentes afin d'éviter
des comportements à risque.*

Mémoire présenté et soutenu par :

Marion DELMAS

Née le 28 septembre 1989

Promotion 2009-2013

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

A ma sœur, Amélie

A mes amis, Matthieu, Victoria et Jérémy

Et à Alex...

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement,

Mes parents pour leur soutien et leur amour,

Madame Fabienne RAULIN-GALLEY, directrice de mon mémoire, pour sa disponibilité et son humanité,

Madame Catherine LALLEMENT, sage-femme enseignante, pour ses conseils avisés,

Madame Pascale TASSIN, infirmière scolaire du lycée Alain Fournier pour son incroyable motivation,

Et toutes les adolescentes ayant participé à mon enquête.

Sommaire

Introduction	1
Première partie :	
L'adolescence et la contraception d'urgence	2
A) L'adolescence : une période de remaniements	3
1) <i>Le corps : les conséquences des changements anatomiques</i>	3
2) <i>Les remaniements du psychisme</i>	4
a) Introspection : la recherche du « soi »	4
b) L'influence des manifestations pubertaires	4
3) <i>Le développement d'une sexualité génitale</i>	5
a) L'accès à la sexualité génitale	5
b) Les premiers rapports sexuels	6
c) Les comportements sexuels à risque	6
d) La prévention contre les comportements à risque sexuel	7
B) Définition et historique de la contraception d'urgence	10
1) <i>Définition de la contraception</i>	10
2) <i>Définition de la contraception d'urgence</i>	11
3) <i>Historique de la contraception d'urgence : différentes méthodes utilisées de l'Antiquité à nos jours</i>	11
a) Les méthodes anciennes	11
b) Les méthodes contemporaines	12
4) <i>La législation de la contraception et de la contraception d'urgence</i>	14
a) Les lois répressives - 1920	14
b) Les lois évoluant vers l'autorisation de la contraception	14
c) Les lois relatives à la contraception d'urgence	15
d) Les lois relatives à la Contraception d'Urgence et aux compétences de la sage-femme	17
e) Les recommandations de la Haute Autorité de Santé	18

5) <i>La contraception d'urgence hormonale d'aujourd'hui :</i>	
<i>présentation.....</i>	<i>19</i>
a) La contraception d'urgence par progestatifs.....	19
b) La contraception d'urgence par modulateurs du récepteur à la progestérone (EllaOne).....	20
6) <i>Quelle place occupe la contraception d'urgence dans notre</i>	
<i>société actuelle ?</i>	<i>20</i>
a) Idées fausses et croyances erronées	20
b) La contraception d'urgence en quelques chiffres	21
Synthèse de la partie théorique :	22

Deuxième partie :

Présentation des résultats de l'enquête	23
A) Méthodologie	24
1) <i>Problématique</i>	<i>24</i>
2) <i>Hypothèses.....</i>	<i>24</i>
3) <i>Choix de la population cible</i>	<i>24</i>
4) <i>Choix de l'outil d'enquête.....</i>	<i>25</i>
5) <i>Biais et limites de l'étude.....</i>	<i>25</i>
B) Présentation des résultats	26
1) <i>Identité de la population</i>	<i>26</i>
a) Répartition par âge de la population étudiée :.....	26
b) Répartition de la population en fonction de leur établissement de scolarité.....	27
2) <i>Rapport entre adolescentes et débuts dans la vie sexuelle</i>	<i>27</i>
a) Répartition de la population en fonction de leur activité sexuelle :.....	27
b) Qualification des relations sexuelles que peuvent entretenir les adolescentes sexuellement actives.....	29
c) Répartition de la population en fonction de leur nombre de partenaires sexuels.....	30

3)	<i>Rapport entre les adolescentes et la contraception</i>	31
a)	Répartition de la population en fonction de l'utilisation d'un contraceptif	31
b)	Types de contraception les plus utilisés à l'adolescence	31
c)	Rapport entre contraception et relation entretenue avec leur partenaire...	32
4)	<i>Les adolescentes et les rapports sexuels à risque</i>	33
a)	Le rapport sexuel à risque défini par les adolescentes	33
b)	Le risque de grossesse lors d'un rapport sexuel pour les adolescentes	33
c)	Les rapports sexuels non ou mal protégés vécus par ces jeunes filles	34
d)	Les raisons du rapport sexuel non ou mal protégé	36
5)	<i>Les connaissances des adolescentes sur la contraception d'urgence</i>	36
a)	La contraception d'urgence méconnue de la population étudiée?	36
b)	Par qui ou où les adolescentes ont-elles évoqué le sujet de la contraception d'urgence ?	37
c)	Nécessité d'une ordonnance pour obtenir la contraception d'urgence	38
d)	Les modalités de délivrance de la contraception d'urgence	38
e)	La contraception d'urgence : accessible facilement selon la population? ..	39
f)	Le délai d'utilisation de la contraception d'urgence selon la population...	40
g)	La prescription à l'avance de la contraception d'urgence	40
6)	<i>La sexualité à l'adolescence</i>	41
a)	Les sujets abordés avec les parents selon notre population	41
b)	Les personnes vers qui se tournent les adolescentes pour aborder la sexualité, la contraception, les IST et l'amour	42
c)	Le plaisir	43
d)	Les sujets tabous	44
e)	La consultation de gynécologie	46
f)	Ressenti des adolescentes de la population face à leur sexualité	47

Troisième partie :	
Analyse des résultats et propositions d'actions	49
A) Vérification de notre première hypothèse	50
1) <i>La définition du comportement à risque selon les adolescentes.</i>	<i>50</i>
2) <i>Portrait des jeunes filles à risque et identification des facteurs de risques</i>	<i>51</i>
3) <i>Les réticences à la prise de la contraception d'urgence</i>	<i>54</i>
B) Vérification de l'hypothèse 2	56
C) Vérification de l'hypothèse 3	57
1) <i>Le dialogue parental.....</i>	<i>57</i>
2) <i>La sexualité abordée en milieu scolaire.....</i>	<i>60</i>
3) <i>Les professionnels de santé</i>	<i>61</i>
D) Que pouvons-nous faire pour améliorer la situation actuelle ?	63
Conclusion	68
Bibliographie	69
Récapitulatif des illustrations	73
Annexes	74

Introduction

L'adolescence, temps fondamental de notre existence, est l'âge des interrogations mais aussi des transgressions. Le jeune se cherche, expérimente dans tous les domaines. Il va vivre ses premières expériences amoureuses, sexuelles mais aussi ses premières déceptions. La sexualité génitalisée unissant mais séparant les femmes et les hommes est alors une véritable découverte et prend une place importante dans leur quotidien.

Alors que des campagnes de prévention et des séances d'éducation sexuelle en milieu scolaire perdurent, les adolescents ont encore pour la plupart des comportements à risque sexuel. L'utilisation de la contraception d'urgence ne cesse d'augmenter et ce, surtout pour les jeunes âgées entre 15 et 18 ans.

Devant ce constat, nous avons défini la problématique suivante. **La contraception d'urgence est méconnue et insuffisamment utilisée par les adolescentes et ce, malgré le développement des campagnes de prévention en milieu scolaire et un accès libre de cette contraception dans les différentes institutions.** Les informations transmises aux jeunes filles sont-elles adaptées à leurs besoins ? Comment aborder certains sujets encore tabous dans notre société permettant de guider les adolescentes dans leur sexualité ?

En premier lieu, nous mettons en évidence les conséquences physiques et psychiques pouvant amener le jeune à prendre des risques dans sa sexualité. Puis, nous présentons la contraception d'urgence et nous constatons que son principe a toujours été recherché. Nous exposons quelle place la contraception d'urgence occupe actuellement.

En second lieu, nous présentons la méthodologie que nous avons appliquée à notre travail de recherche. Nous réaliserons une étude par le biais d'un questionnaire destiné aux adolescentes âgées de 15 à 18 ans afin de répondre aux trois hypothèses posées :

Hypothèse 1 : Les adolescentes présentent un comportement à risque sexuel en amont et en aval du rapport sexuel.

Hypothèse 2 : Les jeunes filles ont des connaissances erronées concernant la contraception d'urgence.

Hypothèse 3 : La prise de la contraception d'urgence est associée à une sexualité insuffisamment ou peu accompagnée par l'entourage.

Enfin, nous analysons nos résultats en dernière partie et nous tentons de faire des propositions afin d'améliorer l'accompagnement des adolescentes dans leur sexualité.

Première partie

L'adolescence et la contraception d'urgence

Prendre un moyen de contraception introduit, dans la plupart des situations, l'entrée dans la sexualité. Dans un premier temps nous développerons la période de l'adolescence, période où la sexualité devient génitale et s'associe à des comportements sexuels à risque. Nous décrirons succinctement ce temps fondamental de bouleversements psychique, physique et de recherche mais aussi de construction de soi.

Dans un second temps, nous définirons la contraception d'urgence en étudiant son histoire, les lois qui la régissent, comment elle est utilisée et perçue de nos jours, notamment par les adolescentes.

A) L'adolescence : une période de remaniements

L'adolescence est un mot issu du latin «adulescens » signifiant « qui est en train de grandir ». Ce terme date du XIVème siècle mais l'utilisation s'est davantage développée à partir du XIXème siècle.

L'adolescence se définit comme étant la période qui succède à l'enfance et qui précède l'âge adulte. Il s'agit d'un moment particulier de la vie, de transition. C'est une rupture avec l'état d'enfance antérieur. [1]

« L'adolescence est un tremplin qui poussera le jeune dans la vie adulte. » [2]

1) Le corps : les conséquences des changements anatomiques

L'adolescent va vivre ce que l'on appelle la puberté signifiant « se couvrir de poils ». Ce processus arrive sans crier gare et s'impose de façon soudaine. Incontournable, elle se manifeste différemment chez une fille et chez un garçon.

Les premiers signes de la puberté chez la fille apparaissent vers 10 ans et s'étendent jusqu'à l'âge de 16 ans. Le rythme et le degré des variations des transformations varient donc d'une fille à l'autre. Les jeunes filles découvrent alors la réalité de leur corps adulte : « serai-je grande ou petite », « aurai-je peu ou beaucoup de poitrine » ? Les adolescentes découvrent peu à peu leur nouveau corps, leur capacité à se reproduire, leur poitrine symbole esthétique, érotique et sexuel.

Chez les garçons, la puberté arrive un peu plus tard que chez la fille (environ 18 mois après), entre 12 et 15 ans. Les garçons se comparent les uns ou autres pour essayer de trouver des repères rassurants face à ce corps changeant. [3]

Les adolescents se retrouvent dans un corps qui ne leur semble pas être le leur. Ils se demandent qui ils deviennent : « comment serai-je ? ».

2) *Les remaniements du psychisme*

a) Introspection : la recherche du « soi »

L'image de soi est une idée composite que chacun se fait de son identité psychologique et sociale pouvant en retour influencer sur son comportement. Sa construction dépend de trois dimensions :

- réalité biologique où l'adolescent voit son corps se modifier, se transformer
- l'histoire personnelle de l'adolescent
- les pressions sociales qui englobent les normes de beauté

Le manque d'estime de soi mais aussi de confiance en soi sont récurrents dans cette période de la vie. Les adolescents ont cette angoissante impression que leur corps et eux-mêmes font deux : ils deviennent étrangers à leur propre corps. Ils peuvent être amenés à pousser « ce » corps à l'extrême en ne le respectant pas. Ils en testent les limites. On distingue de nombreux comportements dits à risque durant cette période de transition qu'est l'adolescence. [4] [1]

b) L'influence des manifestations pubertaires

L'image de soi est l'image du corps avec des affects. Le corps pourrait être considéré comme un véritable champ de bataille de l'idée et de la construction de soi. Il devient un symbole du moi et est le support de son intérêt. Le corps peut être ainsi négligé à l'extrême. Françoise DOLTO parle du “complexe du homard” : l'enfant perd sa carapace et l'adolescent sera donc mis à nu face à ses émotions et face au regard des autres. [5]

La crise d'adolescence permettra l'acceptation progressive de cette nouvelle image de soi.

3) Le développement d'une sexualité génitale

a) L'accès à la sexualité génitale [2]

S'accompagnant des premières manifestations pubertaires, la période de l'adolescence prépare et permet l'apprentissage de la sexualité génitale.

Cependant, le processus de sexualisation débute dès la toute petite enfance et s'étend jusqu'à l'adolescence. L'enfant découvre certaines parties de son corps en se touchant, en se caressant tout particulièrement les zones repérées comme source de plaisir pour lui (le petit garçon joue avec son pénis ou la petite fille se frotte la vulve contre son oreiller). Puis surviennent les jeux d'imitation : le garçon et la fille jouent au papa et à la maman, au docteur. Ces jeux préparent progressivement l'enfant à la sexualité future. Ils encodent alors certaines règles et pratiques sans qu'elles soient à ce moment génitalisées même si elles sont sources de plaisir.

L'enfant en grandissant, grâce à son éducation, a une représentation du bien et du mal ; la représentation qu'il se fera de la nudité, du toucher des organes génitaux, puis de la sexualité dépend des valeurs et idées qui lui seront transmises, des interdits et des permissions qui lui seront donnés. Puis vient la période de l'adolescence.

Les manifestations de la puberté via l'explosion des hormones sexuelles vont précéder cette phase où l'adolescent va découvrir une excitation et une sensualité sexuelle. Ce sont les premières règles pour les filles qui constituent un repère physiologique et biologique. Chez les garçons, le développement pubertaire et ses manifestations sont beaucoup moins socialisés : les premières masturbations et les premières éjaculations sont les prémices de la vie sexuelle masculine. Cela implique déjà une production fantasmatique individuelle.

Ces événements, selon les représentations transmises, peuvent être vécus avec honte, culpabilité voire même être qualifiés de traumatisants. [6]

Arrivent ensuite les premiers flirts avec les débuts de l'exploration physique de l'autre : l'entrée dans une sexualité relationnelle, comme par exemple le premier baiser dit profond.

b) Les premiers rapports sexuels [7]

L'âge du premier rapport sexuel aujourd'hui est contenu dans un intervalle de temps court autour d'un âge médian (17 ans). En effet, on a pu constater au fil des générations une disparition des premières relations sexuelles tardives mais aussi une légère augmentation des expériences plus précoces (c'est-à-dire avant 15 ans).

Les premiers rapports sexuels sont précédés par les baisers, les caresses sur le corps, les caresses génitales et enfin la pénétration génitale. C'est donc une phase qui s'effectue sur plusieurs années, par étapes.

Avant de « concrétiser » sa sexualité, l'adolescent vit une étape de rêves permettant une éruption de la pulsion sexuelle dans le corps et dans la psyché. Les relations à l'autre sont imaginées, magnifiées pour être vécues ce qui clôt l'étape de l'imaginaire. [1]

L'entrée dans la sexualité génitale renforce l'idée chez l'adolescent qu'il devient un adulte à part entière. Il se prouve ainsi à lui-même que son corps est "capable de" et il affirme son indépendance vis-à-vis de ses parents.

La sexualité peut aussi être source d'angoisses, ce qui peut paraître contradictoire. En effet on pourrait penser que l'angoisse va accentuer la prévention des risques. Il s'agit en fait du moment où on peut constater une prise de risque importante : l'angoisse majore le risque.

c) Les comportements sexuels à risque

Débutant et s'installant souvent lors de cette période de transformation, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) décrit un comportement à risque comme étant un « *comportement dont on a constaté qu'il est lié à une vulnérabilité accrue à l'égard de certains problèmes de santé* ». [8]

Période de changements, l'adolescence peut se définir comme un moment où le jeune est en quête de cadres, d'où l'importance des prises de risque tant en limites corporelles que sociales. En regard de la sexualité, l'adolescent s'expose au danger. Les comportements directs éventuellement préjudiciables sont l'absence de contraception, le multi-partenariat sans contraceptif, l'oubli fréquent de pilule, voire la prostitution. D'autres comportements sont indirects comme l'alcoolisation, la toxicomanie qui lèvent l'inhibition.

Plusieurs facteurs sont identifiés : carences éducatives, affectives, troubles de la personnalité, mais dans une grande majorité de situations, on relève des méconnaissances liées au fonctionnement sexuel, à son propre corps. [2]

Le manque d'estime de soi favorise également la relation sexuelle non protégée consentie. Les jeunes filles peuvent avoir peur du rejet du partenaire si celles-ci incitent la contraception. L'absence de communication sur un sujet considéré dans l'intimité comme tabou entre les deux partenaires majore la prise de risque. [8]

d) La prévention contre les comportements à risque sexuel

- **Prévention au sein de la famille**

Le problème de la contraception chez les adolescents divise la population parentale ; en effet, certains parents pensent qu'en parler incite à une sexualité relationnelle précoce. [9]

Le milieu familial a un impact très important sur la prise ou non d'un contraceptif à l'adolescence. Si l'entourage est dit trop « rigide » ou « fermé », la protection contraceptive devient plus difficile d'accès, les adolescents peuvent en conséquence se sentir coupables d'une sexualité et ainsi ne pas en parler. Le mode de vie des adolescents ainsi que leur éducation est un paramètre important à prendre en compte dans les échecs de contraception et ce, indépendamment du niveau social. Car ne pas en parler ne repousse en aucun cas l'entrée dans la sexualité.

D'autres parents en parlent beaucoup, voire même à l'excès sans tenir compte de la maturité de l'enfant et de son degré d'évolution, ce qui est également délétère pour l'enfant. [10]

D'autres encore sont centrés uniquement sur les risques de la sexualité, ce qui accroît les angoisses des jeunes et a un effet de panique qui majore le comportement à risque. L'angoisse fondamentale de « la première fois » n'étant pas apaisée.

Enfin, se profilent les parents qui n'ont pas de tabou sur le sujet, pour lesquels la représentation de la sexualité est positive. « On n'a pas peur de ce qu'on maîtrise » Ils offrent un accompagnement de qualité, délivrent des informations sur le corps, la sexualité érotique et de reproduction sans entrer dans l'intimité de l'enfant et de l'adolescent.

- **Prévention dans les institutions**

Depuis 2001, des séances concernant l'éducation sexuelle et la sexualité ont été mises en place mais celles-ci ne sont pas toujours appliquées et une réelle difficulté pour l'intervenant est souvent relatée.

Les objectifs de l'éducation à la sexualité fixés par la circulaire 2003-027 du 17 février 2003 (annexe) dans le cadre scolaire se définissent ainsi : [11]

- *« comprendre comment l'image de soi se construit à travers la relation aux autres,*
- *analyser les enjeux, les contraintes, les limites et les interdits liés à la sexualité ; comprendre l'importance du respect mutuel, et se situer dans la différence des sexes et des générations,*
- *apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine (biologique, affective, psychologique, juridique et sociale, culturelle et éthique),*
- *développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias en matière de sexualité,*
- *favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective, notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre,*
- *apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement. »*

A travers ces objectifs, la sexualité est abordée dans plusieurs dimensions qui ne répondent qu'en partie aux attentes des jeunes. L'éducation à la sexualité est d'avantage centrée sur les peurs des adultes (infections sexuellement transmissibles, grossesses à l'adolescence,...).

La loi prévoit des séances d'éducation à la sexualité, suivant un programme défini, mais restant soumis au projet de l'académie. Par ailleurs, le nombre de séances légiférées devrait être de 3 par année scolaire, du primaire au lycée et par groupe d'âge homogène. Très peu d'établissements réussissent à appliquer la loi dans son intégralité par faute de temps, de moyens mais aussi de formations. Cependant des réels efforts ont été réalisés au collège et au lycée.

Le nombre d'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) et de grossesses chez les jeunes, voire très jeunes filles, ne diminue pas malgré les efforts réalisés. En effet, même si le système de données statistiques en matière d'IVG ne permet pas de disposer d'informations récentes sur le nombre de mineures y recourant, la DRESS (Direction de Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques) a publié en 2007 des chiffres relatifs à l'ensemble des IVG. Ceux-ci permettent de constater que pour 1000 mineures le taux d'IVG ne cesse d'augmenter. [12]

En 2001, ce taux était de 11 329 pour 215 611 IVG et en 2007, de 14 501 pour 227 053 IVG. On observe une hausse de 4 000 IVG pour les mineures soit plus d'un quart en 6 ans. [12]

L'utilisation de la contraception d'urgence peut-elle être un moyen pour limiter les risques ?

B) Définition et historique de la contraception d'urgence

1) Définition de la contraception

La contraception se définit comme étant l'ensemble des moyens permettant d'éviter une grossesse non prévue en cas de rapport sexuel. Elle peut être mécanique, chimique, hormonale ou naturelle (observation du cycle et abstinence périodique). C'est l'ensemble des méthodes ayant pour objectif principal d'empêcher la rencontre des gamètes (ovules et spermatozoïdes) ou d'empêcher la nidation de l'embryon fécondé (exemple du mécanisme d'action du dispositif intra-utérin). [13]

Elle doit répondre à cinq critères fondamentaux tels que : [8] [13]

- l'*innocuité* qui concerne les effets indésirables liés aux antécédents personnels de la patiente
- l'*efficacité* qui est mesurée par l'indice de Pearl (nombre de grossesses observées pour 100 femmes par an utilisant une méthode de contraception donnée)
- l'*acceptabilité* tant physique que psychologique conditionnant l'observance de la méthode
- la *réversibilité* : cela concerne la non altération de la fécondité à l'arrêt de la méthode excluant donc la stérilisation à visée contraceptive
- le *coût* pour l'utilisatrice, dépendant du remboursement ou non par la sécurité sociale du moyen de contraception prescrit

La contraception fait partie de la vie d'une femme : comme le suggère Martin Winckler, médecin français et auteur d'ouvrages spécialisés notamment dans ce domaine, « *la meilleure contraception n'est pas celle que le médecin préfère, mais celle que la femme (ou le couple) choisit librement, en connaissance de cause* ». Une femme peut à un moment de sa vie choisir une méthode contraceptive pour en changer plus tard. « *La sexualité change avec le mode de vie. La contraception aussi.* » [14]

Se heurtant aux pouvoirs politiques, religieux et culturels, la contraception fait partie désormais des mœurs : « *c'est le mérite des esprits éclairés d'avoir donné plus de dignité à l'homme en lui permettant de déterminer sa reproduction* ». Ce droit fondamental que possèdent les femmes mais aussi les hommes génère d'autres droits dont le libre choix concernant la sexualité, le mode de procréation mais aussi... de mode de vie. [14]

La contraception, participant donc au contrôle de la fertilité humaine, peut être dite conventionnelle mais parfois peut être nommée d'urgence.

2) *Définition de la contraception d'urgence* [15]

La notion de contraception d'urgence ou contraception post-coïtale regroupe les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé. Elle est conçue pour être utilisée en situation d'urgence, après un rapport non protégé, un échec, un usage défectueux d'une méthode contraceptive (comme l'oubli de la pilule ou rupture du préservatif) ou des rapports sous la contrainte.

Elle est à différencier de la pilule abortive qui, elle, agit après la nidation.

De nos jours, la contraception d'urgence pourrait faire appel :

- soit à des méthodes hormonales : progestatifs, ulipristal acétate (la fameuse dite « pilule du lendemain » voire même du « surlendemain »)
- soit aux dispositifs intra-utérins au cuivre

Bien utilisée, la contraception d'urgence est une solution efficace à un risque ponctuel de grossesse. Elle ne remplace en aucun cas une contraception régulière.

