



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-theses-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>

**LES
ADOLESCENTS
ET
LA
CONTRACEPTION
D'URGENCE**

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1^e



D

007 162907 1

Ecole de Sages-Femmes A. FRUHINSHOLZ NANCY

Mémoire présenté et soutenu par Melle HUGENEL Delphine

Promotion 1996-2000

ERRATUM

Une erreur s'est glissée lors de la mise en page : les deux derniers paragraphes du sous chapitre - II.4.2. Limites de l'enquête – p.43, doivent s'insérer initialement à la fin de la conclusion de l'enquête p.42 (sous chapitre II.4.1.).

Ecole de Sages-Femmes A.FRUHINSHOLZ NANCY

Les adolescents et la contraception d'urgence

Mémoire présenté et soutenu

Par

Melle HUGENEL Delphine

Promotion 1996-2000

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue de près ou de loin dans l'élaboration de ce mémoire, je souhaite leur témoigner toute ma reconnaissance pour l'intérêt et l'attention qu'ils ont manifesté à l'égard de mon travail et pour le temps précieux qu'ils m'ont accordé.

SOMMAIRE

<i>Remerciements</i>	1
<i>Préface</i>	5
<i>Introduction</i>	6

PREMIERE PARTIE : EXPOSE THEORIQUE

<u>I.1. Adolescents et sexualité</u>	8
I.1.1.Un corps qui change.....	8
I.1.2.Un remaniement du psychisme.....	9
I.1.1.1.Tendances générales.....	9
I.1.1.2.Une sexualité qui se construit.....	10
I.1.3.Adolescents et pratiques amoureuses.....	11
I.1.3.1.Premiers rapports.....	12
<u>Motivations</u>	12
<u>Age moyen</u>	12
I.1.3.2.Méthodes contraceptives utilisées chez les adolescents.....	13
<u>Contraception utilisée la première fois</u>	13
<u>Contraception au long court</u>	14
<u>I.2.La contraception d'urgence</u>	15
I.2.1.Définition.....	16
I.2.2.Historique.....	16

I.2.3.Indications.....	17
I.2.3.1. En cas d'oubli de pilules estroprogestatives.....	17
I.2.3.2. En cas d'oubli de micropilules.....	18
I.2.3.3. En cas d'échec du moyen de contraception utilisé	18
I.2.4.Mécanisme d'action.....	19
I.2.4.1.Effet sur l'ovulation.....	19
I.2.4.2.Effet sur la fécondation.....	19
I.2.4.3.Effet sur le transport des gamètes.....	19
I.2.4.4.Effet sur la fonction du corps jaune.....	19
I.2.4.5.Effet sur l'implantation.....	20
I.2.4.6.Interruption de grossesse.....	20
I.2.5.Méthodes contraceptives d'urgence.....	20
I.2.5.1.Méthodes hormonales.....	21
I.2.5.1.1.Estrogènes de synthèse.....	21
<u>Effets indésirables</u>	21
I.2.5.1.2.Associations estroprogestatives.....	21
<u>Prescription de cette méthode</u>	22
<u>Contre-indications</u>	23
<u>Efficacité</u>	23
<u>Effets indésirables</u>	23
<u>Utilisation répétée de cette méthode</u>	24
I.2.5.1.3.Progestatifs	24
<u>Efficacité</u>	25
<u>Effets indésirables</u>	25
<u>Contre-indications</u>	25
I.2.5.1.4.Recherche.....	25
I.2.5.2.Méthode mécanique :le stérilet.....	26

SECONDE PARTIE : ENQUETE et ANALYSE

<u>II.1.Présentation</u>	30
<u>II.2.Objectifs</u>	30
<u>II.3.Recueil des données</u>	31
II.3.1.Choix de la population cible.....	31
II.3.2.Echantillon de l'enquête.....	31
II.3.3.Le questionnaire.....	32
<u>II.4.Résultats et limites de l'enquête</u>	33
II.4.1.Résultats.....	33
Conclusion.....	41
II.4.2.Limites.....	42
<u>II.5.Situation actuelle et propositions</u>	43
II.5.1.Situation actuelle	43
II.5.2.Propositions.....	44
II.5.2.1.Les parents.....	45
II.5.2.2.Les enseignants et les structures sociales de prévention...	45
II.5.2.3.Le corps médical.....	46
II.5.2.4.Vers le futur.....	46
<u>II.6.Discussion</u>	47
<i>Conclusion</i>	49
<i>Bibliographie</i>	50
<i>Annexes</i>	52

PREFACE

Lorsque vous avez seize ans et que votre meilleure amie vient se réfugier dans vos bras et tente d'expliquer, entre deux sanglots qu'elle a eu un ennui avec un préservatif défectueux, vous vous sentez impuissante et démunie.

Dans l'attente des résultats des tests de grossesse et de dépistage du virus HIV, vous partagez son angoisse...

En première année de l'école de Sages-Femmes, des professionnels nous ont dispensés un enseignement sur la contraception d'urgence. En prenant connaissance de cette méthode contraceptive de « dépannage », j'ai repensé à l'anxiété et aux tourments que j'aurais pu épargner à cette amie chère à mon cœur...