Nous allons constater ci-après que le principe de la contraception d'urgence existe depuis des années voire même des siècles.

3) *Historique de la contraception d'urgence : différentes méthodes utilisées de l'Antiquité à nos jours*

De tout temps, les hommes et les femmes ont cherché à contrôler les naissances. Concept très ancien, il faudra attendre la deuxième moitié du vingtième siècle pour commencer à parler de la contraception post-coïtale telle que nous la connaissons aujourd'hui.

a) Les méthodes anciennes [16]

La contraception post-coïtale est un concept très ancien puisque des références datant de la grande époque égyptienne (1500 ans avant Jésus Christ) ont été retrouvées. Cette méthode consistait à l'époque en l'injection intravaginale de préparations

médicinales (vin et ail mélangés à du fenouil). Cette préparation était souvent associée à une fumigation pré-coïtale du vagin (opération consistant à introduire un gaz ou une substance donnant naissance à un gaz en vue d'y détruire des organismes vivants dits « nuisibles »).

Charles Knowlton, médecin américain (1800-1850) a permis à ces injections de connaître un regain de popularité. Dans son ouvrage « Les Fruits de la Passion », il indique que cette méthode constitue la meilleure méthode de contraception. Les produits qu'il recommande sont variés. Il évoque des solutions de « *sulfate de zinc, d'alun, de perlasse ou de tout autre sel ayant une action chimique sur le sperme* ».

Ces injections ont été remises en cause par de nombreux chercheurs à la fin du dix-neuvième siècle mais finalement, de nombreux auteurs les préconiseront. Des appareils prévus pour cette méthode ont été commercialisés (bidets disposant des canules pour les injections intravaginales).

Les produits retrouvés dans ces solutions étaient très variés ; certains pouvaient être toxiques pour la femme (caustiques, désinfectants, bichlorure de mercure, ...). Il semblerait que des produits tels que les boissons gazeuses de type Coca-Cola ont été préconisées dans certains pays en voie de développement.

b) Les méthodes contemporaines

- **Publication de Morris et Van Wagenen [17]**

Le développement des méthodes de contraception d'urgence hormonale remonte aux années 20 au moment où des chercheurs ont montré que les estrogènes à forte dose avaient le pouvoir d'empêcher la nidation et qu'ils pouvaient interférer négativement sur le développement des grossesses chez les animaux de laboratoire.

Cependant, il a fallu attendre 1963 pour que la première étude sur l'Homme soit entreprise. John Mac Lean Morris, gynécologue, et Gertrude Van Wagenen, pharmacien, ont testé un certain nombre de produits tout d'abord chez le singe puis chez les femmes victimes de viol. La méthode consistait à prendre 50mg de diethylstilbestrol (DES) pendant 4 à 6 jours après le rapport sexuel. Celle-ci s'avéra d'une efficacité voisine de 100% et aucun accident thromboembolique ne fut rapporté malgré les risques éventuels qu'impliquait l'administration d'une forte dose d'estrogènes.

Il est à noter, qu'en cas d'échec, on retrouvait dans un cas sur dix une grossesse extra-utérine. Cette publication fut une avancée pour la contraception d'urgence.

- **La méthode YUZPE [17]**

En 1982, le canadien Albert Yuzpe a permis à la contraception d'urgence hormonale de se populariser sur le plan mondial jusqu'à l'avènement de la contraception d'urgence par progestatif seul. La méthode YUZPE consiste en une première prise de deux comprimés de Tétragynon, c'est-à-dire deux pilules combinées contenant chacune 50 µg d'éthinylestradiol et 250 µg de lévonorgestrel le plus tôt possible après le rapport mal ou non protégé et au plus tard dans les soixante-douze heures le succédant. Une deuxième prise de deux autres comprimés de Tétragynon s'effectue douze heures après la première.

Cette méthode a remplacé les formules à hautes doses d'estrogènes qui furent abandonnées à cause des effets secondaires graves dont elles étaient responsables (scandale du DYSTILBENE).

Il est à noter qu'en France la contraception d'urgence hormonale ne se résume plus à cette méthode. Le Tétragynon a été supprimé du marché.

- **Le stérilet dit « du lendemain » [18]**

Les dispositifs intra-utérins au cuivre constituent la plus efficace des méthodes actuelles de contraception d'urgence (99% s'il est inséré dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé). Leur action se fait essentiellement par des effets « post-fertilisation » (que par effets toxiques directs) tels qu'une réaction inflammatoire au niveau de l'endomètre pouvant permettre une action anti-implantation. Le dispositif intra-utérin n'est donc pas abortif. Son délai d'utilisation est plus important que celui de la pilule du lendemain et il peut être mis en place même après la fécondation. Il peut être conservé comme moyen de contraception à plus long terme. [19]

Malgré sa très grande efficacité et le fait qu'il puisse rester en place après avoir rempli son rôle de contraceptif d'urgence assurant ainsi une contraception continue si la femme le souhaite, il existe une réticence des médecins à insérer un dispositif intra-utérin en urgence. En effet, pour eux, la majorité des femmes qui ont besoin de cette contraception d'urgence sont des adolescentes ou des jeunes femmes. Elles seraient « a priori » à haut risque d'Infections Sexuellement Transmissibles. Il semblerait qu'il existe un haut risque infectieux pelvien car le dispositif intra-utérin (DIU) pourrait se révéler être un cofacteur majeur d'une flambée infectieuse induite par une IST. Cependant, la Haute Autorité de Santé recommande aujourd'hui de proposer en première intention la contraception par DIU aux femmes nullipares. [20]

4) La législation de la contraception et de la contraception d'urgence

La contraception d'urgence existe depuis des années, cependant les lois qui ont légiférées son avènement sans contrainte sur le marché ont été complexes et ambivalentes.

a) Les lois répressives - 1920

L'orthogénie, ensemble des mesures permettant la planification des naissances, et notamment l'avortement, a toujours été au centre des discussions politiques et sociales. En effet, la régulation des naissances est un enjeu en santé publique et a toujours préoccupé d'abord les couples mais aussi l'État français. [21]

Un paradoxe dans les années 20 peut être établi. Des avancées scientifiques ont permis de mettre en place un moyen de contraception d'urgence alors qu'au même moment, le 31 juillet 1920 exactement, une loi est adoptée entravant toute forme d'éducation sexuelle et maintenant ainsi la population française dans l'ignorance de leur propre corps mais interdisant aussi la propagande de contraceptifs artificiels. Il n'existe donc aucun moyen de « prévenir » une grossesse mais aussi d'en interrompre. Le Code Pénal criminalise l'avortement. Nous pouvons citer d'autres lois répressives comme celle de 1923 ou le Code la Famille qualifiant l'avortement de délit. Ces lois concernant la natalité interviennent dans un contexte où la démographie française connaît une transition. A cette période, la France connaît une diminution de la natalité. Par ces lois, l'État avait l'espoir d'augmenter celle-ci. [22]

b) Les lois évoluant vers l'autorisation de la contraception

- **Le Mouvement Français pour le Planning Familial [7] [13]**

Le Mouvement français pour le planning familial est une association régie par la loi de 1901. C'est à Marie-Andrée Lagroua Weil-Hallé, gynécologue, et à Évelyne Sullerot, sociologue, que nous devons la fondation de « Maternité Heureuse » en 1956. Elle réunissait à cette époque des femmes et des hommes décidés à faire évoluer la loi de 1920. Cette fondation prend son nom actuel suite à son adhésion à l'International Planned Parenthood. Structurée en une confédération nationale regroupant 20 fédérations régionales, le Mouvement Français pour le Planning Familial a pour objectif l'éducation sexuelle, la lutte pour le droit à la contraception et à l'avortement c'est-à-dire le contrôle des naissances en France. Il dénonce la violence sous toutes ses formes, la discrimination et les inégalités sociales.

- **La loi n°67-1176 du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth [23]**

Dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, les femmes revendiquaient ouvertement leur droit à la maternité libre (cf. le slogan « *un enfant si je veux, quand je veux* » proclamé par le Mouvement français pour le planning familial dans les années 1970).

Il y a quarante-cinq ans, le Parlement français votait la loi Neuwirth libéralisant la contraception en France. Déposée en juin 1966 par le sénateur gaulliste Lucien Neuwirth, ancien résistant, cette loi propose d'abroger les articles du Code de la Santé réprimant la propagande anticonceptionnelle et d'autoriser l'importation et la fabrication des moyens contraceptifs. Votée tardivement, le 19 décembre 1967, cette loi, tournant dans l'histoire des politiques de population en France, est une avancée également pour l'orthogénie mais a toujours des exigences restrictives comme le consentement parental pour les mineures ou l'interdiction de publicité à l'égard des moyens de contraception. Elle n'autorise pas non plus l'interruption volontaire de grossesse. Ce n'est qu'en 1975 que l'autorisation parentale ne sera plus exigée et il faudra attendre treize ans encore de plus pour qu'une loi abroge enfin cette interdiction de publicité.

c) Les lois relatives à la contraception d'urgence [23] [24]

La mise sur le marché du NorLevo a eu lieu le 16 avril 1999. Quelques semaines plus tard, en mai de la même année, le Ministre chargé de la Santé et de l'Action Sociale, Monsieur Bernard Kouchner, supprime par un arrêté l'obligation de prescriptions médicales à laquelle la contraception d'urgence sous forme NorLevo était soumise jusque-là. Cette décision émane d'une proposition du directeur général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSPS). Cette décision permet la vente libre en pharmacie de NorLevo choisissant donc d'ignorer la disposition de la loi Neuwirth.

- **Pourquoi une telle décision ? [23]**

Il est à noter que la prescription médicale d'un médicament est obligatoire lorsqu'il existe dans celui-ci une ou plusieurs substances actives dites vénéneuses. Ainsi, l'éthynil-estradiol comme tous les estrogènes de synthèse est inscrit sur la liste des substances vénéneuses et ne bénéficie d'aucune exonération.

NorLevo a été exonéré de cette obligation dans les conditions suivantes : durée maximale de traitement de deux jours avec une dose maximale de 1,5 mg et une dose limite par unité de prise. Ne possédant pas de contre-indication, cette pilule n'est donc

plus soumise à prescription.

Dorénavant, le NorLevo n'est plus simplement disponible qu'en pharmacie. Conformément aux dispositions de la loi Neuwirth vues précédemment, il peut également être délivré, à titre gratuit, dans les Centres de Planification et d'Education Familiale.

- **Dans l'Éducation Nationale [23]**

Prise à l'occasion de la mise en place d'un *"Protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement"*, daté du 29 décembre 1999 et paru au BO du ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie du 6 janvier 2000, cette initiative visait notamment à clarifier les modalités d'organisation des soins et des urgences dans les collèges et les lycées en définissant la liste des médicaments d'usage courant ou d'urgence pouvant être délivrés dans les infirmeries scolaires. Ainsi, cette disposition a permis à l'infirmière ou au médecin scolaire d'administrer NorLevo, même aux mineures.

Le 30 juin 2000, un arrêt du Conseil d'État annule la circulaire concernant la délivrance de NorLevo par les infirmières scolaires car celui-ci juge qu'elle contrevient à la loi Neuwirth de 1967.

Toutefois, le Gouvernement réaffirme « *sa volonté de garantir l'accès libre de toutes les femmes à la nouvelle contraception* » et rappelle que « *l'obstacle juridique retenu par le Conseil d'État ne peut être surmonté que par la loi* ». [23]

Le 13 septembre 2000, Madame Danielle Bousquet et les membres du groupe socialiste et apparentés dépose une proposition de loi concernant la contraception d'urgence. Le texte sera adopté par l'Assemblée Nationale le 13 décembre 2000. Il s'articule autour de trois dispositions bien distinctes : [36]

- la suppression de l'obligation d'une prescription médicale pour la délivrance des contraceptifs d'urgence qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé. NorLevo est le seul à correspondre à ces caractéristiques.
- la possibilité, pour les médecins, de prescrire et, pour les pharmaciens, de délivrer ces contraceptifs d'urgence aux « mineures désirant garder le secret », c'est-à-dire sans autorisation parentale
- la possibilité, pour les infirmières scolaires, d'administrer ces contraceptifs d'urgence aux élèves qu'elles soient majeures ou mineures.

- **Une nouveauté en 2012 [24]**

Un décret publié au Journal officiel du jeudi 26 juillet 2012 permet dorénavant aux étudiantes de bénéficier gratuitement d'une contraception d'urgence dans les universités. Ce texte précise les conditions de délivrance de cette pilule dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. Délivrés à titre gratuit, ces contraceptifs sont accompagnés de conseils de prévention.

- d) Les lois relatives à la Contraception d'Urgence et aux compétences de la sage-femme

Le décret du 17 juillet 2012 a entraîné une modification du Code de déontologie des sages-femmes suite aux évolutions législatives du champ des compétences de la sage-femme dues surtout à la loi relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et au Territoire datant du 21 juillet 2009.[25]

Depuis cette loi, des compétences tout à fait nouvelles leur ont été attribuées comme celle de la réalisation de consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve, en cas de situation pathologique, d'adresser la patiente à un médecin. Cette nouvelle compétence a permis, de ce fait, d'étoffer la liste des médicaments et des vaccins dont la prescription peut être réalisée par les sages-femmes. Il en est de même pour les dispositifs médicaux.

Marie-Josée Keller, présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, précise que *« les extensions de compétence et les assouplissements ainsi réalisés, principalement du fait des lois du 09 août 2004 et du 21 juillet 2009 ainsi que leurs dispositions réglementaires d'application, doivent permettre à notre profession de remplir pleinement auprès des femmes et des enfants le rôle important qui nous est dévolu. »* [25]

Depuis l'article L-4151-4 du Code de Santé publique, la sage-femme peut prescrire des médicaments figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé. L'arrêté du 12 octobre 2011 a fixé la liste de ceux-ci et a porté abrogation de dispositions réglementaires telles que l'arrêté du 23 février 2004.

La sage-femme peut, en primo-prescription, prescrire les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration.

Nous retrouvons dans le Code de déontologie des sages-femmes, concernant la contraception d'urgence, l'article L.5134-1 du Code de la Santé Publique :

« Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant du représentant légal, n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à une prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit selon les conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. » [25]

L'accompagnement des adolescentes est donc spécifiquement évoqué dans ce texte de loi. Tout comme il l'est mentionné selon les termes du décret du 9 janvier 2002 vis à vis des pharmaciens prévoyant que ces derniers doivent remettre à la jeune fille une documentation écrite sur ces sujets et lui indiquer les coordonnées du centre de planification le plus proche. [24]

e) Les recommandations de la Haute Autorité de Santé [25]

En France, il existe peu de recommandations relatives à la prescription et à la délivrance de la contraception d'urgence. L'ANAES précise en 2004 dans son rapport concernant les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme qu'une prescription à l'avance ne pouvait s'effectuer qu'au cas par cas. [17] « *L'urgence ça se prévoit* » est d'ailleurs le slogan retenu pour la campagne sur la contraception d'urgence mise en place par l'Association Française pour la Contraception selon laquelle « *la contraception d'urgence, mieux vaut l'avoir à l'avance pour l'utiliser vite en cas d'échec contraceptif* ». [27]

Le rapport de l'IGAS nommé « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence » publié en 2009 a interrogé plusieurs personnes dont la Direction générale de la Santé. Cette dernière a sollicité l'HAS en novembre 2011 afin de connaître leur avis sur le fait d' « encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence à l'avance. » [28]

Il est à noter que l'IGAS recommande d'encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence à l'avance (recommandation n°18) et formule les propositions concrètes telles que la prescription systématique et détaillée d'une

contraception d'urgence lors de la première prescription d'une contraception orale, afin de diminuer le nombre des grossesses sous pilule.[28] [33]

Aujourd'hui, la contraception d'urgence est généralement entrée dans l'esprit de tous, mais sous quelle forme ? Quelles sont les différentes formes pharmaceutiques utilisées ? De quelle façon est perçue la pilule du lendemain par notre société actuelle ?

5) La contraception d'urgence hormonale d'aujourd'hui : présentation

a) La contraception d'urgence par progestatifs [7] [29] (cf fiche annexe)

La contraception d'urgence par lévonorgestrel seul est utilisée depuis longtemps dans certains pays, notamment européens tels que la Hongrie, sous le nom de Prostinor. En France, cette contraception d'urgence par lévonorgestrel est disponible sous le nom de NorLevo 1,5 mg.

Cette méthode la plus répandue, consiste à prendre un comprimé de lévonorgestrel 1,5 mg le plus rapidement possible et au plus tard dans les trois jours suivants un rapport sexuel non ou mal protégé (72 heures).

L'administration de la contraception d'urgence hormonale est une véritable « course contre la montre » car l'efficacité diminue rapidement 24 heures après le rapport non protégé. Les femmes peuvent l'obtenir avec ou sans prescription. Elle est gratuite et sa délivrance est anonyme pour les mineures qu'elle soit auprès des pharmaciens, des infirmières scolaires, dans les Centres de Planification et d'Education Familiale. Elle est délivrée en pharmacie avec ou sans ordonnance.

Les pilules au lévonorgestrel ne sont plus efficaces lorsque le processus de nidation a commencé, elles ne provoquent pas l'interruption d'une grossesse et ne semblent pas avoir d'effet indésirable sur le fœtus.

Gratuite pour les mineures (décret 2002-39 du 9 juillet 2002), son prix est d'environ de 7,60 euros. Une prescription médicale peut être établie entraînant un remboursement par la sécurité sociale à 65%.

- b) La contraception d'urgence par modulateurs du récepteur à la progestérone (EllaOne) [31]
(cf fiche annexe)

L'innovation en 2009 fut le lancement le 1er octobre d'EllaOne contenant 30 mg d'ulipristal acétate (UPA). Il s'agit d'un SPRM, modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone.

La délivrance d'ellaOne ne se fait que sur prescription médicale et est délivrée dans les CPEF et auprès des pharmacies essentiellement.

Non gratuite pour les mineures, son prix s'élève à 23,59 euros et elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

6) Quelle place occupe la contraception d'urgence dans notre société actuelle ?

- a) Idées fausses et croyances erronées [32]

La contraception d'urgence est disponible dans de nombreux pays mais on peut remarquer que le nombre de grossesses non désirées est resté stable.

Des informations fausses circulent sur ces pilules baptisées « du lendemain ». Il est à noter que, d'après de nombreuses études, l'ignorance des femmes sur ce sujet reste un important obstacle à l'utilisation de la contraception d'urgence malgré les campagnes d'informations existantes.

L'expression « pilule du lendemain » peut conduire les femmes dans l'erreur en croyant que celle-ci doit être utilisée que le lendemain du rapport sexuel dit à risque. Il est donc nécessaire de promouvoir et préciser l'expression contraception d'urgence. [33]

Les femmes, et notamment les adolescentes, semblent ne pas « vivre le risque attendu » et, de ce fait, ne pensent pas à la contraception d'urgence.

De nombreuses fausses idées entraînent la non prise de celle-ci comme :

- la croyance d'une baisse de la fertilité voire d'une stérilité
- son caractère plus « fort » que la pilule
- l'exagération des effets secondaires
- l'accueil non informatif et explicatif en pharmacie

Opinions préconçues, croyances erronées et « mauvaises » expériences pouvant être véhiculées par le bouche à oreille sont des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence.

b) La contraception d'urgence en quelques chiffres

Cependant différentes sources d'information font état d'une augmentation assez importante du recours à la contraception d'urgence depuis son accès libre en pharmacie. Ainsi, d'après un rapport de la Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation et des Statistiques, on a pu s'apercevoir :

- qu'en 1999, 165 719 boîtes de contraception d'urgence ont été délivrées
- en 2008, on en comptabilisait 1 209 223. [34] [12]

L'augmentation la plus importante est observée chez les femmes de moins de 20 ans. En effet, ce dispositif a rencontré un grand succès auprès des jeunes dont la demande est passée de 50 476 boîtes en 2002 (1 ans après l'adoption de la loi leur offrant un accès gratuit et anonyme) à 195 900 en 2005 et 339 045 en 2009. Néanmoins, ces chiffres ne reflètent qu'en partie la réalité car beaucoup d'adolescentes achètent la contraception d'urgence de façon anonyme et sans remboursement par la Sécurité Sociale. Le laboratoire pharmaceutique déclare avoir vendu plus d'1,2 million de boîtes.

De plus, il semblerait que la plus grande partie des utilisatrices ait recouru à l'achat en pharmacie sans prise en charge financière. Certaines vont même jusqu'à demander à une tierce personne de se substituer à elles-même. Cela peut correspondre à un choix délibéré des femmes: il préserve mieux la confidentialité, évitant, notamment pour les mineures, des questions et un entretien auxquels elles préfèrent s'abstenir. De nombreuses adolescentes payent cette contraception d'urgence en pharmacie car elles ignorent leurs droits (accès gratuit) ou elles n'osent le demander.

Ces statistiques ne permettent pas de cibler en totalité la consommation de la contraception d'urgence à l'adolescence.

Synthèse de la partie théorique :

L'adolescence est une période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte où règnent recherche et construction de soi. Les adolescentes se trouvent confrontées à des comportements à risque, notamment sexuel. La sexualité s'établissant certes tout au long de l'enfance prend une place plus importante à l'adolescence puisqu'elle se génitalise. Actuellement, la communication sur la sexualité est essentiellement centrée sur les risques et leur prévention en terme de contraception et occulte le versant des apprentissages érotiques, du fonctionnement sexuel érotique. Les angoisses des adolescents feraient blocage non pas à l'accès mais à l'interprétation des informations relatives à la reproduction et aux risques inhérents à la sexualité génitale.

La contraception d'urgence est une méthode contraceptive connue depuis des siècles prévenant la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non ou mal protégé, après un rapport à risque. En ce sens, elle pourrait surseoir au risque de grossesse chez l'adolescente. Elle ne doit pas être prise comme une contraception régulière mais peut éventuellement éviter des grossesses chez les jeunes filles à condition, entre autre que sa promotion soit faite. En effet, la pilule dite du lendemain est encore méconnue, engendre des idées fausses faisant frein à son utilisation. Par ailleurs, il a fallu attendre décembre 2001 pour que la contraception d'urgence connaisse un accès plus aisé pour les femmes mais surtout pour les adolescentes. Anonymat, non obligation d'une prescription et possibilité de délivrance en milieu scolaire sont enfin d'actualité. La Haute Autorité de Santé recommande la prescription à l'avance de la contraception d'urgence afin d'apporter connaissances et facilité aux patientes.

Nous savons que l'adolescence est un risque en soi et que les comportements à risque sont inévitables à cette période. C'est pour cela que nous avons choisi les adolescentes pour notre étude. Qu'en est-il de la connaissance et de l'utilisation de la contraception d'urgence chez les adolescentes ? Quels sont les freins à son utilisation ? Notre enquête tente de répondre à ces questions.

Deuxième Partie

Présentation des résultats de l'enquête

Au vu de l'augmentation de la distribution de la contraception d'urgence entre les années 2000 et nos jours, il m'a paru intéressant de mener une enquête auprès des adolescentes afin de savoir s'il existe encore aujourd'hui des freins à son utilisation alors qu'elle semblerait être entrée dans nos mœurs.