INTRODUCTION

Plus de trente ans après la loi Neurwirth, libération sexuelle de la femme, la contraception demeure une problématique de notre société. Pour exemple, le nombre de jeunes adolescentes enceintes, cachant leur états, qui n'ont pas osé demander une interruption volontaire de grossesse, ou qui n'ont pas songé recourir aux derniers progrès pharmacologiques : la contraception d'urgence.

A ce propos, nous nous interrogerons afin de déterminer si la pilule et le stérilet du lendemain sont devenus suffisamment familiers dans l'éducation à l'amour physique et s'ils correspondent effectivement à l'attente et aux besoins des jeunes.

Dans un premier temps, nous ferons un exposé théorique sur le remaniement de l'ensemble du fonctionnement physique, mental et de la personnalité des adolescents, ainsi que sur les différentes méthodes contraceptives d'exception à utiliser en urgence.

Dans un second temps, l'étude et l'analyse de l'enquête menée auprès d'une population lycéenne permettront d'évaluer le degré de connaissance de cette prévention ponctuelle à la procréation.

PREMIERE PARTIE
EXPOSE THEORIQUE

I.1. ADOLESCENTS ET SEXUALITE

L'adolescence est sans doute l'une des phases les plus importantes de la croissance de tout individu. Son étendue étant propre à chacun, nous considérons ici, qu'elle se déroule, d'une façon générale, de l'âge de dix à vingt ans. L'approche que nous en avons faite n'est en rien exhaustive ; sa seule prétention est de mettre en lumière la versatilité de ces adolescents et de permettre une meilleure compréhension du problème de la contraception du sujet jeune.

Période de grande inconstance, de doute, de recherche de soi, elle constitue une étape incontournable dans l'édification de la personnalité, ponctuée par la mise en place des fonctions sexuelles : la puberté. Le jeune confronté à toutes ces métamorphoses, doit peu à peu trouver son identité, son équilibre et sa place au sein de la société. Cette phase de transition entre les dépendances de l'enfance et l'autonomie de l'adulte, de par tout ce qui la compose, induit un très grand désordre, tant physique que psychologique.

I.1.1. Un corps qui change

La puberté est caractérisée par l'apparition des fonctions génitales et des caractères sexuels secondaires. Ceci se traduit donc par nombre de modifications d'ordre morphologique. Nous ne nous attarderons pas sur les transformations de l'organisme en tant que telles, car elles ne sont pas d'un grand intérêt dans le cadre de notre sujet. En revanche, leurs conséquences anatomiques peuvent, dans une certaine mesure, mettre en relief des axes du comportement de séduction et vis à vis de la contraception.

En effet, l'adolescent doit accepter cette mutation, cette nouvelle physionomie, ce corps qui devient adulte, pour le faire sien. Force est de constater, que ce n'est pas là chose aisée. Pour le garçon, comme pour la fille, cette transition est l'objet de bien des complexes. D'aucuns se trouvent trop petits, d'autres trop grands, quand ce n'est pas trop gros ou trop maigres.

Disgrâces faciales, vocales, physiques sont leur lot quotidien. C'est à cet âge que l'on voit fleurir les vêtements amples, dont la principale fonction est de masquer ces

formes qui lentement s'épanouissent. Parallèlement, c'est l'observation fréquente et hésitante devant le miroir, à l'affût de toutes les imperfections. L'adolescent commence à apprivoiser et reconnaître ce corps qu'il n'habite pas encore parfaitement. Il se découvre Homme ou Femme, capable d'engendrer la vie, et doit apprendre à composer avec ce nouvel aspect de sa personne, pour trouver son identité. Cette harmonisation est souvent une étape difficile, qui a des répercussions psychologiques non négligeables, selon qu'elle se fasse de façon progressive et ordonnée ou, au contraire, brutale et anarchique. Ainsi, ces « adultes en puissances » demeurent avant toute chose des individus en pleine croissance, dont le potentiel demande à être correctement, pour aboutir à l'unification de leur personnalité, dans le respect de leurs capacités individuelles.

I.1.2. Un remaniement du psychisme

I.1.2.1. Tendances générales

Sous la pression de cette nouvelle vie qui coule dans leurs veines et sous l'accélération de la croissance et des transformations qui s'opèrent dans leur corps, le pubère est préoccupé par l'angoisse du temps qui passe. L'adolescence pourrait alors être qualifiée d'« urgence de vivre » (Bonierbale, 1994). Le jeune s'élance dans la vie avec une maladresse qui n'a d'égale que sa fougue et son impétuosité.