A) Méthodologie

1) Problématique

La contraception d'urgence est méconnue et insuffisamment utilisée par les adolescentes et ce, malgré le développement des campagnes de prévention en milieu scolaire et un accès libre à cette contraception dans les différentes institutions.

2) Hypothèses

Hypothèse 1 : es adolescentes présentent un comportement à risque sexuel en amont et en aval du rapport sexuel.

Hypothèse 2 : les jeunes filles ont des connaissances erronées concernant la contraception d'urgence.

Hypothèse 3 : la prise de la contraception d'urgence est associée à une sexualité insuffisamment ou peu accompagnée par l'entourage.

3) Choix de la population cible

La population choisie s'est définie par rapport à la notion d'adolescence. Il est difficile de déterminer quand commence et quand se finit cette période transitoire. En effet, quand devient-on adulte ? Il s'agit d'un événement qui diffère d'une personne à une autre. Il est impossible de donner un âge fixe. Nous nous sommes référés à la majorité sexuelle qui est de 15 ans. C'est à cette période que la sexualité commence à s'installer. L'âge limite maximal a été fixé à la majorité civile c'est-à-dire 18 ans. Nous avons interrogé les jeunes filles âgées entre 15 et 18 ans.

4) Choix de l'outil d'enquête

La méthode de recherche retenue est un questionnaire composé de 4 questions ouvertes et de 22 questions fermées. (cf questionnaire en annexe)

Mon étude s'est déroulée dans différents lycées de Moselle. Une demande d'autorisation a été envoyée à quatre lycées : le lycée Louis Vincent, le lycée Poncelet, le lycée Robert Schuman et le lycée Alain Fournier. Seuls les deux derniers établissements m'ont répondu favorablement. Un groupe d'adolescentes issu du lycée Saint-Pierre Chanel de Thionville a tenu à répondre à mon questionnaire.

Cette diffusion a permis d'obtenir des réponses d'adolescentes issues de lycées généraux, technologiques, professionnels. Les lycées, toutes filières confondues, sont des endroits où il existe une réelle mixité de la population. Cependant, l'échantillon choisi ne représente pas la population générale.

Cent vingt questionnaires ont été distribués : **102 m'ont été rendus.**

5) Biais et limites de l'étude

En interrogeant les adolescentes sur leur sexualité, nous pouvons être confrontés à des réponses volontairement falsifiées. En effet, évoquer son intimité n'est pas chose évidente et on peut supposer que les adolescentes peuvent répondre à certaines questions de façon erronée.

Lors de mes démarches, j'ai été confrontée à un refus de diffusion dans un lycée. En effet, l'équipe enseignante pensait que mon outil d'enquête n'était pas adapté à leurs étudiants. Cela constitue une limite à mon enquête.

B) Présentation des résultats

Les résultats de notre enquête suivront l'ordre des questions auxquelles les adolescentes ont été confrontées.

Les questions 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 25 tentent de répondre à l'hypothèse 1 concernant les comportements à risque.

Les questions 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 23 nous serviront à confirmer ou infirmer l'hypothèse 2.

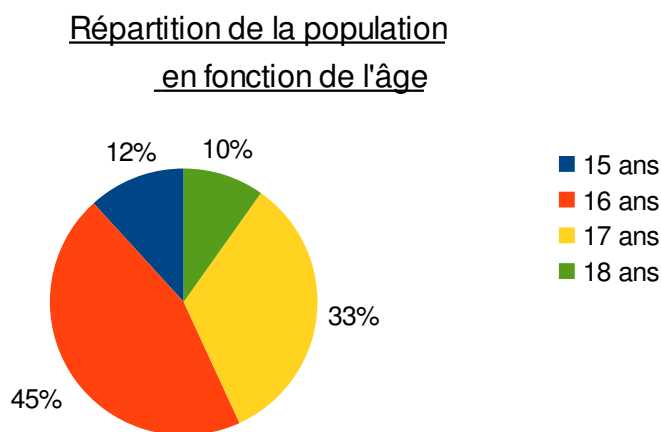
Les questions 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 seront exploitées pour répondre à la dernière hypothèse

Une étude comparative a été réalisée entre la population cible c'est-à-dire les adolescentes en général et les jeunes filles ayant eu un comportement sexuel à risque. Afin de faciliter le lecteur, les paragraphes de comparaison entre les deux groupes seront intitulés « étude comparée ».

1) Identité de la population

a) Répartition par âge de la population étudiée :

Illustration 1



n=102

La moyenne d'âge des adolescentes qui ont participé à cette étude est de *16,4 ans* sachant que les critères d'âge étaient fixés entre 15 et 18 ans. Les âges les plus extrêmes sont les moins représentés.

Étude comparée :

Illustration 2

Nous nous intéressons ici aux adolescentes ayant eu un rapport sexuel à risque.

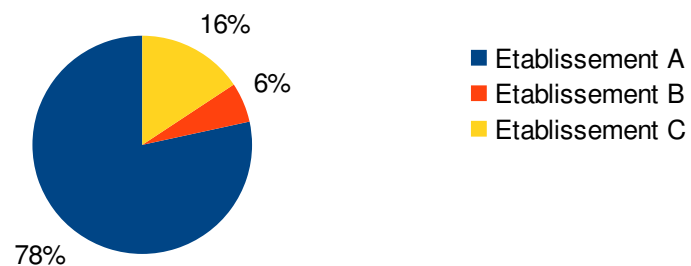
Age	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	
Nbre d'adolescentes à risque	4	28	8	3	$n=43$

L'âge moyen des jeunes filles ayant déjà eu au moins un rapport sexuel à risque est 16,25 ans.

b) Répartition de la population en fonction de leur établissement de scolarité

Illustration 3

Répartition en fonction de l'établissement scolaire

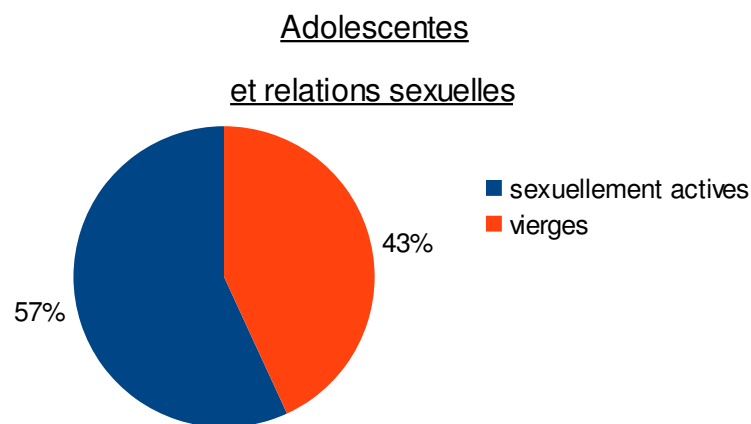


$n=102$

2) *Rapport entre les adolescentes et leurs débuts dans la vie sexuelle*

a) Répartition de la population en fonction de leur activité sexuelle :

Illustration 4

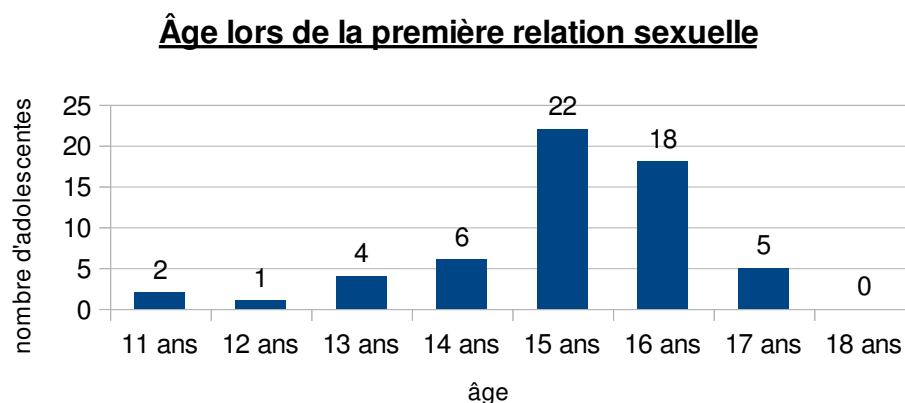


$n=102$

Nous pouvons constater que *plus de la moitié* de la population choisie (57%) a déjà eu des rapports sexuels. Nous avons 58 adolescentes sexuellement actives.

Répartition en fonction de l'âge de la première relation sexuelle :

Illustration 5



n=58

L'âge moyen du premier rapport sexuel dans cette population est *15,05 ans*. Il est à noter que 13 adolescentes ont perdu leur virginité avant 15 ans (année de la majorité sexuelle).

Étude comparée :

Illustration 6

Nous nous intéressons ici aux adolescentes ayant eu un rapport sexuel à risque (*n=43*).

Âge	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	
Nbre d'ados à risque	2	1	4	5	20	10	1	<i>n=43</i>

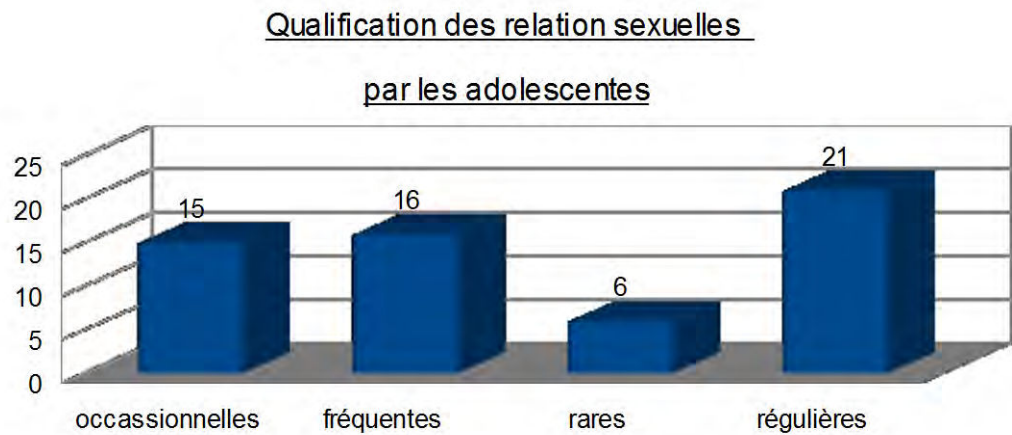
L'âge moyen des jeunes filles ayant connu une relation sexuelle à risque est de *14,7 ans*.

b) Qualification des relations sexuelles que peuvent entretenir les adolescentes sexuellement actives

Illustration 7

Les relations sexuelles ont été réparties selon 4 qualifications.

Nous définissons les relations sexuelles rares lorsqu'elles ne se produisent pas plus d'une fois par trimestre. Les rapports occasionnels se limitent à 2 par mois. Les rapports sexuels dits « réguliers » sont ceux où on observe le même nombre de jours espaçant les relations sexuelles. Les relations fréquentes se qualifient par plus de 2 relations dans le mois.



n=58

Étude comparée :

Illustration 8

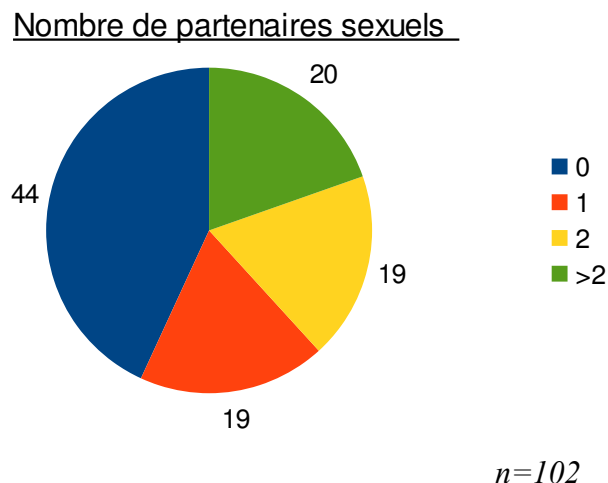
Nous nous intéressons ici aux adolescentes dites à risque (n=43)

Qualification des relations sexuelles	Rares	Occasionnelles	Fréquentes	Régulières	
Nombre d'adolescentes à risque	4	14	10	15	<i>n=43</i>

c) Répartition de la population en fonction de leur nombre de partenaires sexuels

Illustration 9

Ainsi, sur les 58 adolescentes ayant déjà eu des relations sexuelles, 49 d'entre d'elles ont eu au minimum 2 partenaires sexuels différents.



Étude comparée :

Illustration 10

Nous nous intéressons aux adolescentes ayant eu un rapport sexuel à risque.

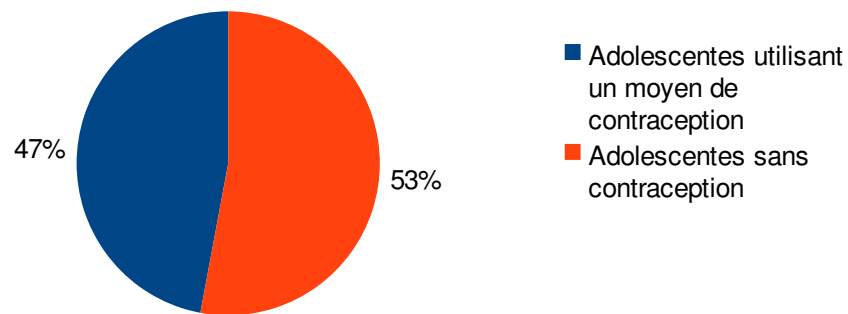
Sur les 43 adolescentes ayant eu un comportement à risque dans leur sexualité, 11 l'ont eu avec leur unique partenaire. 15 ont eu deux partenaires différents et 17 en ont eu plus de 2.

Nombre de partenaires	1	2	plus de 2	
Nombres d'adolescentes dites à risque	11	15	17	<i>n= 43</i>

3) Rapport entre les adolescentes et la contraception

a) Répartition de la population en fonction de l'utilisation d'un contraceptif *Illustration 11*

Utilisation d'un moyen de contraception à l'adolescence



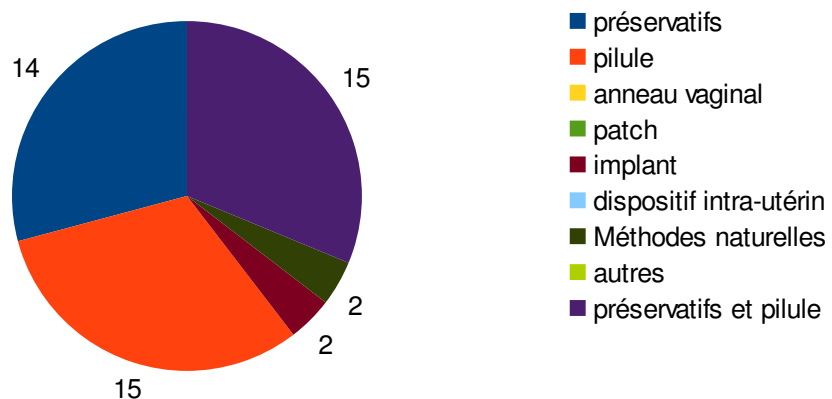
n=102

47 % des adolescentes interrogées bénéficient d'un moyen de contraception.

Nous pouvons rappeler que 57% d'entre elles sont sexuellement actives. Il est à noter que deux adolescentes déclarent utiliser un moyen de contraception mais n'ont jamais vécu une relation sexuelle.

b) Types de contraception les plus utilisés à l'adolescence *Illustration 12*

Moyens de contraception choisis par les adolescentes



n=48

Sur les 48 adolescentes ayant choisi un moyen de contraception, 14 d'entre elles ont opté pour une *contraception locale de type préservatifs*, 15 pour la *contraception orale*, 2 pour l'*implant contraceptif*, 15 pour l'*association des préservatifs avec la pilule* et 2 adolescentes utilisent des *méthodes dite naturelles* (pour l'une, la méthode Billings et pour l'autre la surveillance des cycles menstruels).

Aucune des adolescentes n'a choisi l'anneau vaginal, le patch, le dispositif intra-utérin.

Étude comparée :

Illustration 13

Nous nous intéressons ici aux adolescentes ayant eu un rapport sexuel à risque (n=43).

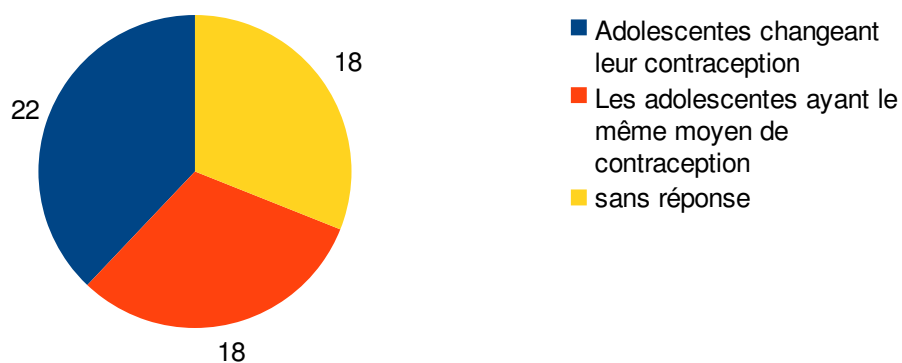
Moyen de contraception	Préservatif	Pilule	Préservatif et pilule	Autres	Sans	
Nombre d'adolescentes	9	11	3	1 (méthode naturelle)	10	n=43

Sur les 43 adolescentes ayant connu un rapport sexuel à risque, 10 sont sans contraception régulière, 11 utilisent un moyen de contraception oral, 3 également mais associé à l'usage d'un préservatif. Sur les deux adolescentes ayant comme moyen de contraception les méthodes naturelles, une a vécu un moment à risque. Elles sont 9 à utiliser la contraception locale type préservatif.

c) Rapport entre la contraception et la relation entretenue avec leur partenaire

Illustration 14

La contraception des adolescentes sexuellement actives change-t-elle avec le type de relation qu'elles entretiennent avec leur partenaire?



n=58

Vingt-deux adolescentes, soit plus d'un tiers, déclarent changer leur moyen de contraception en fonction de la relation qu'elles entretiennent avec leur partenaire. Il est à noter que 18 jeunes filles n'ont pas répondu à cette question.

Les 22 adolescentes qui font évoluer leur contraception en fonction de leur partenaire ont répondu à la question « pour quelles raisons » par :

- cela dépend de la **période et de l'importance de la relation** : 4 fois
- **l'envie du partenaire de mettre un préservatif** : 3 fois
- « **l'envie de se procurer du plaisir** » : 1 fois
- **sans réponse** : 14

4) Les adolescentes et les rapports sexuels à risque

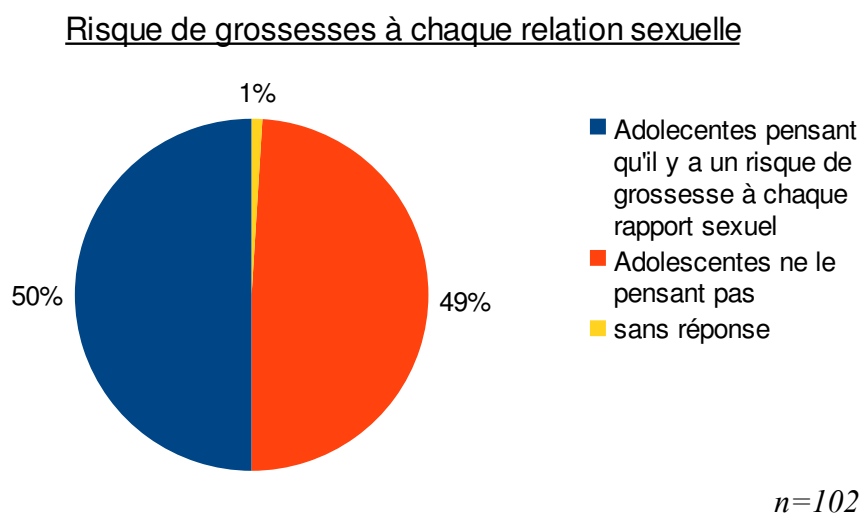
a) Le rapport sexuel à risque défini par les adolescentes

A la question ouverte sur la définition du rapport sexuel à risque, les adolescentes interrogées ont évoqué :

- le rapport **non protégé** à 50 reprises
- les **Infections Sexuellement Transmissibles** : 24 fois
- un rapport **sans contraception** (en évoquant préservatif et pilule) : 23 fois
- le fait d'être **enceinte** par la suite à 18 reprises
- **l'absence de préservatif** : 5 fois
- « faire l'amour » à 4 reprises
- le rapport engendrant une Interruption Volontaire de Grossesse : 3 fois
- un rapport sexuel « sans avoir fait de tests » à 2 reprises
- un rapport sexuel pendant la période d'ovulation : 2 fois
- l'accident : 1 fois
- l'infidélité : 1 fois
- une relation sexuelle avec « pénétration violente » : 1 fois

b) Le risque de grossesse lors d'un rapport sexuel pour les adolescentes

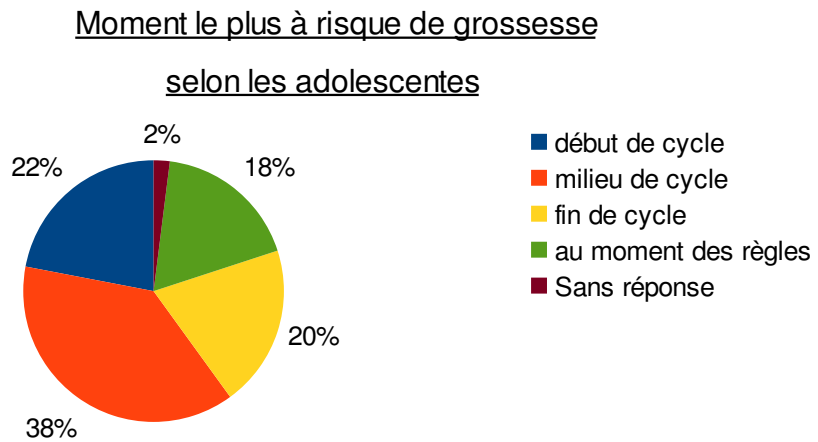
Illustration 15



On peut constater que *la moitié des adolescentes interrogées ne pensent pas qu'il y ait de risque de grossesse à chaque relation sexuelle.*

Pour les 50 adolescentes pensant que le risque de grossesse dépend du moment du cycle menstruel, nous avons :

Illustration 16

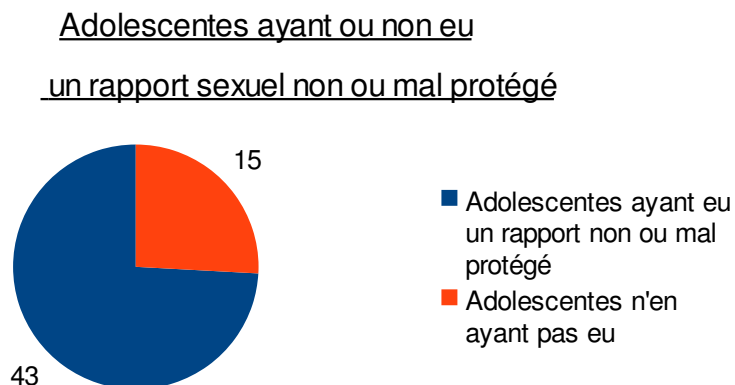


n=50

On observe que les adolescentes ont plus répondu au milieu du cycle menstruel même si les réponses à cette question semblent *réparties de manière plus ou moins équitable*.

c) Les rapports sexuels non ou mal protégés vécus par ces jeunes filles

Illustration 17

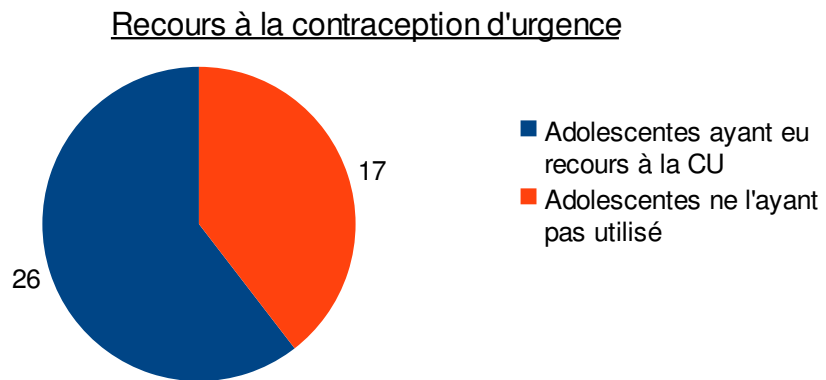


n=58

On note qu'environ les $\frac{3}{4}$ des adolescentes ayant déjà eu des relations sexuelles ont déjà été confrontées à un rapport peu ou mal protégé.

Concernant les adolescentes ayant eu un rapport sexuel à risque :

Illustration 18



Sur les 43 adolescentes ayant eu des rapports sexuels peu ou mal protégés, 26 ont eu recours à la contraception d'urgence soit 6 adolescentes sur 10 environ.

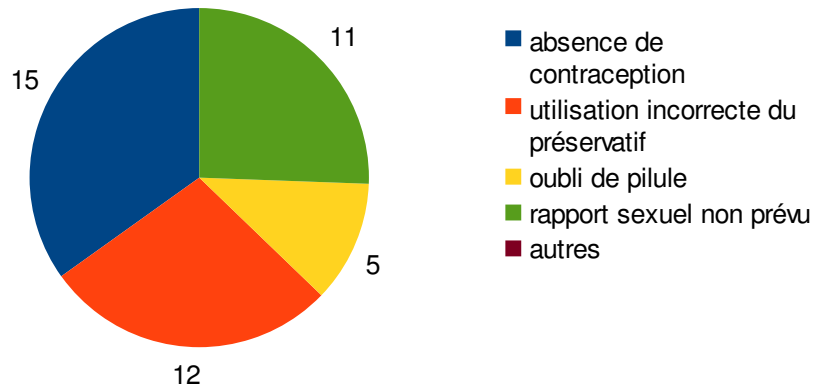
Les raisons du non-recours à la contraception d'urgence par les 17 adolescentes sont :

- que les jeunes filles **n'ont pas « osé »** (peur du regard de l'autre) à 13 fois
- que celles-ci **ne pensaient pas être dans une période à risque** : 11 fois
- 4 adolescentes **ignoraient son existence**
- le **prix de NorLevo** : 4 fois
- qu'il n'y avait **pas de pharmacies à proximité** à 1 reprise
- et que les **horaires ne permettaient pas d'aller à la pharmacie** : 1 fois

d) Les raisons du rapport sexuel non ou mal protégé

Illustration 19

Raisons du rapport sexuel non ou mal protégé



n=43

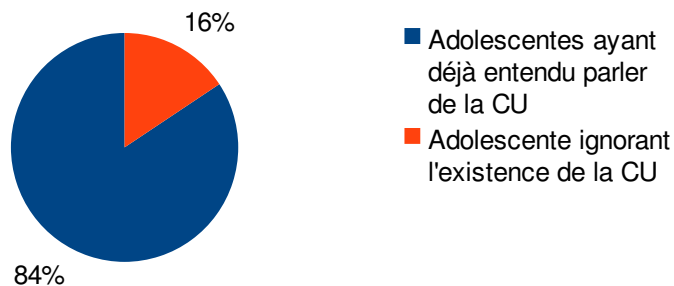
Sur les 26 adolescentes qui ont eu recours à la contraception d'urgence à la suite d'un rapport sexuel non ou mal protégé, 15 l'ont utilisée suite à une non prise de contraceptifs. Onze jeunes filles sur les 26 *n'avaient pas prévu ce rapport sexuel* et n'ont pas de ce fait utilisé de contraception. Douze adolescentes ont eu un souci lors du port du préservatif (glissement, déchirure, etc) et enfin, 1/5 des adolescentes ayant eu recours à la contraception d'urgence ont eu un oubli de contraception orale.

5) *Les connaissances des adolescentes sur la contraception d'urgence*

a) La contraception d'urgence méconnue de la population étudiée?

Illustration 20

Connaissance de l'existence de la CU



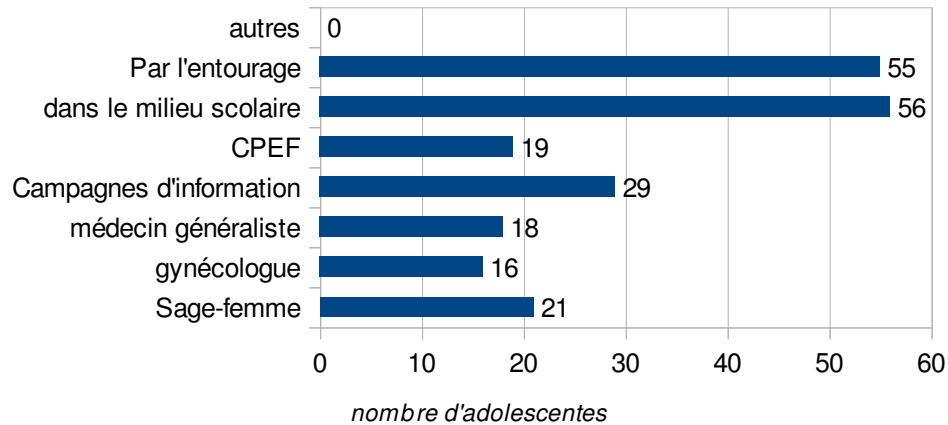
n=102

Une majorité des adolescentes ont *connaissance de l'existence* de la contraception d'urgence ; cependant, 16% de la population n'en a fait entendu parler.

b) Par qui ou où les adolescentes ont-elles évoqué le sujet de la contraception d'urgence ?

Illustration 21

Les personnes ou les lieux où les adolescentes
ont abordé la contraception d'urgence



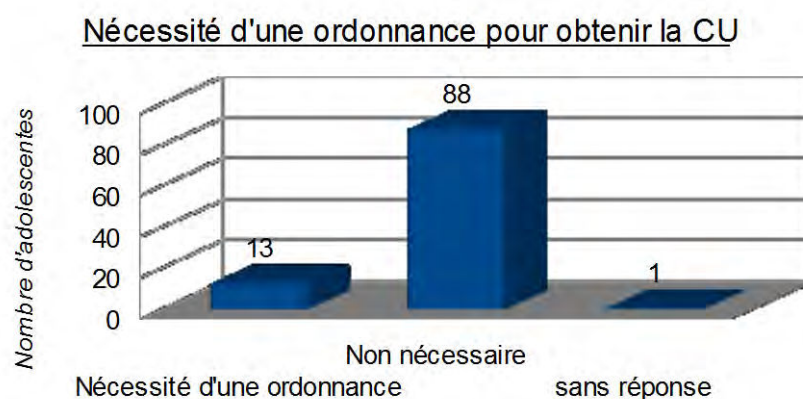
n=102

Les adolescentes avaient plusieurs choix de réponses.

Les adolescentes ont davantage évoqué le sujet de la contraception d'urgence avec *leur famille, leurs amis, leur entourage* mais aussi dans le *milieu scolaire*. Les *campagnes d'information* (télévision, radio, internet, etc) ont permis de faire connaître cette pilule à 29 jeunes filles. Dix-neuf d'entre-elles l'ont connue grâce aux CPEF (centre de planification et d'éducation familiale), 18 par leur médecin généraliste. Enfin, les adolescentes ont pu en parler avec un gynécologue (à 16 reprises) ou avec une sage-femme (21 reprises). Il est à noter que dans les établissements scolaires choisis, les étudiants sages-femmes effectuent des séances d'information à l'éducation sexuelle.

c) Nécessité d'une ordonnance pour obtenir la contraception d'urgence

Illustration 22

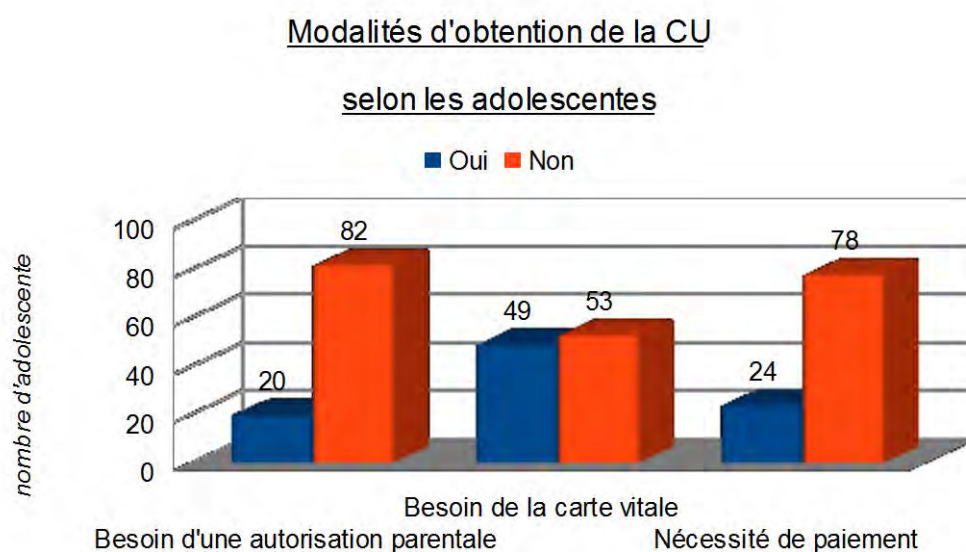


n=102

8,5 adolescentes sur 10 savent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une ordonnance afin d'obtenir la contraception d'urgence. 13 adolescentes sur les 102 interrogées pensent le contraire. Une personne n'a pas répondu à cette question.

d) Les modalités de délivrance de la contraception d'urgence

Illustration 23



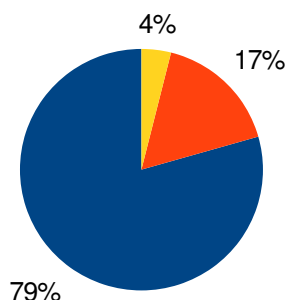
n=102

Nous pouvons constater que 82 adolescentes interrogées pensent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une autorisation parentale pour obtenir la contraception d'urgence si on est mineure. 24 sur 102 adolescentes pensent qu'il faut la payer si on est mineure. Les réponses des questions concernant la nécessité d'avoir la carte vitale sont plus mitigées : 49 pensent qu'elle est nécessaire de l'avoir contre 53 adolescentes.

e) La contraception d'urgence : accessible facilement selon la population?
Illustration 24

La CU est-elle facile d'accès selon les adolescentes?

■ Facile d'accès ■ Pas facile d'accès ■ sans réponse



n=102

79% de l'échantillon pensent qu'il est aisé d'accéder à la contraception d'urgence.

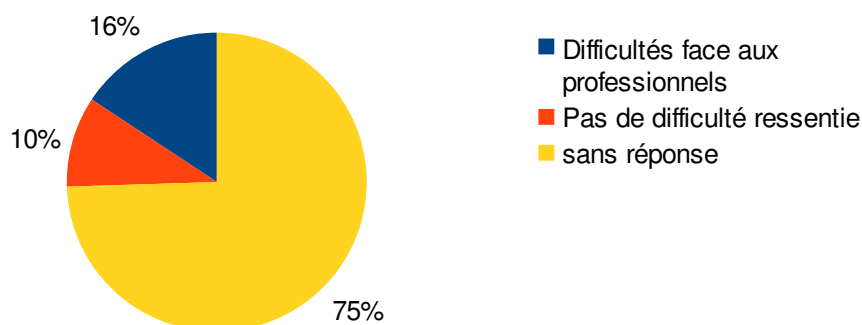
Les 17 personnes déclarant qu'il n'est pas si facile d'accès à cette pilule évoquent :

- le **fait de ne pas oser la demander** à 5 reprises
- la **difficulté de trouver une pharmacie proche** à 4 reprises
- le fait qu'il est **nécessaire d'avoir une ordonnance** : 2 fois
- le **prix trop élevé** par une personne
- 2 personnes n'ont pas répondu

Illustration 25

Les adolescentes et la CU

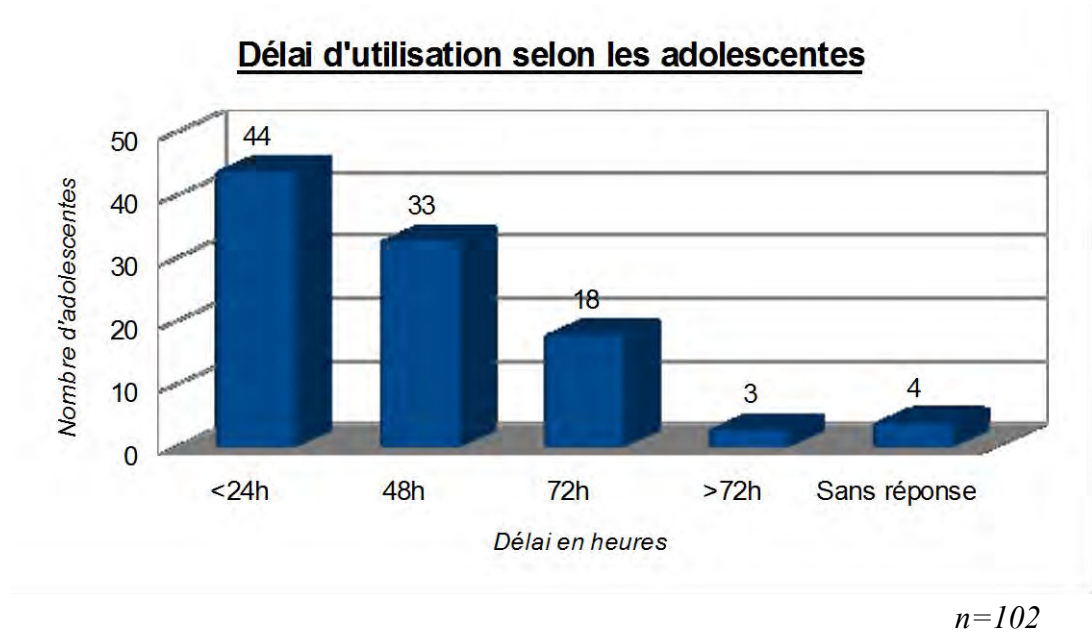
difficultés éventuelles face aux professionnelles de santé



n=102

Face à cette question concernant d'éventuelles difficultés rencontrées avec les professionnels de santé lors de l'évocation de la contraception d'urgence, *les adolescentes sont restées sans réponse à 75% alors que 16% en ont rencontrées (soit 16 personnes).*

f) Le délai d'utilisation de la contraception d'urgence selon la population
Illustration 26

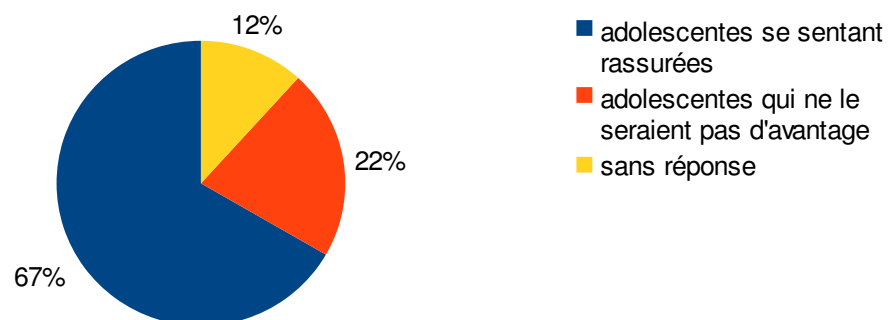


On dénombre 18 adolescentes qui pensent que le délai d'utilisation de la contraception d'urgence est de 72 heures. 77 jeunes filles sont dans l'erreur. Trois jeunes filles pensent que le délai d'utilisation est supérieur à 72 heures : pensent-elles à la contraception d'urgence EllaOne ?

g) La prescription à l'avance de la contraception d'urgence
Illustration 26

Les adolescentes se sentiraient-elles rassurées

si elle avait une boîte de CU chez elles?

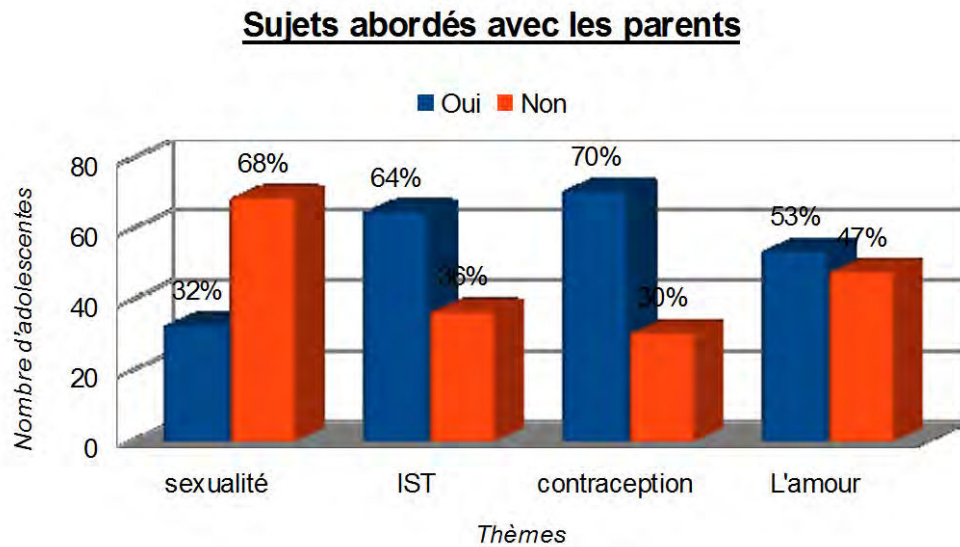


Le fait d'avoir une boîte de contraception d'urgence à la maison rassurerait 67% des adolescentes interrogées par cette enquête.

6) La sexualité à l'adolescence

a) Les sujets abordés avec les parents selon notre population

Illustration 27



n=102

La contraception est abordée avec les parents à 70%, les IST à 64%. Les adolescentes parlent de sexualité avec leurs parents à 32% et d'amour à 53%.

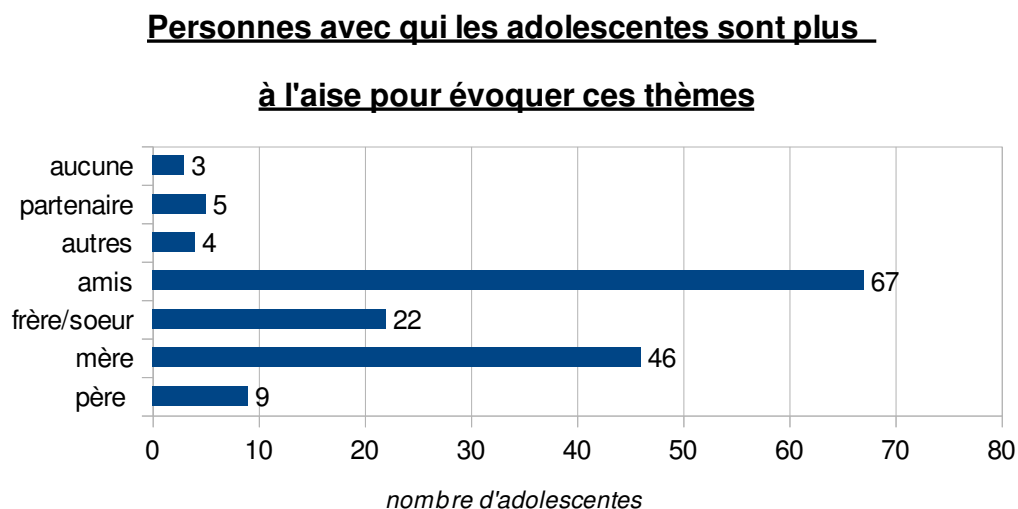
Étude comparative:

Nous nous intéressons aux sujets abordés par les adolescentes ayant eu un rapport sexuel à risque et leurs parents.

Il est à noter que sur les 43 adolescentes ayant eu des relations sexuelles peu ou mal protégées, seulement 9 ont abordé le sujet de *la sexualité* avec un de leur parent. A contrario, elles sont de 28 à avoir discuté de *la contraception* avec leur mère ou leur père.

b) Les personnes vers qui se tournent les adolescentes pour aborder la sexualité, la contraception, les IST et l'amour

Illustration 28



n=102

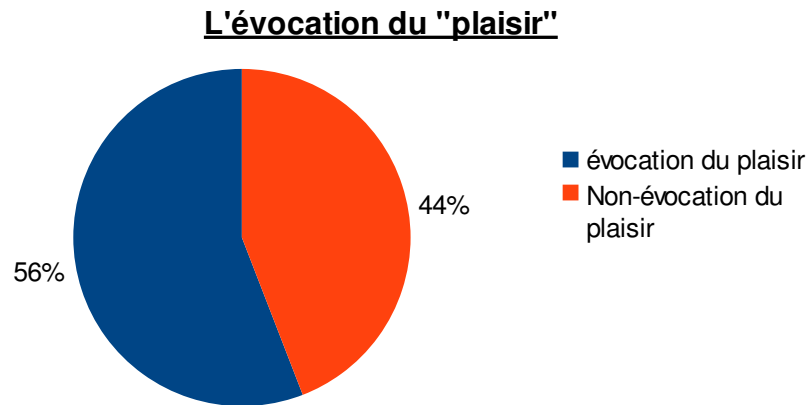
Les adolescentes se sentent plus à l'aise avec *leurs amis* pour d'évoquer des sujets tels que la sexualité, l'amour, la contraception et les IST (67 personnes sur 102). *La mère* des adolescentes arrivent en seconde position puis avec *leurs frères et sœurs*. Neuf personnes évoquent ces thèmes avec leur père. Il est à noter que 5 adolescentes en parlent avec leur partenaire alors que 3 ne trouvent personne à qui parler. Dans la notion « autres » nous retrouvons la tante, l'éducateur et la belle-mère.