Bercé par ses rêveries, il découvre son « moi », apprivoise la notion du temps et se perd dans mille projets d'avenir. Cela le conduit à des introspections de plus en plus régulières et approfondies. Il tente avant tout de comprendre les bouleversements dont il est l'objet. Empêtré dans le fatras de ses contradictions intérieures, il cherche ardemment une direction et une affection qui puissent l'aider à y voir plus clair. Parallèlement, c'est la révolte sourde ou ouverte contre la famille, la société, les valeurs institutionnelles, autrement dit, contre toute forme d'autorité. Il est indéniable que les garçons et les filles essaient de se libérer des stéréotypes, des comportements culturels imposés. Ils ont conscience que par une activité sexuelle, ils dérangent, scandalisent, horripilent. Ainsi une jeune fille a parfois ses premiers rapports sexuels pour se démarquer de son milieu familial, pour se confirmer en tant qu'adulte ou pour se conformer à l'image de la jeune fille « moderne ». Certaines vont jusqu'à risquer la

grossesse ou, parfois même la provoquer inconsciemment, par désir ambigu de tester ce formidable pouvoir de la femme, celui de fabriquer un enfant.

D'autre part, si son « moi » rend adolescent perplexe, il semble naturel qu'il essaie d'en sortir. Ainsi, il se tourne vers les autres, auprès desquels il cherche des sympathies, des appuis se dirigeant vers l'amitié et l'amour. C'est le stade de la « délivrance du moi ». Le volcan s'allume : les grandes passions, déchaînées, douloureuses, aveugles apparaissent alors. Les aversions acharnées également. L'adolescent éprouve des attachements exclusifs, jaloux, ombrageux dont il a parfois bien du mal à se défaire.

En même temps, le jeune recherche un modèle en qui il retrouve les qualités et les aspirations de celui ou celle qu'il désire devenir. Cette identification joue donc un rôle notable dans le développement psychosocial et éclaire nombre d'attitudes. En effet, les comportements, les habitudes vestimentaires, le langage sont autant de signaux extérieurs qui permettent aux individus d'un groupe de se reconnaître, de communiquer entre eux. C'est l'une des raisons qui explique l'importance de l'appartenance à une communauté, puisque auprès de ses pairs, l'adolescent se retrouve lui-même.

I.1.2.2. Une sexualité qui se construit

Du côté de l'affectivité et de la sexualité, le discours des parents et le vécu personnel depuis l'enfance forment des représentations dont il est ensuite difficile de se défaire. Il est manifeste qu'une image parentale déchirée avec des jugements inappropriés peut difficilement être effacée. Il faudra donc que les parents fassent naître une représentation mentale positive de la sexualité grâce à l'utilisation d'un vocabulaire adapté, définissant la sexualité comme normale. L'adolescence est le temps du renforcement des images de l'amour.

Dans un premier temps, le jeune pubère conquiert sa sexualité morceau par morceau, par la méthode « essai-erreur », par le passage à l'acte, la mise dans le réel, la mise en scène de son imaginaire érotique. A cette période, cette imagination est en plein remaniement. Par le biais des médias, elle s'enrichit d'images sexuelles et de scénarios nouveaux qui vont prendre place dans les fenêtres de l'inconscient laissées plus ou

moins ouvertes par les modèles et les interdits familiaux. L'adolescent, perdu entre ce qu'il est, ce qu'il peut, ce qu'il croit, essaie de se conformer aux règles établies. Il se débat dans un affrontement d'images internes parentales dont il essaie de se démarquer mais avec lesquelles il est obligé de compter, et d'images externes où il essaie de se retrouver et de s'identifier.

Dans un second temps, les forces intérieures qu'elles soient biologiques ou psychologiques, poussent les ados l'un vers l'autre d'une façon tout d'abord maladroite et empreinte de gêne, puis délibérée, et enfin libérée des préjugés. C'est l'époque de la pudeur, de la séduction, de la rencontre amoureuse, qui se vit au rythme de chacun, par étapes graduellement croissantes, dans la maîtrise et le contrôle des émotions. Cette progression amoureuse est pour certains très rapide et dominée par l'activité exploratoire, pour d'autres elle est entrecoupée de long temps de pause au rythme des rencontres, pour d'autres encore elle se construit dans la stabilité d'une relation amoureuse.

Il faut prendre conscience que ce parcours est très personnel et que les éléments que nous présentons ici n'ont aucune valeur de norme, ils ne font que constater une évolution moyenne.

I.1.3. Adolescents et pratiques amoureuses

« Pendant cette année, qui vient de passer tous mes copains ont été amoureux. Personne n'y a échappé. Sauf moi. Cela me réjouit et je me dis que c'est là une preuve de virilité. Mais je sais qu'en me disant cela, je me mens à moi-même et je me mords les lèvres pour m'empêcher de pleurer. Et je sais que si je m'efforce chaque fois de sourire et si je me moque des amoureux, c'est que moi-même je voudrais aimer, car mon cœur déborde d'un amour tumultueux .»

Le roman de l'adolescent myope.

I.1.3.1. Premiers rapports

Motivations

Les raisons d'avoir les premières relations sexuelles diffèrent peu entre garçons et filles et entre les adolescents sexuellement actifs et les autres (1).

L'amour, la passion, l'attraction physique sont très nettement dominants, ce dernier thème étant plus fréquemment cité par les garçons que par les filles (84% contre 67%).

On peut également constater qu'un jeune sur cinq cite la pression du groupe (« faire comme les autres »), la désinhibition sous l'influence de l'alcool ou au contraire la solitude comme facteurs déterminants.

De plus, la moitié des adolescents, qu'ils soient entrés ou non dans la sexualité, accepte l'idée d'une relation concentrée pour faire plaisir au partenaire (« pour conserver une relation »).

Le fait de n'avoir pas encore rencontré « la bonne personne » est la cause d'une vie sexuelle non débutée pour 83% des filles et 65% des garçons.

En ce qui concerne les normes collectives, il existe une disparité remarquable entre les opinions des deux sexes : les filles citent davantage que les garçons, les croyances religieuses ou morales (39% contre 23%), l'attente du mariage (32% contre 18%), l'opposition des parents (49% contre 20%) ou la crainte de la grossesse (43% contre 25%).

Age moyen

En France, les changements des dernières décennies sont moins importantes et les pratiques sont plus sages qu'on ne l'affirme. En un demi-siècle, l'âge médian aux premiers rapports sexuels s'est abaissé de 18.4 ans à 17 ans pour ceux qui ont 18 à 24 ans. Depuis vingt ans, cet âge est resté stable chez les filles et a légèrement diminué chez les garçons (16 ans et demi) (2).

(1) King A.J.C, Canada youth and AIDS study. Queen's University at Kingston, 1990.

(2) Evaluer la prévention du Sida. Un inventaire de données disponibles. ANRS-AFLS, 1992

Parallèlement, la prolongation de la scolarité (jusqu'à 18 ans pour 60% - à 20 ans plus d'un jeune sur quatre sont encore étudiant ou lycéen), l'âge croissant de l'accès à l'autonomie et à une vie indépendante (la cohabitation avec les parents concerne 60% des 20-25 ans) marquent la vie des jeunes. Cette dissociation entre vie sexuelle active et indépendance conduit à accentuer la représentation de la précocité des rapports (3).

I.1.3.2. Méthodes Contraceptives utilisées chez les adolescents

La réflexion concernant la contraception à l'adolescence doit être menée selon deux axes :

- En premier lieu, une contraception ne sera optimale que si elle offre une double protection afin d'éviter une grossesse non souhaitée (nous nous pencherons surtout sur cet aspect) et de prévenir les maladies sexuellement transmissibles.
- D'autre part, l'utilisation de la contraception est marquée par son évolutivité même durant cette courte période qu'est l'adolescence.

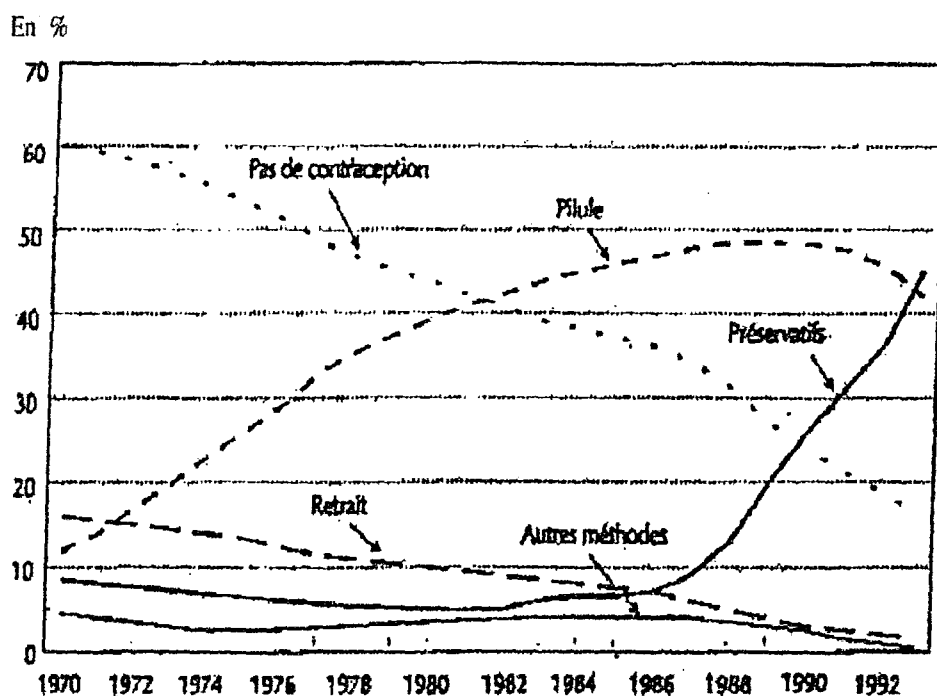
Peu d'enquêtes ont été menées à grande échelle en Europe dans cette tranche d'âge, cependant nous pouvons retenir l'enquête « 20 ans Organon » publiée dans *Impact Médecin* en février 1993, ainsi qu'une enquête suisse parue dans *Pédiatrics* en 1994 et les enquêtes INSEE/INED menées de 1988 à 1994 concernant la contraception en France.