Étude comparative :

Nous nous intéressons aux jeunes filles sexuellement actives (n=58). Sur les 46 adolescentes (sur 58) abordant la sexualité, la contraception, l'amour avec leur *mère*, 4 ont eu des relations sexuelles à risque.

c) Le plaisir

Illustration 29



n=102

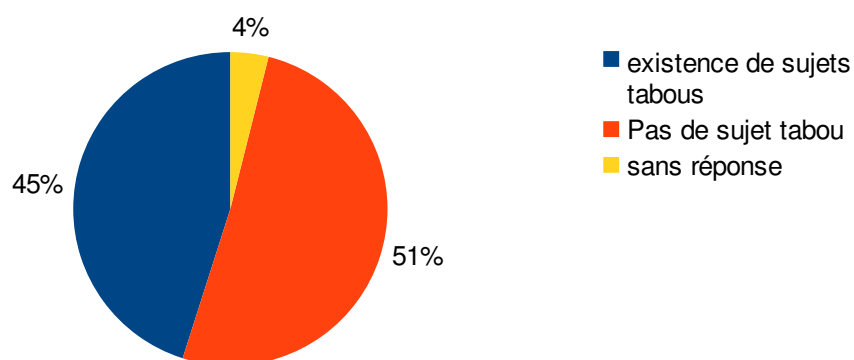
Le plaisir a été abordé par 56% des adolescentes interrogées.

Lorsque l'on interroge les adolescentes sur la notion de plaisir :

- 35 évoquent l'**amour**
- 26 parlent de **jouissance**
- 14 parlent d'**envie**
- 10 font **référence au désir**
- 10 désignent les **caresses**
- 8 évoquent essentiellement le **sexe et les relations sexuelles**
- 7 parlent de **rapports oraux**
- 7 évoquent d'autres éléments faisant référence au plaisir tels que le **chocolat, la cigarette, les sucreries,...**
- 6 désignent les **préliminaires**
- 5 parlent de **baisers, de bisous**
- 4 adolescentes énoncent le **respect, la confiance**
- 4 autres de **passion, de fougue**
- 2 parlent de **sensualité**
- 2 font référence aux **fantasmes**
- une personne a évoqué la **pénétration anale**
- et, enfin, 41 personnes n'ont pas répondu

d) Les sujets tabous
Illustration 30

**Existence de sujets tabous dont les adolescentes
ne peuvent parler avec leurs proches**



n=102

Seulement 45 % de la population interrogée n'évoque pas certains sujets avec leurs proches.

Les sujets tabous évoqués par les adolescentes sont :

- la **sexualité** pour 19 sur 46 adolescentes
- le **sex** et les **relations sexuelles** pour 12 personnes
- les « **petits amis** » chez 10 jeunes filles
- l'**amour** pour les 6 adolescentes
- le **désir** pour 6 jeunes filles
- **tous** les sujets pour 3 d'entre elles
- l'**orientation sexuelle** pour 2 personnes
- la **contraception** pour 2 adolescentes
- la **religion** pour l'une d'entre elles

Étude comparée :

Illustration 31

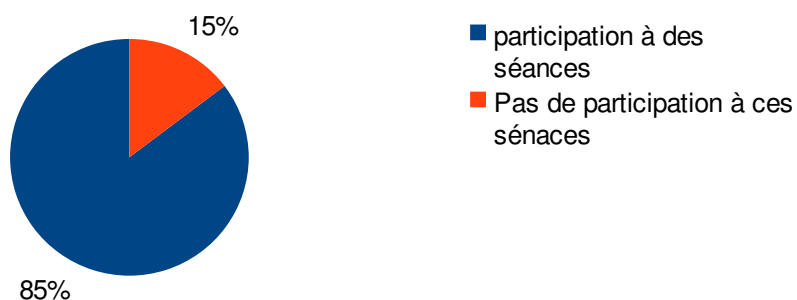
Nous nous intéressons ici aux jeunes filles ayant eu un rapport sexuel non ou mal protégé (n=43).

	Sujets tabous	Absence de sujets tabous	
Nombre d'adolescentes	33	10	N=43

Les jeunes filles ayant eu un rapport sexuel à risque n'évoquent pas tous les sujets avec leurs parents. 33 sur 43 estiment avoir des sujets tabous.

Illustration 32

**Participation à des séances d'information sur la sexualité
et la contraception dans le milieu scolaire**

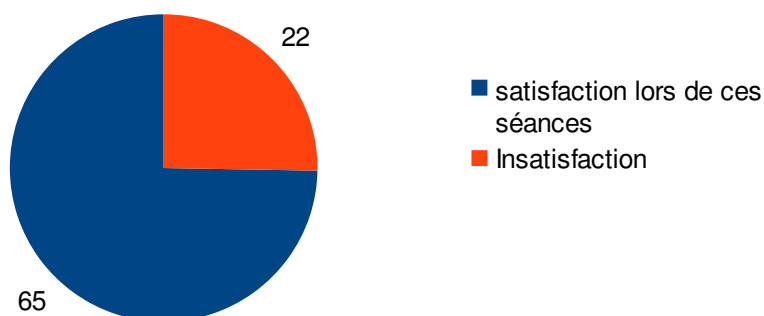


n=102

85% des adolescentes interrogées ont déjà participé à des séances d'éducation sexuelle et d'information sur la contraception lors de leur scolarité.

Illustration 33

Satisfaction des adolescentes à ces séances

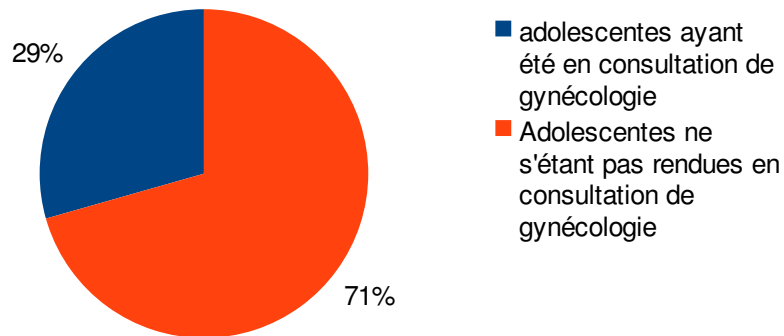


n=87

Sur les 87 adolescentes ayant déjà participé à des séances d'éducation sexuelle, 22 adolescentes n'ont pas été satisfaites de ces séances.

e) La consultation de gynécologie
Illustration 34

Les adolescentes et la consultation de gynécologie

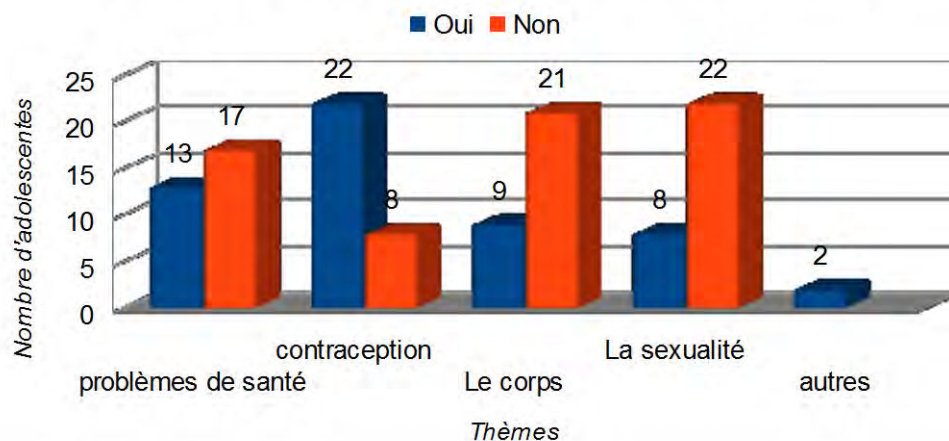


n=102

71% des adolescentes de cette enquête ne se sont jamais rendues en consultation de gynécologie.

Illustration 35

Thèmes abordés en consultation de gynécologie



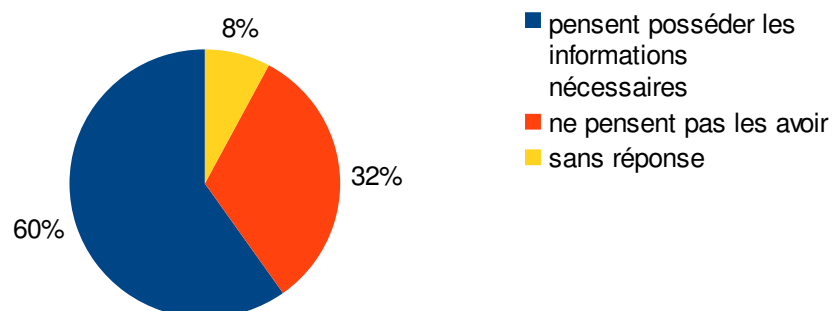
n=102

On peut remarquer que les thèmes les plus abordés lors de la consultation de gynécologie sont *la contraception suivie des problèmes de santé, du corps et enfin de la sexualité*. Deux adolescentes ont évoqué les règles lors de cette consultation.

f) Ressenti des adolescentes de la population face à leur sexualité

Illustration 36

**Les adolescentes ont-elles les informations
nécessaires pour les guider dans leur sexualité**

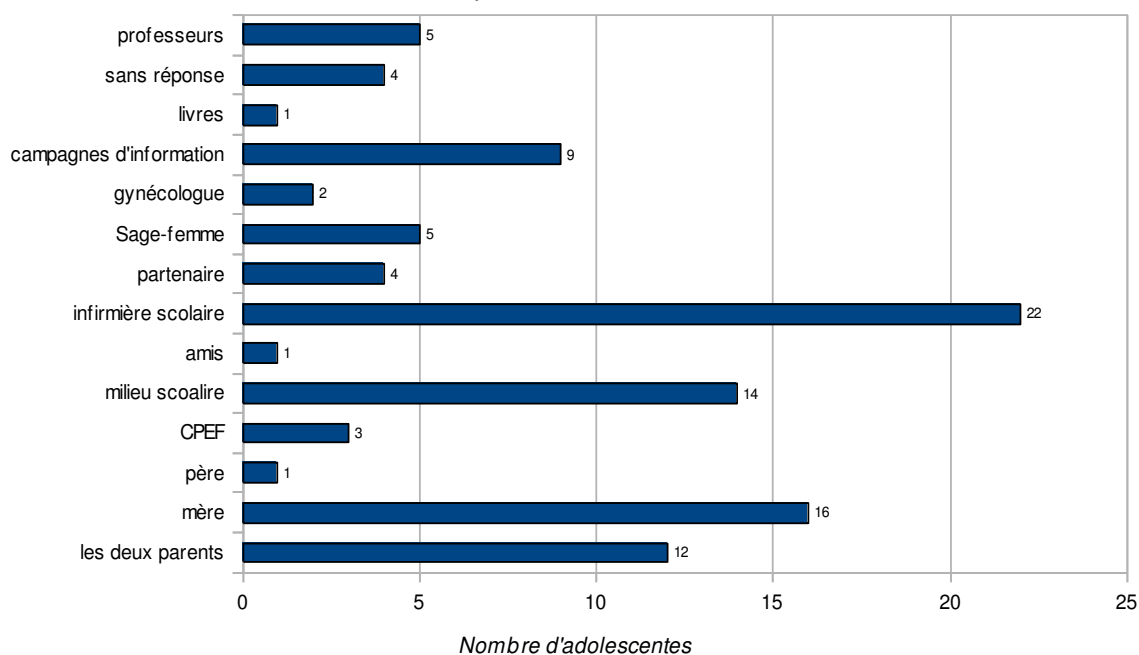


n=102

60% des adolescentes interrogées pensent avoir les informations nécessaires pour les guider dans leur sexualité. Elles sont 32% à ne pas le penser.

Illustration 37

**Les personnes auprès desquelles les adolescentes ont obtenu
le plus d'informations**



n=102

Les adolescentes ont trouvé le plus d'informations auprès de (dans l'ordre décroissant) :

- leurs **amis** : 27 adolescentes sur 61
- 22 auprès de l'**infirmière scolaire**
- leur **mère** : 16 jeunes filles
- dans le **milieu scolaire** pour 14 adolescentes
- 12 adolescentes auprès des **deux parents**
- 9 à travers des **campagnes d'information**
- leur **sage-femme** pour 5 adolescentes
- 4 auprès de leur **partenaire**
- 4 personnes n'ont pas répondu
- dans les **CPEF** pour 3 adolescentes
- 2 auprès des **gynécologues**
- une adolescente auprès de son **père**
- et une dans des **livres**

Étude comparative :

Illustration 38

Nous nous intéressons aux jeunes filles ayant eu un rapport non ou mal protégé. D'après ce tableau, nous constatons que les jeunes filles ayant eu un rapport sexuel à risque se disent insatisfaites des informations qu'elles ont reçues afin de les guider dans leur sexualité (28 adolescentes sur 43).

Informations nécessaires	Insatisfaction	Satisfaction	Non réponse	
Nombre d'adolescentes à risque	28	13	2	<i>n=43</i>

Nous nous intéressons ici aux adolescentes ayant eu recours la contraception d'urgence :

	Infos nécessaires	Pas assez d'infos	
Nombre d'adolescentes ayant eu recours à la CU	24	2	<i>n=26</i>

24 adolescentes ayant eu recours à la contraception d'urgence estiment ne pas avoir toutes les informations nécessaires pour les guider dans leur sexualité.

Il est à noter que 16 d'entre elles parlent davantage sexualité avec leurs amis et seulement 2 avec leur mère.

Troisième Partie

Analyse des résultats et propositions d'actions

Dans cette troisième partie, nous analyserons les résultats de notre travail de recherche afin de confirmer ou infirmer nos trois hypothèses de départ. Nous les rappelons ici :

Hypothèse 1 : les adolescentes présentent un comportement à risque sexuel en amont et en aval du rapport sexuel.

Hypothèse 2 : les jeunes filles ont des connaissances erronées concernant la contraception d'urgence.

Hypothèse 3 : la prise de contraception d'urgence est associée à une sexualité insuffisamment ou peu accompagnée par l'entourage.

Enfin, nous établirons des propositions d'actions et nous mettrons en évidence que rôle peut jouer la sage-femme dans le cadre de ces différentes actions.

A) Vérification de notre première hypothèse

1) La définition du comportement à risque selon les adolescentes

Nous nous intéressons ici aux 102 adolescentes de notre population.

D'après notre enquête, 2/3 des adolescentes interrogées définissent les relations sexuellement à risque comme étant des rapports sexuels « non protégés », c'est-à-dire sans moyen de contraception. 1/4 de ces mêmes adolescentes évoquent le fait que ces rapports pourraient engendrer des Infections Sexuellement Transmissibles et un autre 1/4 une éventuelle grossesse. Nos résultats nous font penser que les adolescentes de notre population sont informées sur les relations sexuelles à risque et qu'elles sont conscientes des risques inhérents au comportement sexuel. Ils évoquent également qu'elles semblent connaître les moyens de s'en protéger.

Ces adolescentes sont à 50 % (n=102) à estimer qu'il n'y a pas de risque de grossesse à chaque rapport sexuel. Au sein de notre population, nous remarquons que 38% des adolescentes pensent que le moment le plus à risque est contemporain à l'ovulation. Une répartition inégale des réponses concernant le moment du cycle menstruel dit le plus à risque montre que des méconnaissances demeurent encore sur la physiologie de notre corps humain et de la physiologie du cycle menstruel. Ainsi, les adolescentes interrogées n'identifient pas le moment où elles pourraient avoir besoin de la contraception d'urgence. Le comportement à risque sexuel n'est pas forcément lié à un défaut d'information des adolescentes étant donné qu'elles savent le décrire.

Il y a donc un décalage entre ces méconnaissances et le fait que les adolescentes savent définir le comportement à risque.

2) Portrait des jeunes filles à risque et identification des facteurs de risques

Nous rappelons que notre étude interroge 102 adolescentes. Sur ces 102 jeunes filles, 58 sont sexuellement actives et sur ces 58, 43 ont déjà connu une relation sexuelle dite à risque. L'échantillon des jeunes dites à risque représente donc plus des $\frac{3}{4}$ des adolescentes sexuellement actives.

Pouvons-nous élaborer un portrait des jeunes filles qui sont dites plus à risque ? Les adolescentes ayant déjà vécu une relation sexuelle à risque ont-elles des points communs ? Pouvons-nous dégager des facteurs de risque au comportement sexuel à risque ?

- **L'âge**

Notre population est constituée de jeunes âgées de 15 à 18 ans. L'âge moyen de cette population est de 16,04 ans et celui de l'échantillon des jeunes filles ayant vécu un rapport sexuel à risque (n=43) est de 16,25. Nous ne pouvons pas mettre en lien l'âge actuel des adolescentes et leurs prises de risque en regard de la sexualité.

L'âge des adolescentes n'est pas un critère de risque dans notre population.

- **L'âge lors du premier rapport sexuel**

D'après notre étude, les adolescentes sexuellement actives (n=58) ont eu leur première relation sexuelle à 15,05 ans en moyenne. Dans notre échantillon concernant les jeunes filles dites à risque, l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 14,7 ans. Nous pouvons supposer que plus les jeunes filles ont un rapport sexuel précoce plus elles sont susceptibles de connaître une relation sexuelle à risque. Il faut noter que l'âge moyen pour les deux groupes est inférieur à la majorité sexuelle.

Ainsi, les jeunes filles ayant eu un rapport sexuel à risque font partie de celles qui ont débuté leur sexualité plus précocement.

- **Nombre de partenaires sexuels**

Parmi les adolescentes ayant eu un comportement à risque, nous constatons que 11 jeunes filles (sur les 43) ont eu un unique partenaire. On dénombre 15 ayant connu 2 partenaires et 17 plus de 2. Comme nous l'avons précisé dans la première partie, les relations sexuelles à l'adolescence sont imprévisibles. Le premier rapport sexuel étant en général très attendu, les jeunes se retrouvent souvent à vivre leur première relation sexuelle de façon impromptue. Tout s'enchaîne, tout va vite et il arrive que certains ne pensent pas à un moyen de contraception, ne parlent pas de contraception avec leur partenaire sexuel. Nous observons que plus le nombre de partenaires augmentent, plus on constate de jeunes filles ayant eu des relations sexuelles à risque.

Les jeunes filles ayant connu plusieurs partenaires sexuels sont dites plus à risque.

A la question « votre contraception change-t-elle en fonction de la relation que vous entretenez avec votre partenaire ? », 1/3 des adolescentes de l'étude (n=102) n'ont pas su répondre à la question. 1/3 des adolescentes expriment le fait de changer leur contraception en fonction de leur partenaire mais n'expliquent pas pourquoi. Ces résultats ne sont donc pas exploitables.

- **Qualification des relations sexuelles**

(NB : Nous définissons les relations sexuelles rares comme pas plus d'un rapport sexuel par trimestre. Les rapports occasionnels se limitent à 2 par mois. Les rapports sexuels dits « réguliers » sont ceux où on observe le même nombre de jours espaçant les relations sexuelles. Les relations fréquentes se qualifient par plus de 2 relations dans le mois.)

Les adolescentes de notre étude (sexuellement actives, n=58) qualifient leurs relations sexuelles de rares pour 6 d'entre elles, occasionnelles pour 15, fréquentes pour 16 et régulières pour 21 d'entre elles.

Les adolescentes qualifiant leurs rapports sexuels rares ou occasionnels ont toutes (à 100%) eu un rapport sexuel non ou mal protégé alors que celles qui les qualifient de régulières ou de fréquentes sont dites moins à risque.

Les jeunes filles à l'adolescence peuvent vivre des relations sexuelles régulièrement ou bien à l'opposé de façon très occasionnelle. Cela démontre le côté impulsif des adolescentes et le fait que les rapports sexuels ne sont pas prévus.

Le fait d'avoir des relations sexuelles rares et irrégulières est un facteur de comportement à risque sexuel.

- **La contraception des jeunes filles dites à risque**

Les jeunes filles ayant eu un rapport sexuel à risque utilisent-elles un moyen de contraception ? S'agit-il juste d'un échec occasionnel ou n'utilisent-elles pas de contraception régulière ?

Sur les 43 adolescentes ayant eu un comportement sexuel à risque, on remarque que 10 n'utilisent pas de contraception. 9 sur les 43 ont opté pour la contraception locale (préservatif), 11 la contraception orale et 3 pour l'association des deux.

Ainsi, nous constatons que les jeunes filles utilisant une double contraception (orale et locale) sont moins sujettes aux comportements sexuels à risque.

Il est important de rappeler que le préservatif est le seul moyen de protection des Infections Sexuellement Transmissibles.

- **Satisfaction de leur accompagnement dans le domaine de la sexualité**

60% des adolescentes interrogées pour notre étude (n=102) pensent avoir les informations nécessaires pour les guider dans leur sexualité. Elles sont 32% à ne pas le penser.

Pour les jeunes filles ayant eu un rapport sexuel non ou mal protégé, nous constatons que 28 d'entre elles (n=43) ne s'estiment pas satisfaites des informations reçues afin de les accompagner dans leur sexualité. Ainsi, seulement moins d'un tiers se dit satisfait. Pourquoi un tel écart entre les adolescentes dites à risque et les autres ? Ont-elles intégré les informations transmises lors des séances d'éducation sexuelle ? Ont-elles abordé la sexualité dite érotique ?

Les jeunes filles n'ayant pas eu un accompagnement suffisant concernant la sexualité sont dites plus à risque de comportement sexuel à risque.

3) Les réticences à la prise de la contraception d'urgence

Dans notre étude, nous observons que les $\frac{3}{4}$ des adolescentes sexuellement actives (n=58) ont eu un rapport sexuel à risque confirmant la théorie que l'adolescence est une période à risque. Ne prenant pas conscience qu'elles ont vécu un moment à risque, les adolescentes ont des réticences à la prise de la contraception d'urgence : quelles sont-elles ?

Sur les 43 adolescentes ayant eu un rapport sexuel non ou mal protégé, il apparaît que 1/3 de celles-ci n'ont pas eu recours à la contraception d'urgence. Ainsi, sur les 17 adolescentes n'ayant pas utilisé la contraception d'urgence, le fait de «ne pas oser» est cité 10 fois. Les adolescentes sont également confrontées à la peur du regard de l'autre. «Que va-t-il penser si je demande la contraception d'urgence ?» «Comment vais-je être perçu ?» Ont-elles peur d'être jugées par notre société ?

En période de construction de sa vie d'adulte, l'adolescent est pris de doutes sur lui-même, il n'est donc pas surprenant qu'il ait peur du regard des autres. Les adolescentes vont donc ne pas palier cette prise du risque en raison de la peur de l'autre.

De plus, une des raisons du non-recours à la contraception d'urgence est la méconnaissance du fonctionnement du corps humain. Elles ne s'estimaient pas dans une période à risque : «cela ne peut pas m'arriver». La plupart des jeunes filles ayant vécu des relations sexuelles à risque n'ont aucune notion de ce qu'est la fécondité. Combien de fois entendons-nous «on n'est féconde qu'au quatorzième jour» ? Nous rappelons que dans notre étude, les adolescentes pensent à 38% que l'ovulation est la seule période à risque de grossesse. La période de menstruations est souvent considérée comme sans danger, les premiers rapports non fécondants, etc. Les adolescents ont donc une mauvaise connaissance de leur propre corps ce qui confirme le fait qu'à l'adolescence notre corps devient étranger à nous même.

Les adolescentes expriment des réticences quant à l'utilisation de la contraception d'urgence à la suite d'un rapport sexuel à risque du à la peur du regard de l'autre et de leur méconnaissance de leur propre corps.

Nous observons également que le non-recours à la contraception d'urgence peut être dû à une méconnaissance de ce moyen de prévention.

Nous l'étudierons ci-après (dans la vérification de l'hypothèse 2).