Moyens de contraception utilisés la « première fois »

Dans les trois analyses citées précédemment, environ trois filles sur quatre et un garçon sur deux avaient une contraception. La majorité citent la pilule (38%) et le préservatif (52%). Selon les enquêtes INSEE/INED, le préservatif serait de plus en plus utilisé comme un moyen de contraception lors du premier rapport. Compte tenu du fait que les « premières fois » ont lieu en majorité à l'adolescence, cette courbe peut être retenue pour notre analyse et semble bien démonstrative d'une modification des tendances en faveur du préservatif.

(3) Les jeunes de 15 à 24 ans. INSEE. Contours et caractères, 1989.

Premiers rapports sexuels selon la méthode contraceptive utilisée et l'année du rapport



Source : Estimations à partir de l'enquête Insee/Ined sur la régulation des naissances de 1998 et de l'enquête Insee/Ined sur les situations familiales et l'emploi 1994

Contraception au long court

L'enquête suisse montre que les jeunes filles interrogées en 1987 et en 1990 utilisent une contraception régulière dans les mêmes proportions (71 et 77%), tandis que les adolescents auraient légèrement augmentés leur compliance à une contraception régulière (38% en 1987, 54% en 1990).

Pilule et préservatif sont les moyens cités préférentiellement. L'utilisation du préservatif semble là encore en augmentation : un grand nombre d'adolescent(e)s disent avoir utilisé le préservatif mais seulement 22 à 34% des arçons et 10 à 27% des filles les utilisent régulièrement.

	1987		1990	
	Boys (n=720)	Girls (n=210)	Boys (n=415)	Girls (n=200)
Irregularly	77 +/-3	59 +/-5	87 +/-4	80 +/-6
Regularly	22 +/-3	10 +/-5	34 +/-5	27 +/-6

Use of Condoms During Sexual Intercourse*

*Values given are percents

Il est donc indispensable que les adolescents aient accès à une contraception dès leur premier rapport, mais il faudra également veiller au maintien dans le temps de cette pratique contraceptive. La peur des jeunes au début de leur vie amoureuse concernent plus la permanence de la relation avec leur partenaire que les écueils constitués par la grossesse non désirée ou les MST.

De plus, les méthodes les plus efficaces ne sont pas adaptées à une activité sexuelle irrégulière et il est donc difficile de promouvoir chez les adolescents une contraception qui fasse partie de la vie de tous les jours. On peut donc regretter le peu d'enthousiasme et le frein mis à la diffusion de la pilule du lendemain jusqu'en automne 1999.

I.2. LA CONTRACEPTION D'URGENCE

I.2.1. Définition

La contraception d'urgence est la dénomination internationale de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) de ce qui était appelé autrefois « contraception du lendemain » ou « contraception post-coïtale ».

Cette méthode contraceptive est, comme son nom l'indique, particulière et est à utiliser dans l'urgence afin d'éviter une grossesse après un rapport non protégé.

C'est une méthode qui n'est pas aussi efficace ni aussi bien tolérée que la contraception classique. Pour ces raisons, elle doit rester une méthode d'exception et non une méthode contraceptive de routine.

En France, en 1988, près de deux femmes sur trois en âge de procréer utilisaient un moyen de contraception. La contraception d'urgence s'adresse d'une part au tiers de

femmes non protégées qui ne désirent pas une grossesse et d'autre part aux incidents de contraception régulière. Elle a pour objectif d'éviter le recours à des interruptions de grossesse dont la mortalité est faible mais dont les complications physiques et psychologiques ne peuvent être négligées.

Deux circonstances principales représentent les indications de ce type de contraception :

- La survenue d'un rapport sexuel chez une femme ne prenant pas de contraception ; de cette indication, il faut rapprocher les échecs de préservatifs (rupture, glissement), accidents relativement fréquents avec le recours de plus en plus large aux préservatifs à l'heure du sida ;
- La deuxième situation est constituée par le viol.

I.2.2. Historique

Les premières références à la contraception post-coïtale ont été retrouvées sur des papyrus égyptiens datant de 1500 av. J.C.. Il s'agissait de préparations médicinales sous forme de concoctions ou de passoires agissant comme agents spermicides.

Le développement des méthodes de contraception d'urgence existant actuellement remonte aux années vingt, où des chercheurs ont montré, pour la première fois, que des extraits ovarien estrogéniques pouvaient interférer négativement sur le développement de la grossesse chez les mammifères.

Il a fallu attendre les années soixante pour que soient réalisés les premiers essais humains d'administration post-coïtale de fortes doses d'estrogènes. Le premier cas clinique d'utilisation rapporté, concernait une adolescente hollandaise de treize ans victime d'un viol. Durant cette même période s'est développé parallèlement aux Etats-Unis une méthode alliant de fortes doses d'estrogènes, d'éthinylestradiol et de diéthylstilbestrol.

En 1972, le Canadien Albert YUZPE a commencé ses expérimentations cliniques sur les traitements combinés estroprogestatifs, en partant de l'observation qu'une dose unique de 100 µg (micro-grammes) d'estrogènes couplés à 1 mg de norgestrel induisait des transformations endométriales incompatibles avec une implantation de l'œuf.

Cette méthode appelée « méthode YUZPE » a alors remplacé les formules à hautes doses d'estrogènes, qui furent abandonnées à cause des effets secondaires importants

dont elles étaient responsables, et également des cas rapportés d'adénomes et d'adénocarcinomes du vagin survenus chez les filles de femme ayant été traitées pour des menaces de fausse couche au diéthylstilbestrol.

En Amérique latine, au début des années 70, un protocole utilisant des progestatifs seuls a également débuté, ainsi que la seule méthode mécanique encore utilisée aujourd'hui : le stérilet du lendemain.

Actuellement, des essais sont en cours pour permettre l'élaboration de deux nouvelles méthodes : le danazol, progestatif synthétique puissant antigonadotrope ou, la mifépristone, plus connue sous le nom de RU486, un antiprogestérone très efficace.

I.2.3. Indications

En sachant que la date d'ovulation peut varier d'un cycle à l'autre, tout rapport non protégé, quel que soit le moment du cycle, devrait être l'objet d'une consultation médicale pour prescrire la pilule du lendemain.

I.2.3.1. En cas d'oubli de pilules estroprogestatives

Il est prudent de prescrire une contraception d'urgence si :

- Plus d'une pilule a été oubliée dans les trois premiers jours.
- Plus de deux pilules ont été omises durant les jours suivant la première semaine de la plaquette.
- Plus de deux ou trois comprimés ont été oubliés dans la deuxième ou troisième semaine de la plaquette.
- La patiente est très anxieuse.

Dans les autres cas, il n'y a pas lieu de prescription car il n'y a risque d'ovulation après la prise de sept jours consécutifs de pilule que si l'arrêt de la pilule dépasse huit jours.

I.2.3.2. En cas d'oubli de micropilules

La contraception d'urgence est prescrite si les rapports protégés ont eu lieu entre le jour de l'oubli et les 48 heures suivant la reprise de celle-ci.

I.2.3.3. En cas d'échec du moyen de contraception utilisé

La contraception d'urgence trouve également son indication en cas de :

- Rupture de préservatifs.
- Mauvaise utilisation des spermicides, capes cervicales.
- Rapport non protégé en période de fécondité théorique (méthode de contraception naturelle Ogino, courbe de température, ...).

Lors d'un rapport sexuel, les premiers spermatozoïdes atteignent les trompes dans les cinq minutes qui suivent l'éjaculation. C'est là qu'a lieu la fécondation de l'ovocyte. Il est ensuite transporté dans la cavité utérine où il reste libre pendant trois jours.

Le phénomène de nidation de l'œuf fécondé se déroule donc environ six jours après l'ovulation.

Les méthodes utilisées dans le cadre de la contraception d'urgence sont très différentes de l'avortement par le fait qu'elles agissent durant les différentes phases citées précédemment mais avant la nidation. De plus, avant la nidation, aucune modification biologique (bêta-HCG plasmatique par exemple) ou échographique n'est décelable.

Il est donc impossible de poser le diagnostic de grossesse durant cette période.

Cependant, la probabilité globale de grossesse lors d'un rapport sexuel non protégé est estimée à environ 6-7 %. Elle dépend du moment de l'acte sexuel par rapport à l'ovulation. Elle dépasse 10% entre le 10^{ème} et le 14^{ème} jour d'un cycle de 28 jours. L'autre paramètre à prendre en compte est l'âge : l'adolescence et le début de l'âge adulte représentent la période de fertilité maximale durant laquelle la contraception n'est pas toujours maîtrisée.

I.2.4. Mécanisme d'action

La contraception d'urgence agit à trois niveaux soit :

- En inhibant ou en interrompant l'ovulation ;
- En empêchant la fécondation ou le transport de l'embryon vers l'utérus ;
- En inhibant l'implantation de l'embryon dans l'endomètre.

I.2.4.1. Effet sur l'ovulation

En théorie, de fortes doses d'œstrogènes données avant l'ovulation devraient inhiber le développement folliculaire et la maturation ou la libération de l'ovocyte lui-même. Cela n'est pourtant pas démontré.

I.2.4.2. Effet sur la fécondation

Bien que cet effet ne puisse pas être écarté, il n'en existe aucune preuve directe.

I.2.4.3. Effet sur le transport des gamètes

Certains essais utilisant de fortes doses d'estrogènes administrées en contraception d'urgence ont rapporté une augmentation de l'incidence des grossesses extra-utérines, mais il est probable que cela soit dû au fait que, comme pour le dispositif intra-utérin, cette méthode est plus efficace pour prévenir les grossesses intra-utérines que les grossesses extra-utérines.

I.2.4.4. Effet sur la fonction du corps jaune

Il est possible que l'administration d'hormones gonadiques données avant ou après l'ovulation, en altérant sa production de progestérone au cours de la phase lutéale, réduise la fertilité. En revanche, l'action des antiprogestérones sur le corps jaune a été bien mise en évidence ; administrés en milieu ou en fin de phase lutéale, ils induisent la régression du corps jaune chez environ 50% des femmes.