Nous rappelons la première hypothèse :

Les adolescentes présentent un comportement à risque sexuel en amont et en aval du rapport sexuel.

D'après notre étude, nous constatons que les jeunes filles ayant un comportement à risque dans leur sexualité ont comme caractéristiques communes :

- des relations sexuelles précoces
- un multi-partenariat (que l'on nuancera avec le fait qu'il est possible d'avoir un rapport à risque dès sa première relation)
- une contraception unique (orale ou locale)
- l'insatisfaction des informations reçues servant à les guider dans leur sexualité

Il est évident que ce « portrait » des jeunes filles à risque n'est en rien exhaustif. Il s'agit d'une simple mise en commun des données.

Par les arguments suivants :

- **description d'un portrait de jeunes filles dites à risque,**
- **mise en évidence de facteurs de risques sexuels,**
- **méconnaissance de leur propre corps et sa physiologie,**
- **sous-utilisation de la contraception d'urgence liée à une réticence de sa prise,**

nous pouvons confirmer que les adolescentes présentent un comportement à risque en amont mais aussi en aval du rapport sexuel.

Ainsi, l'hypothèse H1 est vérifiée.

Si les adolescentes sont confrontées plus facilement à des prises de risque concernant leur sexualité, connaissent-elles la contraception d'urgence ?

B) Vérification de l'hypothèse 2

Hypothèse 2 : Les jeunes filles ont des connaissances erronées concernant la contraception d'urgence.

La population analysée pour vérifier cette hypothèse concerne toutes les adolescentes de notre étude (n=102).

Les adolescentes connaissent-elles réellement la contraception d'urgence ? Beaucoup en ont entendu parler mais nous pouvons constater que les adolescentes interrogées par notre étude ont encore des croyances erronées. Des idées fausses persistent à se propager alors que l'adolescence est une période où nous recevons de nombreuses informations.

Analyse

Alors que 84% des adolescentes connaissent le principe de la contraception d'urgence, nous remarquons, d'après notre étude, que 77 jeunes filles sont dans l'erreur concernant le délai d'utilisation de la contraception d'urgence. 33 estiment qu'il est de 48 heures et 44 de moins de 24 heures. Ainsi, cette fausse opinion peut conduire les jeunes filles à ne pas avoir recours à la contraception d'urgence en cas de relations sexuelles non ou mal protégées. Pensant qu'il est trop tard pour l'utiliser, elles se retrouvent confronter à des peurs, des doutes quant à une éventuelle grossesse. Il est à noter que trois jeunes filles pensent que le délai d'utilisation est supérieur à 72 heures. Elles sont peu mais on peut suggérer qu'elles connaissent ce nouveau moyen qu'est EllaOne. Nous rappelons que les spots radios diffusés par l'INPES depuis l'été 2012 évoquent la contraception d'urgence via EllaOne et son délai d'utilisation de 5 jours. Cependant cette contraception a un inconvénient, son prix onéreux et l'obligation de prescription. Nous pouvons espérer que cette pilule prendra plus de place dans notre société, en réduisant ces difficultés.

Dans notre étude, nous remarquons que 79% des adolescentes interrogées pensent que la contraception d'urgence est facile d'accès. Abordant majoritairement le sujet avec l'entourage et le milieu scolaire, 17% des jeunes filles expriment leurs difficultés d'y accéder en raison de la peur de jugement («ne pas oser la demander»), de l'éloignement de certaines pharmacies. Nous supposons qu'il ne doit pas toujours être évident de trouver des moyens de locomotion pour des adolescentes. Dans notre étude nous remarquons que certaines jeunes filles se retrouvent confronter à des difficultés

d'accès en raison du prix et de la nécessité d'une prescription selon elles. Dans l'erreur, elles peuvent ne pas avoir recours à la contraception d'urgence.

Nous remarquons que même si 88 adolescentes sur les 102 pensent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une prescription pour obtenir une boîte de contraception d'urgence, elles sont 50% à croire qu'il faut la carte vitale. Ceci peut être un réel obstacle à l'utilisation car à cet âge, les adolescentes figurent encore sur la carte vitale de leurs parents. L'accès de façon anonyme à la contraception d'urgence n'est pas connu par les adolescentes. De plus, elles sont encore entre 20 et 24 à croire d'une autorisation parentale est obligatoire et qu'elle n'est pas gratuite pour les mineures. Obtenir de l'argent mais surtout parler du besoin de contraception d'urgence sont deux éléments ne facilitant pas l'accès à la pilule du lendemain.

Ainsi nous pouvons mettre en évidence que les modalités d'obtention sont encore floues pour les adolescentes de notre étude. Des méconnaissances persistent au sujet de la contraception d'urgence pouvant être un frein à son utilisation.

Rappelons l'hypothèse 2 : les jeunes filles ont des connaissances erronées concernant la contraception d'urgence.

Ainsi, l'hypothèse H2 est vérifiée.

C) Vérification de l'hypothèse 3

Nous rappelons ici notre dernière hypothèse : la prise de contraception d'urgence est associée à une sexualité insuffisamment ou peu accompagnée par l'entourage.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à la façon dont les adolescentes recevaient des informations concernant la sexualité. Nous allons mettre en lien les comportements à risque sexuel et cette information. Par qui est-elle transmise? Et surtout comment ?

1) Le dialogue parental

Les parents sont les premiers interlocuteurs de l'enfant et de l'adolescent. Premiers responsables de l'éducation à la sexualité de leurs enfants, ils ont de nombreuses occasions d'intervenir. Cette relation parent-enfant commence avant même la naissance de l'enfant et perdure dans le temps. Comment les parents peuvent-ils évoquer la sexualité avec leurs enfants en sachant qu'il est difficile d'admettre qu'ils grandissent ? Les jeunes arrivent-ils à aborder tous les sujets avec leurs parents ?

Analyse

Dans notre étude, nous pouvons constater que les jeunes filles de notre population (n=102) ont plus de facilités à aborder le sujet de la contraception et des Infections Sexuellement Transmissibles que ceux de la sexualité et de l'amour. En effet, 68% de la population ne parle pas de sexualité. Nous entendons par sexualité, le côté érotique (désir, plaisir, envie, etc). L'amour, quant à lui, n'est évoqué que chez 53% des filles alors que contraception et IST sont abordées chez 65-70% des jeunes filles.

Ainsi, nous pouvons déjà mettre en évidence que le discours parental est davantage basé sur la prévention que sur l'érotisme et l'amour.

Il est à noter que 28 jeunes filles ayant eu une relation sexuelle à risque sur 43 ont abordé la contraception avec leurs parents alors qu'elles ne sont que 9 à avoir parlé de sexualité érotique.

Ainsi, les jeunes filles dites à risque parlent davantage de sexualité centrée sur les risques que de sexualité érotique avec leurs parents.

La sexualité est évoquée surtout par son côté préventif. Les parents, certes, ont un rôle protecteur, mais ont-ils la bonne approche de la sexualité ? Cette question prend plus d'importance surtout lorsque que l'on constate que finalement les jeunes filles ayant eu un comportement à risque ont davantage parlé contraception que de sexualité.

→ Un accompagnement de la sexualité basé sur les risques ne permet pas aux adolescentes de développer une sexualité centrée sur le plaisir, le désir et sans comportement à risque.

Les adolescentes déclarent, dans notre enquête, se sentir à l'aise pour aborder la sexualité avec majoritairement leurs amis. Elles sont 67 sur 102 à l'exprimer.

La mère est largement plus citée que le père dans notre étude, ce qui n'est pas étonnant étant donné que notre population est féminine (le père n'étant cité qu'à 2 reprises). Il est important de noter que la mère si elle est absente dans le cercle familial, elle peut être remplacée par un substitut occupant la place de représentant maternel. Ici, nous pouvons remarquer que certaines adolescentes nous ont évoqué leur tante, leur belle-mère ou leur éducatrice. Le relais maternel afin d'aborder la sexualité a été cité que 46 fois sur 102. Existe-t-il une réelle non-communication entre la mère et les jeunes ? Nous mettons également en évidence que chez les jeunes ayant dialogué avec leur mère à propos de la sexualité, seulement 4 sur 46 ont eu un rapport sexuel à risque.

Le discours maternel a une incidence sur la qualité du développement de la sexualité.

Le plaisir... Souvent tabou, il occupe pourtant une place essentielle dans notre société. Dans notre étude, nous demandions aux adolescentes (n=102) de répondre de façon spontanée à la question « qu'est-ce que le plaisir pour vous en 3 ou 4 mots ». Une difficulté semble être apparue au moment de répondre (41 non réponses). Le plaisir n'étant abordé qu'à 56% avec les proches, les adolescentes sont 35 à avoir évoqué l'amour, ne représentant qu'un tiers de la population. Nous notons que seulement 10 adolescentes sur 102 évoquent le plaisir comme désir et envie mais qu'elles sont quasi aussi nombreuses à parler de sexe à proprement parlé. Pourquoi y a-t-il une gêne à parler de plaisir et d'envie ?

Le discours parental aborde trop peu la sexualité érotique (plaisir, désir, envie).

Les adolescents arrivent-ils à évoquer tous les sujets avec leurs parents ? Ils n'existent pas de parents parfaits, certains seront plus à l'aise à évoquer certains sujets, d'autres moins. Seulement 45% des adolescentes interrogées déclarent ne pas avoir de sujets tabous avec leurs parents. Quant aux autres, elles révèlent avoir des difficultés à évoquer la sexualité, les relations sexuelles et le désir. La sexualité est le premier sujet tabou car il est repris par 19 des 46 adolescentes exprimant ne pas parler de tout avec leurs parents. Nous observons que seulement deux jeunes filles sur 46 ne parlent pas de contraception avec leur parent. Cela nous confirme bien que les parents ont un discours plus axé sur la prévention des risques en évoquant la contraception et les IST. En comparaison, les jeunes filles ayant eu un rapport sexuel à risque n'évoquent pas tous les sujets avec leurs parents : elles sont 33 sur 43 à estimer avoir des sujets tabous.

Les adolescentes ne sont que 17 sur 102 à estimer que ce sont les parents (16 pour la mère et 1 pour le père) qui leur ont apporté le plus d'informations nécessaires pour les guider dans leur sexualité. Les jeunes filles prennent de la distance avec leurs parents à cet âge et préfèrent donc discuter de la sexualité avec leurs amis ou avec un tiers. Les parents sont généralement moins disposés à prodiguer à leurs enfants l'éducation à la sexualité dont ils ont besoin à ce moment-là.

Il existe une communication insuffisante entre les parents et les adolescentes concernant la sexualité ; ceci ne permet pas aux jeunes filles de développer suffisamment de leur sexualité.

La fonction sexuelle est souvent trop peu limitée à la reproduction et aux prises de risque qu'à l'initiation du plaisir.

2) La sexualité abordée en milieu scolaire

Comme nous l'avons évoqué lors de la première partie, le contenu des séances d'éducation sexuelle est légiféré par la circulaire du 27 février 2003 (bulletin officiel). Ce sont aux établissements scolaires d'organiser ces séances.

Analyse

Nous nous intéressons ici à toutes adolescentes de notre étude (n=102).

Dans notre étude, nous pouvons constater que 85% des adolescentes interrogées ont déjà participé à des séances d'éducation sexuelle et d'information sur la contraception lors de leur scolarité. Les séances devraient, d'après la loi, avoir lieu de l'école primaire au lycée à raison de 3 séances par an mais elles sont toujours inégalement appliquées. Les jeunes filles arrivent en fin d'adolescence avec la croyance de l'interdit à la fois en matière de plaisir sexuel et de recherche d'informations sur la sexualité.

25% des adolescentes ayant participé à des séances d'éducation sexuelle se disent plutôt insatisfaites. Ainsi, toutes leurs questions n'ont pas pu trouver de réponse.

De plus, 60% seulement des adolescentes interrogées pensent avoir les informations nécessaires pour les guider dans leur sexualité. Ainsi, malgré le fait que 85% des adolescences interrogées aient participé à des séances d'éducation sexuelle, nous remarquons que la plus grande majorité n'est pas satisfaite et qu'elle n'estime pas avoir toutes les informations nécessaires pour les guider dans leur sexualité.

Le plaisir a été abordé par 56% des adolescentes interrogées dans notre étude avec une tierce personne. On peut mettre en lien le fait que les adolescentes n'aient jamais parlé du plaisir avec le fait qu'elles ne s'estiment pas suffisamment accompagnées dans leur sexualité.

Des doutes sont fréquents, des questions se posent à ce moment où la sexualité des adolescentes s'installe davantage. Comment améliorer cela ? Comment donner confiance aux adolescentes pour qu'elles abordent leur sexualité de manière rassurée ?

On remarque les adolescentes ne s'estiment pas suffisamment accompagnées dans leur sexualité malgré le fait que 85% de la population étudiée ait participé à des séances d'éducation sexuelle.

3) Les professionnels de santé

Les parents et le milieu scolaire ont pour mission d'aider les jeunes, de les guider dans leur sexualité. Les professionnels de santé l'ont également. Les gynécologues, les sages-femmes, les infirmières scolaires rencontrent dans leur quotidien des adolescentes qui ont besoin d'évoquer leur sexualité.

Analyse

- **La consultation de gynécologie**

Nous constatons dans notre enquête que seulement 30 adolescentes sur les 102 se sont rendues en consultation de gynécologie alors que, rappelons-le, elles sont 58 à être sexuellement actives. D'ailleurs, la première consultation de gynécologie a toute sa place avant même le premier rapport sexuel.

Quels thèmes y sont abordés ? Notre population se réduit aux 30 jeunes filles qui se sont rendues en consultation de gynécologie. La contraception et les problèmes de santé sont les deux sujets les plus fréquemment évoqués. 22 adolescentes sur les 30 ont parlé de contraception et 13 de leurs éventuels problèmes de santé (souvent liés à des menstruations douloureuses). Elles ne sont que 8 ou 9 (sur 30) à avoir parlé de sexualité et du corps humain. Le praticien lors de cet entretien doit cibler en peu de temps les comportements à risque, aborder de nombreux de sujets aussi divers que variés. Nous ne remarquons pas une baisse des comportements à risque alors que la contraception est un des sujets les plus abordés.

Peu d'adolescentes de notre population se sont rendues en consultation de gynécologie où sont trop peu abordés la sexualité et le fonctionnement du corps humain.

- **Les CPEF (centre de planification et d'éducation familiale)**

Dans notre étude, les centres de planification et d'éducation familiale ne sont cités que par 3 adolescentes sur les 102 comme étant le lieu où elles ont trouvé le plus d'informations permettant de les guider dans leur sexualité. Pourtant relais de l'information auprès des adolescentes et assurant un accompagnement dans la sexualité, ces centres permettent un accès facile à la contraception.

Nous constatons aussi que 19 adolescentes sur 102 décrivent les CPEF comme le lieu où les professionnels ont évoqué la contraception d'urgence.

Les CPEF sont peu décrits par les adolescentes comme étant les lieux d'informations de première intention.

- **Les infirmières scolaires**

Les infirmières scolaires, accessibles tous les jours dans les lycées et les collèges, sont évoquées par 1/3 des adolescentes comme étant des professionnels de santé disponibles à leur fournir des informations nécessaires pour les aider à les guider dans leur sexualité. Malheureusement, elles sont parfois encore peu nombreuses au vu du nombre d'élèves dans certains établissements.

Les jeunes se dirigent facilement vers les infirmières pour aborder leur sexualité.

Sur les 27 adolescentes ayant eu recours à la contraception d'urgence, 24 jeunes filles estiment ne pas avoir toutes les informations nécessaires pour les guider dans leur sexualité.

Ainsi, du fait que :

- le discours parental est davantage basé sur la prévention que sur l'érotisme et l'amour
- les jeunes filles dites à risque parlent plus de sexualité centrée sur les risques avec leurs parents
- qu'il existe une communication insuffisante entre les parents et les adolescentes ne permettant pas un développement suffisant de leur sexualité
- que toutes les adolescentes n'ont pas eu de séances d'éducation à la sexualité
- que les professionnels de santé, que ce soit en consultation ou dans les CPEF, ne sont pas les premiers relais des informations concernant la sexualité
- les jeunes filles à risque sont majoritairement insatisfaites des informations reçues pour les guider dans leur sexualité,

nous pouvons dire que l'hypothèse 3 (NB : la prise de risque sexuel est associée à une sexualité insuffisamment ou peu accompagnée par l'entourage) est vérifiée.

D) Que pouvons-nous faire pour améliorer la situation actuelle ?

Les éléments identifiés comme étant limitants à l'accès de la contraception d'urgence à l'adolescence sont :

- l'absence d'accompagnement des adolescentes dans le processus de sexualisation
- la non connaissance du corps humain et de son fonctionnement
- la méconnaissance de la contraception d'urgence malgré l'existence de séances d'éducation sexuelle dans le milieu scolaire
- les sujets tabous que sont la sexualité et la contraception d'urgence.

Professionnelle médicale, la sage-femme se situe au cœur de l'intimité des femmes et même du couple. Occupant une place de plus en plus primordiale dans le domaine de la gynécologie grâce aux nouvelles compétences (décrites en première partie), celle-ci rencontre des adolescentes au cours de son exercice. Que ce soit en milieu hospitalier, dans les centres de planification et d'éducation familiale, dans les établissements scolaires, en consultation, la sage-femme est amenée à aborder la sexualité avec les jeunes filles.

En milieu scolaire :

Les professionnels de santé et les enseignants ont-ils une approche de la sexualité cohérente avec les besoins des adolescentes ?

La sage-femme, pouvant intervenir lors de séances d'éducation sexuelle dans les collèges et dans les lycées, pourrait aborder la sexualité en ne se centrant pas uniquement sur les risques d'IST et de grossesses. En délégitimant l'accès à son propre corps et au plaisir, l'adolescence trouverait peut-être plus réponses à ses attentes et à ses besoins en regard de la sexualité. Ces séances d'informations et d'éducation à la sexualité doivent être perçues comme un moyen de confirmer ou de pallier l'insuffisance parentale.

Si les pouvoirs publics et la société réussissent à lever les tabous qu'engendre la sexualité, l'éducation nationale aura peut-être moins de craintes de l'enseigner à l'école, et surtout avant l'entrée à l'adolescence (c'est-à-dire à l'école primaire). Les séances d'éducation sexuelle sont nécessaires pour renforcer le message maternel à la jeune ou pour pallier le dialogue insuffisant parental. Il y a un manque à ce niveau. Les textes qui réglementent l'accès à l'information en matière de sexualité ont peine à se faire appliquer. Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte.

Nous sommes confrontés à une certaine pseudo-libération sexuelle sans évoquer la place de chacun et chacune dans la sexualité.

En outre, aborder la sexualité érotique permet de prévenir les abus sexuels.

Démultiplier les séances d'éducation sexuelle en milieu scolaire en regard de la loi et aborder la sexualité érotique plutôt qu'une sexualité basée sur les risques sont des éléments à mettre en place.

En consultation :

Les professionnels de santé dont les sages-femmes rencontrant des adolescentes au cours de consultation de gynécologie ont une mission tout aussi spécifique concernant la sexualité.

Face à la peur des jeunes filles à l'idée de se rendre pour la première fois en consultation, les professionnels doivent adopter un comportement rassurant. Parler de son intimité, se mettre et se montrer nue/ à nu n'est pas une chose évidente chez les femmes et notamment chez les adolescentes.

Dédramatiser cette première consultation de gynécologie est important.

La première consultation de gynécologie doit être perçue comme un entretien. C'est un moment où le praticien doit expliquer, informer et aider à choisir une contraception si la patiente le souhaite. Il est nécessaire que nous, professionnels de santé, retenions que pour ces jeunes filles, cette consultation n'est pas qu'une simple formalité. Lors de celle-ci, la sage-femme et/ou le médecin doivent rappeler qu'il existe des échecs à la contraception et que la contraception d'urgence existe. Nous rappelons ici que le modèle BERCER décrit par l'OMS est un bon moyen d'aborder la contraception avec les femmes. Le professionnel, que ce soit lors de la prescription où lors de la délivrance de la pilule, pourrait davantage distribuer la carte créée par l'INPES.

Elle constitue un aide-mémoire pratique pour les femmes, et facile à conserver du fait de son format carte de crédit. (Annexe)

De plus, la prescription à l'avance de la contraception d'urgence comme le recommande la Haute Autorité de Santé permettrait aux adolescentes de recevoir des informations, de réduire les idées fausses mais surtout semblerait apporter un accès plus facile. Il est moins difficile pour une adolescente de se rendre dans une pharmacie avec sa prescription que d'expliquer sa demande. Le fait de prescrire ce médicament rend nécessaire l'explication par le professionnel de santé de la contraception d'urgence et légitime sa prise. Ayant pour objectif d'éviter aux jeunes filles de ne pas se retrouver dans l'embarras et de pouvoir gérer plus sereinement l'urgence, la prescription à l'avance est un moyen aussi pour le professionnel de santé de voir si la contraception choisie est véritablement adaptée à la jeune. Il s'agit d'une nécessité de prévenir les conséquences d'un rapport non protégé lié ou non à une défaillance contraceptive.

Il va sans dire qu'il est nécessaire d'apporter aux patientes une réelle éducation en termes de connaissances concernant la physiologie du cycle menstruel et de la fécondation. Nombreuses sont celles qui n'utilisent pas la contraception d'urgence car elles ne se sentaient pas « à risque ».

La prescription à l'avance paraît être une des meilleures façons de concilier la nécessité d'une utilisation aussi précoce que possible et celle d'une information de qualité. Il est important de rappeler que la contraception d'urgence ne constitue pas un moyen de protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles.

Et si anticiper devenait un maître mot en contraception d'urgence ?

Nous pouvons proposer que cette consultation réalisée entre autres par les sages-femmes ait pour missions de :

- démystifier la consultation de gynécologie dont la première en utilisant le modèle BERCER mis en place par l'OMS
- aborder la sexualité érotique, le corps humain et son fonctionnement
- prescrire à l'avance et informer sur la contraception d'urgence

Auprès des parents et des futurs parents :

La sage-femme rencontrant des parents tout au long de sa profession a une place importante où elle pourrait aborder et expliquer le processus de sexualisation afin que ces derniers puissent développer de façon positive la sexualité avec leur enfant.

Il serait intéressant de créer des lieux d'accueil où les parents (et pas que d'adolescents) pourraient échanger que ce soit avec des intervenants (professionnels de santé, conseiller conjugal, etc) mais aussi avec d'autres parents. Se rendre compte que nous ne sommes pas les seuls à avoir des difficultés d'approche de ce domaine permet de s'ouvrir à cette nouvelle approche de la sexualité. Ces rencontres pourraient permettre d'une part de communiquer différemment avec les jeunes mais aussi les comprendre. N'est-il pas difficile d'essayer de comprendre quelqu'un qui est en crise avec lui-même ? Des rencontres avec comme thème « comment communiquer sur la sexualité avec son enfant » ne peut avoir que des bénéfices dans le discours parental. La sage-femme pourra informer les parents sur l'existence d'institutions permettant d'accompagner parents et adolescents dans différents domaines tels que les maisons de l'adolescence, les CPEF, etc.

Expliquer aux parents que la sexualité fait partie intégrante de la santé sexuelle est un domaine d'approche auquel les sages-femmes peuvent participer.