I.2.4.5. Effet sur l'implantation

Les antiprogéstérone, administrés immédiatement après l'ovulation retardent la maturation endométriale sans perturber la production hormonale ovarienne et empêchent la grossesse. De même, l'insertion d'un stérilet après l'ovulation provoque une modification histologique de l'endomètre rendant celui-ci impropre à la nidation. Au contraire, l'administration post-ovulatoire d'hormones gonadiques à fortes doses n'induit que des modifications histologiques et biochimiques mineures au niveau endométrial.

I.2.4.6. Interruption de grossesse

Il est peu probable qu'il existe des interruptions de grossesses précoces avec l'administration d'une contraception d'urgence. Cependant, en cas d'utilisation d'un dispositif intra-utérin ou d'antiprogéstérone, le mécanisme d'action dépendra du moment où intervient le traitement par rapport à l'ovulation (l'antiprogéstérone est efficace après l'implantation chez 80% des femmes).

En théorie, la méthode de contraception d'urgence la plus efficace serait celle qui inhiberait l'implantation parce qu'elle serait capable de prévenir la conception quel que soit le moment de survenue du rapport sexuel par rapport au cycle, y compris lorsque le rapport a lieu après l'ovulation.

En pratique, le mode d'action de la contraception d'urgence n'est pas encore déterminé de façon précise.

I.2.5. Méthodes contraceptives d'urgence

La contraception d'urgence recouvre deux méthodes :

- Une méthode hormonale qui consiste à utiliser soit les estrogènes de synthèse, les estroprogestatifs, les progestatifs.
- Une méthode mécanique : le stérilet.

L'évaluation de l'efficacité de la contraception d'urgence est réalisable en comparant le nombre de grossesses attendues d'après l'âge de la femme, le moment du

rapport dans le cycle est le nombre de grossesses survenues grâce aux tables de Dixon. Cette méthode qui est de plus en plus utilisée permet alors une approche précise. L'évaluation peut prendre également en considération le pourcentage de grossesses évolutives sur 100 femmes qui ont pris la contraception d'urgence après un rapport non protégé, toutefois cette méthode est peu précise car le nombre de femmes réellement devenues enceintes n'est pas connu.

I.2.5.1. Méthode hormonale

I.2.5.1.1 Estrogènes de synthèse

Cette méthode hormonale fût utilisée pour la première fois en 1967. L'administration de fortes doses d'estrogènes – habituellement du diéthylstilbestrol 25 à 50 mg/j ou de l'éthylestradiol 0.5 à 2 mg/j – dans les 72 heures après un rapport et pendant 5 jours consécutifs est une méthode de contraception d'urgence très efficace, avec un taux d'échec de 0.6% seulement.

Effets indésirables

Cependant, malgré son efficacité, elle est particulièrement mal tolérée. Ainsi, on constate que 70% des utilisatrices souffrent de nausées ; 33% d'entre elles de vomissements et 20% de tension mammaire. Différents risques ont été également décrits. Il existe une augmentation de risque de grossesse extra-utérine, risque tératogène et risque d'adénose génitale chez les enfants nés après échec de la contraception avec doses importantes de diéthylstilbestrol. Aussi en cas d'échec, il a été recommandé de pratiquer une interruption volontaire de grossesse (IVG). Cette méthode a donc été abandonnée avec l'élaboration de la méthode YUZPE.

I.2.5.1.2. Associations estroprogestatives

L'association estroprogestative dans le cas de la contraception d'urgence a été décrite en 1974 par un médecin Canadien, le Docteur YUZPE.

Cette méthode est actuellement la plus répandue. Elle est utilisée dans le monde entier ; l'Angleterre, l'Allemagne, la Suède, l'Australie, la Nouvelle Zélande qui bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché et d'un conditionnement spécial permettant une meilleure observance. En France, depuis fin 1998, se trouve en vente

une nouvelle présentation Stédiril* (Pilule estroprogestative à prise journalière qui n'avait pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour la contraception d'urgence) adaptée à cette situation, sous forme de 4 pilules paquetées ensemble, avec une AMM et un remboursement dans cette situation : TETRAGYNON*.

Prescription de cette méthode

C'est une méthode d'urgence dont la mise à disposition se fera le plus rapidement possible pour les femmes. Elle ne nécessite pas d'examen gynécologique, sauf cas exceptionnel (viol). Cependant, avant la délivrance de cette contraception, il faut s'assurer, par un interrogatoire bien conduit, qu'il n'existe pas d'antécédents personnels ou, familiaux, d'accidents thromboemboliques veineux et artériels pouvant contre-indiquer la prescription. Sa prise n'est pas urgentissime mais elle doit être la plus rapide possible dans les 72 heures suivant le rapport non protégé. Afin de conserver un taux hormonal sanguin stable, il faut rigoureusement observer le délai de 12 heures entre les deux prises ; c'est la raison pour laquelle il est important d'aménager en pratique des horaires d'administration des pilules confortables pour les patientes, permettant ainsi d'améliorer l'observance du traitement.