En CPEF :

La sage-femme, pouvant exercer dans les CPEF, pourra être amenée à informer et à rencontrer des adolescentes. Tout comme lors d'une consultation de gynécologie, l'évocation de la sexualité érotique pourra être convenue. Ces centres doivent se développer davantage. Inconnus par certaines personnes, nous devons rappeler aux jeunes leur existence. Il serait intéressant de développer ces CPEF dont la répartition territoriale est inégale et dont les horaires ne coïncident pas toujours avec la disponibilité des adolescentes.

Des spots de prévention :

Des spots de campagne de prévention pourraient prendre place dans les médias, comme il a été fait pour les IST ou pour la contraception. Une campagne de sensibilisation à la contraception d'urgence via la radio sous forme de spots radio a été diffusée par l'INPES durant l'été 2012. Elle s'articulait sur les prises de risque les plus fréquentes (oublis de pilule, accident de préservatif et absence de contraception) tout en misant sur l'humour et l'empathie. Elle évoquait la contraception d'urgence comme un moyen d'écarter les affres du doute, souvent omniprésents après un rapport sexuel à risque. Il serait intéressant d'en créer pour des médias tels que la télévision ou le web : les images pouvant être plus « fortes » que des mots. Mettre en scène des adolescents dans leur quotidien pourrait permettre de leur faire prendre conscience qu'ils s'exposent parfois à des situations sexuellement à risque. La sage-femme a toute sa place dans la prévention en réalisant ces spots.

La formation en sexologie :

Une formation en sexologie est nécessaire pour toutes les personnes encadrant les jeunes. La formation initiale des sages-femmes concernant la sexualité est à renforcer et il est du devoir des sages-femmes de se former également tout au long de leur exercice professionnel. Lors de ces formations, les sages-femmes mais aussi les personnes intervenant auprès des adolescents pourraient apprendre comment aborder la sexualité, comment transmettre les informations pour qu'elles soient intégrées et adaptées aux adolescentes. Ils pourraient aussi sortir des jugements de valeurs et développer un esprit d'ouverture concernant la sexualité.

Il est à noter que les sages-femmes peuvent être amenées à acquérir un diplôme interuniversitaire concernant la sexologie.

Conclusion

Au terme de notre étude menée auprès des 102 adolescentes âgées de 15 à 18 ans, nous pouvons constater que des comportements à risque sexuel existent avant même le rapport sexuel mais aussi après. Malgré une volonté d'informations, les adolescentes ont des croyances erronées concernant la contraception d'urgence pouvant palier cette prise de risque sexuel. De plus, nous avons remarqué que la prise de la contraception d'urgence est souvent associée à un accompagnement insuffisant de la sexualité.

L'apprentissage de la sexualité ne peut se résumer qu'à des informations centrées sur les risques et la prévention. Un accompagnement permettant aux jeunes filles d'avoir une représentation positive de la sexualité et d'être rassurées est nécessaire. Basé davantage sur l'érotisme et l'amour, le discours parental, mais aussi celui des professionnels encadrant des jeunes, serait d'autant plus bénéfique s'il est initié avant même l'adolescence. Pour ce faire, il est nécessaire de démystifier la sexualité et de lever les tabous concernant aussi bien la sexualité que la contraception d'urgence.

Évoquer ainsi la sexualité aurait un impact sur les prises de risque sexuel accrues au moment de l'adolescence.

Par ailleurs, l'utilisation de la contraception d'urgence semble augmenter ces dernières années chez les adolescentes du fait de son accès facilité, de sa gratuité et de son anonymat. Cependant, il s'agit encore ici d'un sujet tabou pour les femmes et notamment les adolescentes lié à de forts sentiments de culpabilité, de honte, associé à une grave méconnaissance de cette pilule et de leur propre corps.

Alors que les moyens de contraception se multiplient et se développent, à quand une information claire, sans tabou et adaptée aux besoins des jeunes filles sur la sexualité et la contraception d'urgence ?

Nous pouvons nous demander si les femmes vivant une deuxième période de transition dans leur vie à l'âge de 40-50 ans ne sont pas également enclines aux comportements à risque sexuel. La contraception d'urgence est-elle connue de ces femmes ?

Bibliographie

- [1] MOREL C “ABC de la psychologie de L’Enfant, De la naissance à l'adolescence”, Edition GRANCHER, mars 2009
- [2] GALLEY-RAULIN F. « Adolescentes : Erotisme et Gestion des risques » Mémoire pour le Diplôme Universitaire de Sexologie, 2011
- [3] VANECK DREYFUS A, « La Crise d'Adolescence », Edition Studyparents, 2005
- [4] ASAILLY J-P, DESSEZ P, VAISSIERE H, « Adolescents et conduites à risque », Editions AH, 2004
- [5] DOLTO F, DOLTO-TOLITSH C, « Paroles pour adolescents ou le complexe du homard », Edition Folio junior, 2007
- [6] BOZON L, « Sociologie de la sexualité », Edition Armand Colin, 2ème édition 2009
- [7] HUGUENEL D. « Les adolescentes et la contraception d’urgence » Mémoire pour l'obtention du DE Sage-femme, 2000
- [8] COSLIN P, « Les conduites à risque à l'adolescence » Edition Armand Colin, 2003
- [9] ATHEA N, COUDER O, « Parler de la sexualité aux ados : Une éducation à la vie affective et sexuelle », Edition Eyrolles, 2006
- [10] ZIMMERMANN G-M, « La sexualité des adolescentes n'a pas besoin du consentement des parents », Le Nouvel Obs, novembre 2012
- [11] Circulaire du 27 février 2003 : « Education à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées »
- [12] POLETTI B, Rapport d'information au nom de la délégation des droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures, 2011
- [13] KINNEL M-C « Etre adolescente et se préoccuper de sa contraception » Mémoire pour l'obtention du DE de sage-femme 2011
- [14] Site officiel du Docteur Martin Winckler : www.martinwinckler.com dernière visite le 27 décembre 2012
- [15] AUBENY E. La contraception d’urgence, pour l'Association Française pour la Contraception (AFC), Paris, 2001
- [16] NEITER A, « Histoire illustrée de la contraception, de l’antiquité à nos jours », Editions Roger Dacosta, décembre 1985
- [17] SERFATY D., « Contraception », 4ème édition ELSEVIER MASSON 2011
- [18] Site officiel du Docteur David Elia : www.docteurdavidelia.fr dernière visite le 12 janvier 2013

- [19] Participation à la journée « Samedi de la Contraception » organisée par Gynécole à Nancy, décembre 2012
- [20] INPES, travail coordonné par DE BELS F. et sous la direction de DOSQUET P. « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », décembre 2004
- [21] Dictionnaire Le Petit Larousse, 2010
- [22] BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, MOREAU C, « La Contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », Population & Sociétés, numéro 492, septembre 2012
- [23] LERIDON H, REGNIER-LOILIER A, « Après la loi Neuwirth : pourquoi tant de grossesses imprévues ? » Population & Société, numéro 439, novembre 2007
- [24] Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence
- [25] Les compétences des sages-femmes et le Code de Déontologie, par le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, édition novembre 2012
- [26] I.G.A.S. AUBIN C « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence », Rapport octobre 2009
- [27] Site de l'ANCIC (Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesses et de Contraception) dernière visite le 12 janvier 2013
- [28] IGAS, AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, « La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication », 2009
- [29] DIXON, « ethinyl-estradiol and conjugated eschanges as post-coïtal contraceptives »
- [30] OMS, « Contraception d'urgence, aide-mémoire » n°244, juillet 2012
- [31] LETOMBE B, « L'actualité en matière de contraception d'urgence », Les Dossiers de l'Obstétrique, Décembre 2010
- [32] GOULARD H, BAJOS N, « Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain en France », Gynéco.obst.fertil 2003
- [33] BARBEROT V, « Anticiper, un maître mot en contraception d'urgence », La Lettre du gynécologue, septembre 2009
- [34] OMS, GLASIER A, WESTLEY E, « Contraception d'urgence : dissiper les idées fausses et les croyances erronées », bulletin 2010
- [35] BOUCHARD P, « Intérêt de la prescription d'avance en contraception d'urgence », Endocrinologie et reproduction, septembre 2003
- [36] Circulaire du 27 février 2003 : « Education à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées »

Ouvrages

- CARTER E, « En savoir plus sur la sexualité des adolescents », Edition Gamma, 2004
- GUILBERT E., DUFORT F., « L'usage de la contraception à l'adolescence : perceptions des adolescentes et des professionnels », Département d'obstétrique et gynécologie et Ecole de psychologie, Université de Laval au Québec
- MOREAU C, TRUSELL J, MICHELOT, BAJOS N, “The effect of access to emergency contraceptive pills on women’s use of highly effective contraceptives”, 2009

Revue

- ANSELLEM-MAINGUY Y, « Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence », la santé de l'homme N° 399, janvier-février 2009
- BAJOS N, JOB-SPIRA N, GOULARD H, « Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France », Gynécologie, Obstétrique et Fertilité, avril 2002
- CEDIF, « Grossesses non désirées : quelles stratégies en termes de prévention ? » Novembre 2004
- MARTINET M-P, « Sexe, sexualité et contraception : comment en parler de manière constructive », Le Nouvel Obs, novembre 2012

Thèses et Mémoires

- ANSELLEM-MAINGUY Y, « La contraception d'urgence, analyse sociologiques des pratiques contraceptives en France ». Thèse de doctorat, université Paris-Descartes 2007
- WILL S « La contraception d'urgence dans la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence » Mémoire pour l'obtention du DE de sage-femme 2005

Rapports

- HAS, « Mise à disposition à l'avance de la contraception d'urgence », note de cadrage, novembre 2011
- INPES « Contraception : les françaises utilisent-elles une contraception adaptée à leur mode de vie », dossier de presse, octobre 2011
- INPES, Enquête « les françaises et la contraception » mars 2007
- INPES, BECK F, GUILBERT P, GAUTIER A, sous la direction de, Baromètre santé 2005
- OMS, Choix des méthodes contraceptives, 1996

Textes de Loi

- POLETTI B. Proposition de loi, visant vers un meilleur accès à la contraception notamment pour les mineures et à l'IVG novembre 2001

Séminaire

- Participation au séminaire de sexologie organisé par l'école de sages-femmes de Metz, présenté par Dr WAYNBERG automne 2012
- Participation à la Journée « Samedi Contraception » organisée par Gynécologie à Nancy, décembre 2012

Récapitulatif des illustrations

- Illustration 1* : Répartition de la population en fonction de l'âge des adolescentes
- Illustration 2* : Répartition par âge des adolescentes dites à risque
- Illustration 3* : Répartition de la population en fonction de leur établissement scolaire
- Illustration 4* : Répartition de la population étudiée en fonction de leur activité sexuelle
- Illustration 5* : Répartition de la population en fonction de l'âge de leur premier rapport sexuel
- Illustration 6* : Répartition en fonction de l'âge du premier rapport sexuel des adolescentes dites à risque
- Illustration 7* : Qualification des relations sexuelles que peuvent entretenir les adolescentes sexuellement actives
- Illustration 8* : Qualification des relations sexuelles qu'entretiennent les adolescentes dites à risque
- Illustration 9* : Répartition de la population en fonction du nombre de partenaires sexuels
- Illustration 10* : Répartition des adolescentes dites à risque selon le nombre de partenaires sexuels
- Illustration 11* : Répartition des adolescentes en fonction de l'utilisation d'un moyen de contraception
- Illustration 12* : Moyens de contraception choisis par les adolescentes
- Illustration 13* : Moyens de contraception choisis par les adolescentes dites à risque
- Illustration 14* : La contraception des adolescentes sexuellement actives varie-t-elle en fonction du type de relation qu'elles entretiennent avec leur partenaire ?
- Illustration 15* : Répartition de la population étudiée en fonction de l'estimation du risque de grossesse à chaque rapport sexuel
- Illustration 16* : Moment du cycle le plus à risque selon les adolescentes ne pensant pas qu'il y ait de risque à chaque relation sexuelle
- Illustration 17* : Les relations sexuelles non ou mal protégées vécues par les adolescentes sexuellement actives
- Illustration 18* : Recours à la contraception d'urgence pour les adolescentes dites à risque
- Illustration 19* : Raisons du rapport sexuel non ou mal protégé
- Illustration 20* : Connaissance de la contraception d'urgence par la population étudiée
- Illustration 21* : Les lieux ou personnes avec qui les adolescentes de notre population ont abordé la contraception d'urgence
- Illustration 22* : Nécessité d'une ordonnance pour la contraception d'urgence selon la population étudiée
- Illustration 23* : Modalités de délivrance de la contraception d'urgence selon les adolescentes
- Illustration 24* : Facilité d'accès à la contraception d'urgence selon la population étudiée
- Illustration 25* : Les difficultés éventuelles face aux professionnels de santé
- Illustration 26* : Délai d'utilisation de la contraception d'urgence selon les adolescentes de notre population
- Illustration 27* : Sujets abordés avec les parents selon notre population
- Illustration 28* : Personnes vers qui se tournent les adolescentes de notre population
- Illustration 29* : Évocation du plaisir par les adolescentes de notre population
- Illustration 30* : Sujets tabous entre les adolescentes de notre population et leurs parents
- Illustration 31* : Existence de sujets tabous pour les jeunes filles dites à risque
- Illustration 32* : Répartition de la population étudiée en fonction de leur participation à des séances d'éducation sexuelle
- Illustration 33* : Satisfaction de ces séances par les adolescentes
- Illustration 34* : La consultation de gynécologie
- Illustration 35* : Les thèmes abordés en consultation de gynécologie
- Illustration 36* : Ressenti des adolescentes de la population concernant leur sexualité
- Illustration 37* : Personnes vers lesquelles les adolescentes ont le plus obtenu d'informations selon elles
- Illustration 38* : Personnes vers lesquelles les adolescentes dites à risque ont obtenu le plus d'informations nécessaires pour les guider dans leur sexualité
puis pour les adolescentes ayant eu recours à la contraception d'urgence.

Annexes

Annexe I : les lois relatives à l'éducation sexuelle dans les institutions scolaires, circulaire du 27 février 2003

Annexe II : fiche réalisée d'après l'Organisation Mondiale de la Santé sur NorLevo

Annexe III : fiche sur EllaOne d'après le Vidal et « Les Dossiers de l'Obstétrique » de décembre 2010

Annexe IV : outil d'enquête

Annexe V : documents sur la contraception d'urgence issus de l'INPES

Annexe I : les lois relatives à l'éducation sexuelle dans les institutions scolaires, circulaire du 27 février 2003

BO n°9 du 27 février 2003, SANTÉ SCOLAIRE

L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

NOR : MENE0300322C RLR : 505-7 CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003

MEN DESCO B4

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux directrices et directeurs d'école ; aux chefs d'établissement ; aux directrices et directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales ; aux directrices et directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales

L'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social, juridique et médiatique dans le domaine de la sexualité, ainsi que des connaissances scientifiques liées à la maîtrise de la reproduction humaine a conduit les pouvoirs publics à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen. Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : **l'éducation à la sexualité** contribue de manière spécifique à cette formation dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale.

Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques - grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/ sida - et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par **la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.**

L'éducation à la sexualité à l'école est inséparable des connaissances biologiques sur le développement et le fonctionnement du corps humain, mais elle intègre tout autant, sinon plus, une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques. Elle doit ainsi permettre d'approcher, dans leur complexité et leur diversité, les situations vécues par les hommes et les femmes dans les relations interpersonnelles, familiales, sociales.

Cette éducation, qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit trouver sa place à l'école sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun, à la condition d'affirmer ces valeurs communes dans le respect des différentes manières de les vivre.

C'est pourquoi il est fondamental qu'en milieu scolaire l'éducation à la sexualité repose sur une éthique dont la règle essentielle porte sur la délimitation entre l'espace privé et l'espace public, afin que soit garanti le respect des consciences, du droit à l'intimité et de la vie privée de chacun.

Un certain nombre de fondements de l'éducation à la sexualité se trouvent d'ores et déjà explicitement mentionnés dans les programmes scolaires de l'école primaire et dans ceux de quelques-unes des disciplines des collèges et des lycées. Plusieurs textes spécifiques sont par ailleurs venus en 1996 (1) puis en 1998 (2), instaurer l'organisation de séquences d'éducation à la sexualité au collège et mettre en place un dispositif de formation des personnels.

Les dispositions de l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ont désormais complété le chapitre II du titre I du livre III du code de l'éducation par un article L. 312-16 aux termes duquel **"Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées**

dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement.

Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés."Dans cette nouvelle perspective, il est nécessaire, en s'appuyant sur l'ensemble des actions déjà mises en place, de définir les objectifs de l'éducation à la sexualité **de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée**, en précisant les modalités de mise en œuvre, et le pilotage du dispositif.

Cette circulaire annule et remplace la circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida.

(1) Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 relative à la prévention du sida en milieu scolaire et

à l'éducation à la sexualité.

(2) Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida.

I - Les objectifs de l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire

L'école a un rôle spécifique dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Il s'agit de leur donner les moyens de s'approprier progressivement les données essentielles de leur développement sexuel et affectif et leur permettre notamment de mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement.

Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale. Ainsi, afin de guider l'élaboration d'un projet par les équipes éducatives, on peut appliquer au champ spécifique de l'éducation à la sexualité, les objectifs éducatifs suivants :

- **comprendre comment l'image de soi se construit à travers la relation aux autres ;**
- **analyser les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits et comprendre l'importance du respect mutuel ; se situer dans la différence des sexes et des générations ;**
- **apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine, biologique affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique ;**
- **développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias, en matière de sexualité**
- **favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre ;**
- **apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.**

Des documents accompagnant la mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité en préciseront les contenus, la répartition et la progression pédagogiques adaptés à chaque cycle.

II - La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité

Au sein des écoles et des établissements scolaires, tous les personnels, membres de la communauté éducative, participent explicitement ou non, à la construction individuelle, sociale et sexuée des enfants et adolescents.

En effet, en toutes circonstances, dans les différents espaces des écoles et des établissements (salles de classe, de cours ou d'activité, lieux d'accueil ou de récréation, espaces de circulation, vestiaires, restaurant scolaire...), tout adulte de la communauté éducative contribue à réguler les relations interindividuelles et à développer chez les élèves des savoir-être tels que le respect de soi et de l'autre ou l'acceptation des différences.

Ces pratiques éducatives impliquent une nécessaire cohérence entre les adultes participant au respect des lois et des règles de vie en commun qui s'exercent aussi bien dans le cadre de la mixité, de l'égalité, que de la lutte contre les violences sexistes et homophobes contraires aux droits de l'homme.

Au-delà de ces situations quotidiennes, il est nécessaire d'organiser un travail pluridisciplinaire s'appuyant sur les compétences complémentaires des divers personnels, inscrit dans le projet d'école et le projet d'établissement, voire inséré dans une politique d'établissement.

2.1 Une formation à destination de l'ensemble des élèves

Dans les enseignements, à tous les niveaux, les programmes des différents champs disciplinaires - tels que la littérature, l'éducation civique, les arts plastiques, la philosophie, l'histoire, l'éducation civique juridique et sociale... - offrent, dans leur mise en œuvre, l'opportunité d'exploiter des situations, des textes ou des supports en relation avec l'éducation à la sexualité selon les objectifs précédemment définis.

Les enseignements scientifiques liés aux sciences de la vie occupent une place spécifique mais non exclusive dans ce domaine. Ils procurent aux élèves les bases scientifiques - connaissances et raisonnements - qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques mis en jeu.

Les enseignants de ces disciplines sont en outre guidés par le souci constant d'établir un lien entre les contenus scientifiques et leurs implications humaines, préparant ainsi les élèves à adopter des attitudes responsables et à prévenir les risques. Dans la construction de leur progression sur l'année et sur le cycle, ils veillent à donner toute leur place aux parties des programmes relatives, selon les niveaux d'enseignement, à la reproduction et à la transmission de la vie, à la contraception, aux infections sexuellement transmissibles et particulièrement au sida.

En lien avec les connaissances acquises à travers les programmes scolaires aux différents niveaux, il est nécessaire de concevoir une continuité éducative tenant compte des questionnements et de la maturité des élèves.

À cette fin, trois séances d'information et d'éducation à la sexualité doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire.

Elles permettent de relier les différents apports concourant à l'éducation à la sexualité et de les compléter notamment dans les domaines affectif, psychologique et social, conformément aux objectifs définis ci-dessus (cf. §1).

2.1.1 À l'école primaire, l'éducation à la sexualité suit la progression des contenus fixée par les programmes pour l'école. Les temps qui lui sont consacrés seront identifiés comme tels dans l'organisation de la classe. Ils feront cependant l'objet, en particulier aux cycles 1 et 2, d'une intégration aussi adaptée que possible à l'ensemble des autres contenus et des opportunités apportées par la vie de classe ou d'autres événements.

Aussi, à l'école, le nombre de trois séances annuelles fixé par l'article L. 312-16 du code de l'éducation doit-il être compris plutôt comme un ordre de grandeur à respecter globalement dans l'année que comme un nombre rigide de séances qui seraient exclusivement dévolues à l'éducation à la sexualité. L'ensemble des questions relatives à l'éducation à la sexualité est abordé collectivement par l'équipe des maîtres lors de conseils de cycle ou de conseils de maîtres. Les objectifs de cet enseignement intégré aux programmes ainsi que les modalités retenues pour sa mise en œuvre feront en outre l'objet d'une présentation lors du conseil d'école.

2.1.2 Au collège et au lycée, le chef d'établissement établit en début d'année scolaire les

modalités d'organisation et la planification de ces séances, inscrites dans l'horaire global annuel des élèves, garantissant ainsi la mise en œuvre et la cohérence de ce dispositif, qui sera intégré au projet d'établissement et présenté au conseil d'administration. Pour les lycées, il fera également l'objet d'un débat au conseil de la vie lycéenne. Les modalités d'organisation des séances - durée, taille des groupes - sont adaptées à chaque niveau de scolarité. Elles doivent privilégier un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion et peuvent s'appuyer sur les dispositifs existants. Le chef d'établissement veillera à la cohérence et à la complémentarité entre les apports des enseignements et les apports de ces séances.

La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité, dans le premier comme dans le second degré, doit donc s'appuyer sur une véritable démarche de projet qui permet à la fois :

- **d'informer et/ou d'associer les parents d'élèves ;**
- **de garantir la cohérence et la coordination des différents apports ;**
- **de susciter un travail intercatégoriel ;**
- **d'assurer, le cas échéant, le cadrage des interventions de partenaires extérieurs.**

2.2 Des actions individuelles

Les séances d'éducation à la sexualité peuvent être l'occasion de susciter chez certains élèves des questionnements d'ordre privé ou encore de révéler des difficultés personnelles. Celles-ci ne doivent pas être traitées dans un cadre collectif mais relèvent d'une prise en compte individuelle de l'élève et d'une relation d'aide qui, dans les écoles et les établissements scolaires, peut s'appuyer sur tout adulte de la communauté scolaire susceptible d'apporter une écoute et d'être un relais, et plus particulièrement sur les compétences spécifiques des personnels de santé et sociaux.

En outre, la prise en charge et l'accompagnement qui s'exercent à l'occasion des bilans de santé, des dépistages, de l'accueil à l'infirmerie ou de l'entretien social, permettent d'établir avec les élèves une relation de confiance et un dialogue en toute confidentialité. C'est dans ce contexte que prennent place les dispositions de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence et du décret d'application n° 2001-258 du 27 mars 2001, selon lesquelles les infirmières des établissements scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence dans les situations d'urgence et de détresse caractérisée.

Les personnels de santé et sociaux assurent également les relais nécessaires au sein de l'école ou de l'établissement, ainsi qu'avec les familles et les professionnels des réseaux de soins.

Ainsi certains élèves traversant des difficultés personnelles nécessitant un entretien individuel seront orientés s'ils le souhaitent, soit vers les personnes ressources de l'établissement - personnels de santé et sociaux - soit vers des structures extérieures spécialisées.

III - La prise en charge

- À l'école primaire, c'est aux maîtres chargés de classe qu'incombe la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans le cadre des enseignements, avec le tact qui s'impose et en recherchant la plus grande cohésion avec l'ensemble des apprentissages. Le cas échéant, les maîtres pourront solliciter conseils et assistance auprès de l'infirmière ou du médecin scolaire formés à cet effet. Les maîtres porteront une attention toute particulière à la parole de l'enfant en vue de l'aider à discerner ce qui, dans les rapports qu'il entretient avec ses camarades et

avec les adultes, est acceptable ou ne l'est pas.

- Au collège et au lycée, ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible, dans la logique du projet d'établissement, enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé,

formés à cet effet. - **Il peut être fait appel à des interventions extérieures, dans le respect des procédures d'agrément en vigueur, conformément, d'une part, au**

décret n° 92-1200 du 6 novembre

1992, modifié le 20 mai 1999, relatif aux relations du ministère chargé de l'éducation d'autre part, aux dispositions de la circulaire n° 93-136 du 25 février 1993 relative aux relations avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public, qui rappellent cependant la possibilité pour des associations non agréées d'intervenir pendant le temps scolaire, dans des conditions précisées au chapitre II.

Il peut être toutefois recommandé de privilégier le recours à des intervenants issus d'associations ayant reçu l'agrément, national ou académique, prévu par le décret du 6 novembre 1992.

Les partenaires extérieurs ayant bénéficié d'une formation appropriée peuvent intervenir, dans les séances d'éducation à la sexualité dans le respect des principes, de l'éthique et des objectifs définis dans la présente circulaire.

Ces interventions, qui s'inscrivent dans le cadre du projet d'école ou d'établissement, devront s'insérer dans la programmation et la progression définie par l'équipe éducative en charge des séances.

Elles sont organisées avec l'autorisation du directeur d'école après avis du conseil des maîtres, dans le premier degré (3), ou à la demande du chef d'établissement, en accord avec l'équipe en charge de l'éducation à la sexualité, dans le second degré. Elles se déroulent en présence et sous la responsabilité pédagogique du maître ou d'un membre de cette équipe afin d'assurer la continuité de la relation éducative, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des actions.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est le dispositif de repérage et de mise en réseau indispensable des partenaires de proximité auxquels il peut être fait appel. Il permet en outre d'assurer l'information de l'ensemble des personnels de la communauté éducative.

Par ailleurs, si la mise en œuvre de partenariats est susceptible d'étendre les ressources de l'école en mobilisant des compétences spécifiques complémentaires, elle permet aussi de disposer de ressources et relais extérieurs à l'école. Ainsi les lieux d'information, de consultation et de conseil conjugal et familial, les centres de documentation spécialisés, les espaces d'écoute jeunes, les services téléphoniques, dispensent un accueil personnalisé, une orientation, des informations sur la sexualité, la contraception, la prévention des IST et du sida, les violences sexuelles, accessibles aux élèves des collèges et des lycées.

Les personnels des établissements scolaires doivent assurer la diffusion de ces informations notamment en mettant à disposition des élèves des dépliants et un espace d'affichage sur les structures locales et les numéros verts. Cette démarche sera accompagnée dans le cadre des séances d'éducation à la sexualité.

(3) Circulaire n° 91-124 du 6 juin 1991, modifiée les 20 juillet 1992 et 29 juin 1994, portant directives générales pour l'établissement du règlement type départemental des écoles maternelles et élémentaires (1er paragraphe du chapitre 5.4.4).

Circulaire n° 92-196 du 3 juillet 1992 relative à la participation d'intervenants extérieurs aux activités d'enseignement dans les écoles maternelles et élémentaires (annexe 1, A, § b).

IV - Pilotage et formation

4.1 Un dispositif académique de pilotage

Chaque académie doit se doter d'un projet d'éducation à la sexualité intégré dans le projet académique de santé des élèves, tel qu'il a été défini dans la circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 portant orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, et la circulaire n° 2002-098 du 25 avril 2002 relative à la politique de santé en faveur des élèves.

Un bilan récent relatif aux actions et formations en éducation à la sexualité établi par la

direction de l'enseignement scolaire, fait apparaître que de nombreuses académies disposent d'équipes de pilotage chargées pour l'essentiel de l'organisation et du suivi des formations. La généralisation de l'éducation à la sexualité, notamment par les séances d'éducation à la sexualité prévues par la loi, impose désormais, compte tenu de l'ampleur du dispositif à mettre

en œuvre, que chaque recteur désigne auprès de lui un coordonnateur et une équipe de pilotage académiques, en veillant à ce que des représentants désignés par les inspecteurs d'académie directeurs des services départementaux de l'éducation nationale y participent également.

Afin de ne pas multiplier les dispositifs spécifiques d'éducation à la santé et de prévention, de mieux les articuler et les mettre en cohérence, notamment avec le groupe d'animation des CESC, il est souhaitable de constituer un dispositif académique de pilotage regroupant l'ensemble des coordonnateurs et des personnes-ressources compétentes sur les thématiques de santé, sexualité, prévention.

En ce qui concerne l'éducation à la sexualité, comme pour les autres domaines évoqués, les missions de l'équipe de pilotage académique se déclinent selon cinq axes principaux :

- constituer une force de proposition dans l'élaboration de la politique académique ;
- construire les partenariats institutionnels - en particulier avec les programmes régionaux de santé ainsi que les réseaux de soins - les partenariats associatifs et mutualistes, en intégrant notamment les fédérations de parents d'élèves.

L'organisation de ces partenariats, les modalités d'intervention dans les écoles et les établissements scolaires, ainsi que leur contribution à la formation des personnels et des intervenants extérieurs seront définis dans une charte académique, établie selon les niveaux,

entre le recteur et le directeur régional de l'action sanitaire et sociale (DRASS), ou entre l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale et le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Cette charte, qui permet de poser un cadre éthique, pédagogique et administratif clairement défini, pourra le cas échéant être élargie à d'autres partenaires en fonction des situations de chaque académie ou département ;

- contribuer à la définition du cahier des charges de la formation des personnels, à l'élaboration du plan académique et aux choix des formateurs ;
- constituer un réseau de ressources documentaires à disposition des écoles et des établissements scolaires, en s'appuyant en particulier sur les nouvelles technologies ;
- établir un bilan annuel académique de la mise en œuvre de la loi, à partir d'une grille nationale qui sera transmise aux recteurs.

4.2 Une politique de formation des personnels

La formation initiale et continue des personnels s'inscrit comme une des composantes du dispositif de pilotage d'une éducation à la sexualité des élèves ; elle doit permettre la constitution d'équipes aux compétences partagées, susceptibles d'analyser dans leur contexte, les besoins des élèves, de construire une démarche globale et progressive d'éducation adaptée à l'école ou l'établissement scolaire.

En effet, une politique de formation efficace, en un domaine qui exige de concilier savoirs, éthique, culture, respect des personnes suppose à tout le moins que soit prise en compte la dimension pluri catégorielle de l'encadrement des séances d'éducation à la sexualité. Ainsi professeurs des écoles, enseignants de science de la vie et de la Terre, de vie sociale et professionnelle, conseillers principaux d'éducation, médecins, infirmières, assistants de service social apportent en particulier, chacun pour ce qui le concerne, leur contribution à un

projet défini en commun dans ses objectifs et ses résultats.

Les dispositifs de formation élaborés dans ce cadre, et éventuellement construits avec les équipes locales pour mieux répondre à leurs besoins, prendront appui aussi bien sur les ressources académiques que sur celles apportées par les partenaires extérieurs

institutionnels ou associatifs habilités à intervenir auprès des élèves dans le domaine de l'éducation à la sexualité.

Compte tenu de la diversité des personnels susceptibles d'intervenir dans ces formations, la logique d'ensemble des dispositifs gagnera à être définie au niveau académique dans l'objectif de la meilleure utilisation des ressources disponibles. Les modalités de formation pourront cependant privilégier les interventions sur site aidant en cela à la constitution des équipes éducatives.

Au cours des dernières années, des formations inter académiques à pilotage national ont permis de constituer un réseau de formateurs pluri catégoriels chargés notamment d'organiser les actions de formation d'équipes d'établissements participant à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.

Les recteurs veilleront à mobiliser ces personnels et à développer leurs compétences tout en renforçant ce réseau de formateurs afin d'être en mesure de répondre aux besoins des écoles et établissements de leur académie.

La loi du 4 juillet 2001 a confié à l'école une mission éducative dans le champ bien spécifique de l'éducation à la sexualité. Les orientations définies dans la présente circulaire, constitue un cadrage aussi bien pour les personnels de l'éducation nationale que pour les partenaires

appelés à intervenir dans les écoles et les établissements scolaires. J'appelle votre attention sur l'importance que j'attache à la mise en œuvre de ces dispositions.

Pour le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche
et par délégation,

Le directeur de l'enseignement scolaire

Jean-Paul de GAUDEMAR

B.O. n°9 du 27 février 2003

© **Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche**

Annexe II : fiche réalisé d'après l'Organisation Mondiale de la Santé sur NorLevo

La contraception d'urgence par progestatif seul

La contraception d'urgence par lévonorgestrel seul est utilisée depuis longtemps dans certains pays, notamment européens tels que la Hongrie, sous le nom de Prostinor. En France, cette contraception d'urgence par lévonorgestrel est disponible sous le nom de NorLevo 1,5 mg.

Cette méthode consiste à prendre un comprimé de lévonorgestrel 1,5 mg le plus rapidement possible et au plus tard dans les trois jours suivants un rapport sexuel non ou mal protégé (72 heures).

● Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action du lévonorgestrel n'est pas encore parfaitement connu. Néanmoins, deux hypothèses sont retenues. La première serait la modification de l'endomètre le rendant impropre à la nidation. Il s'agit de l'hypothèse la plus fréquemment évoquée mais aucune étude ne la certifie.

Il est admis que le contraceptif d'urgence au lévonorgestrel a une action plus inhibante sur l'ovulation que sur l'implantation. L'administration de NorLevo avant l'ovulation inhibe celle-ci pendant cinq à sept jours (absence de pic de LH qui est une gonadotrophine), temps permettant aux spermatozoïdes éventuellement présents de perdre leur pouvoir fécondant.

Les pilules au lévonorgestrel ne sont plus efficaces lorsque le processus de nidation a commencé et elles ne provoquent pas l'interruption d'une grossesse et ne semblent pas avoir d'effet indésirable sur le fœtus.

● Efficacité

Selon des études menées, la posologie recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour le lévonorgestrel a une efficacité de 52 à 94% pour éviter la grossesse. Il est reconnu que plus la pilule est prise rapidement après le rapport, plus elle est efficace. Si NorLevo 1,5mg est pris dans les 24h après le rapport non ou mal protégé, on note une efficacité de 95%, pris entre 24 et 48h, une efficacité de 85% et entre 48 et 72h, de 58%.

L'utilisation opportuniste et répétitive de cette méthode en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue.

- Effets indésirables :

On retrouve des effets indésirables suite à la prise de ce contraceptif d'urgence au lévonorgestrel , tels que :

- 1) nausées dans 15% des cas
- 2) douleurs abdominales basses (15%)
- 3) fatigue (14%)
- 4) céphalées (10 à 21%)
- 5) vertiges (12%)
- 6) tension mammaire (8 à 12%)
- 7) vomissements (1 à 8%) : si les vomissements se produisent moins de 3 heures après la prise de NorLevo, il est recommandé de renouveler la prise.
- 8) règles abondantes (15,5%)
- 9) diarrhées (4%)
- 10) métrorragies dans 31% des cas
- 11) retard de règles (plus de 7 jours) dans 5 à 20 %

- Contre-indications

Le contraceptif d'urgence au lévonorgestrel ne semble pas avoir de contre-indication d'où sa délivrance possible sans ordonnance. Cependant, des mises en garde et des précautions d'emploi lui sont rattachées. Cette pilule est déconseillée chez les femmes à haut risque de grossesse extra-utérine (avec antécédent de salpingite ou de grossesse extra-utérine), chez les femmes avec atteinte hépatique sévère ou de mal-absorption sévère (maladie de Crohn par exemple).

- Distribution

L'administration de la contraception d'urgence hormonale est une véritable “course contre la montre” car l'efficacité diminue rapidement 24 heures après le rapport non protégé. Les femmes peuvent l'obtenir avec ou sans prescription. Elle est gratuite et sa délivrance est anonyme pour les mineures que ce soit auprès des pharmaciens, des infirmières scolaires, dans les centres de planification et d'éducation familiale. Elle est délivrée en pharmacie avec ou sans ordonnance.

- Coût- remboursement

Gratuite pour les mineures (décret 2002-39 du 9 juillet 2002), son prix est d'environ de 7,60 euros. Une prescription médicale peut être établie entraînant un remboursement par la sécurité sociale à 65%.

Annexe III : fiche sur EllaOne d'après le Vidal et « Les Dossiers de l'Obstétrique » de décembre 2010

La contraception d'urgence par modulateurs du récepteur à la progestérone

L'innovation en 2009 fut le lancement le 1er octobre d'EllaOne contenant 30 mg d'ulipristal acétate (UPA). Il s'agit d'un SPRM, modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone.

● Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action principal de l'ulipristal acétate est le blocage ou le retard de l'ovulation.

Cette action s'avère beaucoup plus puissante que celle de NorLevo, qui lui ne peut plus agir dès que le pic de LH a été amorcé. Son action sur la muqueuse utérine directe ou indirecte est très probable mais aucun effet anti-nidatoire n'a été démontré à ce jour. Cet effet reste néanmoins possible.

● Efficacité

Selon l'analyse publiée par Ulmann A et al. en 2009, on peut s'apercevoir que l'efficacité de l'ulipristal d'acétate est suffisante et maintenue jusqu'à 5 jours (0-120 heures) après un rapport non ou mal protégé, ce qui correspond à la durée de vie des spermatozoïdes. EllaOne serait presque trois fois plus efficace que le lévonorgestrel s'il est pris dans les 24 premières heures suivant un rapport sexuel non protégé et deux fois plus dans les 72 heures.

Tout comme le lévonorgestrel, l'ulipristal acétate est d'autant plus efficace qu'elle est prise le plus tôt possible après le rapport à risque et au plus tard dans les 120 heures (5 jours).

- Effets indésirables

La tolérance à l'ulipristal acétate est comparable à celle du lévonorgestrel ce qui est appréciable car c'est l'excellente tolérance du lévonorgestrel qui a permis sa mise en vente libre il y a plus de dix ans.

Les effets secondaires remarqués sont les suivants :

- a) allongement du cycle de 2,9 jours en moyenne
- b) retard de règles (7 jours) chez 5,1% des utilisatrices
- c) spotting, règles plus abondantes
- d) saignements intermenstruels
- e) vomissements
- f) céphalées, nausées, douleurs abdominales
- g) kystes ovariens asymptomatiques et de disparition spontanée

- Contre-indications

Les seules contre-indications de l'ulipristal acétate sont l'hypersensibilité aux constituants et la grossesse. L'allaitement n'est pas recommandé pendant au moins 36 heures après une prise de ce contraceptif d'urgence.

- Distribution

La délivrance d'ellaOne ne se fait que sur prescription médicale et est délivrée dans les CPEF et auprès des pharmacies essentiellement.

- Coût-remboursement

Non gratuite pour les mineures, son prix s'élève à 23,59 euros et elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

Annexe IV : outil d'enquête

La contraception d'urgence chez les adolescentes

Bonjour, actuellement étudiante sage-femme à Metz en dernière année, je réalise un travail de recherches sur les adolescentes et la contraception d'urgence. Mon objectif est de mettre en évidence les connaissances et les méconnaissances de cette pilule chez les jeunes de 15 à 18 ans tout en mettant en lien leur sexualité.

Ainsi, je réalise une enquête sous forme de questionnaires distribués dans plusieurs lycées. Il est **entièrement ANONYME**.

Je vous remercie d'avance de l'attention que vous porterez à ce document : votre aide m'est plus que précieuse.

1) Quel âge avez-vous ?

- ☐ 15 ans ☐ 16 ans ☐ 17 ans ☐ 18 ans

En quelle classe êtes-vous et dans quel établissement scolaire ?

.....

Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ?

- ☐ oui ☐ non

Si oui, vous les qualifieriez de ?

- ☐ rares ☐ occasionnelles ☐ fréquentes ☐ régulières



A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?.....

Combien de partenaires avez-vous eu dans votre vie sexuelle ?

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ plus de 2

Utilisez-vous une contraception actuellement ?

- ☐ oui ☐ non



Si oui, laquelle ?

- ☐ préservatifs ☐ pilule ☐ anneau vaginal ☐ patch ☐ implant
☐ stérilet
☐ méthodes naturelles (surveillance du cycle ,...)
☐ autres :

Votre contraception change-t-elle avec le type de relation que vous entretenez avec votre partenaire ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quelles raisons ?



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

Qu'est-ce qu'un rapport sexuel à risque selon vous?



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

D'après vous, peut-on avoir un risque de grossesse à chaque rapport sexuel non protégé ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si non, à quel moment est-il plus important selon vous ?

- ☐ au moment des règles
☐ en début de cycle
☐ au milieu
☐ à la fin du cycle



Avez-vous déjà eu un rapport sexuel non ou mal protégé ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, aviez-vous eu recours à la contraception d'urgence ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ?

- ☐ En raison du prix
☐ Il n'y avait pas de pharmacie à proximité
☐ Par crainte des effets de cette pilule
☐ Vous n'aviez pas osé
☐ Les horaires ne permettaient pas d'aller à votre pharmacie
☐ Vous ne connaissiez pas son existence
☐ Vous ne vous estimiez pas dans une période dite « à risque de grossesse »
☐ Autres :



Pour quelles raisons avez-vous eu recours à la contraception d'urgence ?

- ☐ Absence de contraception
- ☐ Déchirure, glissement ou utilisation incorrecte du préservatif
- ☐ Oubli de pilule
- ☐ Rapport sexuel non prévu
- ☐ Autres :



Aviez-vous déjà entendu parler avant de la contraception d'urgence ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, par qui ou où ?

- ☐ Sage-femme
- ☐ gynécologue
- ☐ médecin généraliste
- ☐ campagnes d'informations (télévision, radio, internet,...)
- ☐ au centre de planification et d'éducation familiale, planning familial
- ☐ dans le milieu scolaire
- ☐ famille, amis, entourage
- ☐ autres.....



Selon vous, faut-il une ordonnance pour obtenir une contraception d'urgence ?

- ☐ Oui
- ☐ Non



D'après vous, pour l'obtenir il faut :

- autorisation des parents ☐ Oui ☐ Non
- la carte vitale ☐ Oui ☐ Non
- la payer si on est mineure ☐ Oui ☐ Non

Pour vous, est-il facile d'accéder à la contraception d'urgence ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, expliquez en quelques mots

pourquoi :

.....

.....

Si vous l'avez déjà utilisé, avez-vous eu des difficultés face aux professionnels

Selon vous, quel est le délai d'utilisation de la contraception d'urgence hormonale ?

- ☐ Moins de 24h
- ☐ 48h
- ☐ 72h
- ☐ >72h

Seriez-vous plus rassurée si vous aviez une boîte de contraception d'urgence à la maison ?

- ☐ Oui
- ☐ Non



Et la sexualité ?

Avez-vous déjà abordé un de ces sujets avec vos parents ?

- la sexualité (le désir, le plaisir, l'envie sexuels) ☐ Oui ☐ Non
- les Infections Sexuellement Transmissibles ☐ Oui ☐ Non
- la contraception ☐ Oui ☐ Non
- l'amour ☐ Oui ☐ Non

Avec qui vous sentez-vous le plus à l'aise pour évoquer ces sujets ?

- ☐ Père
- ☐ Mère
- ☐ Frères/ sœurs
- ☐ Amis

☐ Autres :

Citez 3-4 mots qui pour vous font référence au plaisir

.....

.....

Vous a-t-on déjà parlé de plaisir ?

- ☐ Oui
- ☐ Non



Y a-t-il des sujets tabous dont vous ne parlez pas avec vos proches ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquels (en quelques mots) ?

.....

.....

Si oui, à propos de quels

thèmes ?

.....

(pharmaciens, infirmières, sages-femmes,...) ?

☐ Oui ☐ Non



C) Avez-vous eu des séances d'informations sur la sexualité durant vos études ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, ont-elles répondu à certaines questions que vous auriez pu vous poser ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, quels thèmes auriez-vous aimé
aborder?.....

.....

D) Etes-vous déjà allée à une consultation gynécologique ?

☐ Oui ☐ Non



Si oui, quels sont les thèmes qui ont été abordés lors de cette consultation ?

☐ Les problèmes de santé

☐ La contraception

☐ Le corps

☐ La sexualité

☐ Autres :.....

E) Pensez-vous avoir toutes les informations nécessaires pour vous guider dans
votre sexualité ?

☐ Oui ☐ Non



Après de qui, les avez-vous le plus
obtenu ?.....

.....

.....

**Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces
questions !**

Annexe V : document sur la contraception d'urgence issu de l'INPES

Que faire en cas d'oubli de pilule ?
Il faut réagir vite.

Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) : oui ☐ non ☐ nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : ☐ 3 h ☐ 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

413 899 111 C

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace,
il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli,
prenez la contraception d'urgence.



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

Depuis 2001, l'accès à la contraception hormonale est facilité pour les mineures grâce à sa gratuité et à son anonymat.

Parallèlement, les informations sur la contraception via les campagnes de prévention et les séances d'éducation sexuelle n'a cessé de se développer.

Néanmoins, à l'adolescence, nous observons encore des comportements sexuels à risque. Quelles en sont les raisons ? Abordons-nous la sexualité de façon à répondre aux besoins des adolescentes ?

Dans ce travail de recherches, nous nous sommes intéressés à la connaissance des adolescentes sur la contraception d'urgence et les prises de risque ainsi que sur l'accompagnement réservé aux jeunes filles à propos de leur sexualité.

Mon étude réalisée auprès de 102 jeunes filles témoigne que l'adolescence est une période propice aux comportements à risque sexuel où les jeunes ont des connaissances erronées concernant la contraception d'urgence. Elle souligne aussi le fait que la sexualité est abordée en étant basée sur les risques et la prévention.

Ainsi, ce travail de recherches souligne que la levée des tabous concernant la contraception d'urgence et la sexualité permettra de limiter les effets délétères grâce à un accompagnement initié dès l'enfance, adapté, et davantage sur la sexualité érotique dans lequel la sage-femme a toute sa place.