La méthode de YUZPE se définit par l'association de 0.1 mg et de 1 mg norgestrel pris deux fois à douze heures d'intervalle soit deux comprimés de Tétragynon* ou de Stédiril* pris ensemble deux fois à douze heures d'intervalle, dans les 72 heures suivant un rapport non protégé. En sachant que 0.25 mg de lévonorgestrel est équivalent à 0.50mg de norgestrel, la prescription hors AMM de 4 comprimés d'Adépal* ou 4 comprimés de Minidril* ou de Trinordiol* est possible. Les autres pilules estroprogestatives qui ne contiennent ni norgestrel ni lévonorgestrel n'ont jamais été testées dans cette indication.

* l'astérisque permet de mettre en évidence les noms commerciaux des produits pharmaceutiques.

Contre-indications

Bien que la contraception d'urgence estroprogestative expose la femme à une dose totale de 200 mg d'éthinylestradiol, cette exposition est de très courte durée ; les contre-indications sont donc rares et différentes de celles des pilules estroprogestatives prises en contraception habituelle.

En Grande-Bretagne, où ce type de contraception est commercialisé depuis 13 ans (plus de 4 millions de cas d'utilisation répertoriés), les études n'ont rapporté que trois cas de thromboses veineuses et trois cas d'accidents vasculaires cérébraux. En comparaison, le risque de thrombose veineuse est de 60/100 000 par an au cours de la grossesse. La survenue de ces accidents, bien que très rares justifie de contre-indiquer ce traitement chez les femmes ayant des facteurs de risque personnels ou familiaux de thromboembolie. En revanche, l'existence préalable de troubles métaboliques tels que le diabète, l'hyperlipidémie ou l'hypertension ne sont pas des contre-indications vraies. Toutefois, plutôt que de refuser toute contraception d'urgence, il est conseillé d'utiliser un stérilet ou des progestatifs comme dans le cas des femmes avec antécédents personnels de cancer du sein ou de maladie hépatique.

Efficacité

D'après les abaques de Dixon, le taux de grossesses réellement arrêtées est de 75% à 80% donc trois arrêts de grossesse sur quatre, ce qui représente une efficacité légèrement inférieure à la méthode de contraception post-coïtale par estrogènes à fortes doses.

Effets indésirables

La tolérance du protocole de YUZPE n'est pas excellente. Effectivement, d'après les publications, des nausées chez 50% des utilisatrices et des vomissements dans 25% des cas ont été rapportés, mais les céphalées et mastodynies sont rares.

Les règles, après ce traitement, surviennent dans 50% des cas à la date prévue, dans 35% des cas en avance et dans 13.2% des cas avec un retard maximal de cinq jours. Au total, 98.2% des femmes qui ne sont pas enceintes ont leurs règles dans les trois semaines qui suivent la prise. Au-delà de ce laps de temps, il faut suspecter une grossesse évolutive et réaliser un dosage d'hCG. Un faible pourcentage de femmes, malgré la méthode de YUZPE, sont enceintes la plupart demande une interruption de

grossesse cependant quelques-unes d'entre elles la poursuivent. Un éventuel risque de malformation de l'embryon a été alors évoqué. En Grande Bretagne, le National Association of Family Planning Doctors a mis en place, depuis 1990, le recensement et le suivi des enfants nés après un échec de la contraception estroprogestative d'urgence : dans cette étude l'incidence des malformations fœtales retrouvées n'est pas différente du taux de malformation dues au hasard. Ce constat s'explique par le fait que les hormones administrées par le biais de la méthode YUZPE sont absorbées et éliminées bien avant le début de l'organogénèse.

Utilisation répétée de cette méthode

Comme nous l'avons dit précédemment, la quantité hormonale administrée par la contraception d'urgence par estroprogestatif correspond à la dose de 8 pilules minidosées. Il semble qu'il n'y ait donc pas d'inconvénients à utiliser cette méthode plusieurs fois durant le cycle.

Dans le cas d'une utilisation répétée de cette forme de contraception, les médecins et les sages-femmes veilleront à informer leurs patientes de la moindre efficacité de cette contraception par rapport à une contraception hormonale classique et essayer de comprendre pourquoi elles n'utilisent pas cette dernière.

1.2.5.1.3. Progestatif

En Hongrie, cette méthode est utilisée depuis de nombreuses années où il est vendu sous le nom de Postinor* (laboratoire Richter). Elle consiste en l'administration de 0.75mg de lévonorgestrel, pris 2 fois à 12 heures d'intervalle, dans les 72 heures suivant le rapport.

En France, le lévonorgestrel est commercialisé sous le nom de Microval* dosé à 0.03mg par comprimé et utilisé en tant que pilule contraceptive classique. Avec ce dosage, si on souhaitait se servir de progestatif pour la contraception d'urgence, il fallait prescrire l'administration de 25 comprimés de Microval* à deux reprises !

Heureusement, depuis le 1^{er} juin 1999, est commercialisée en vente libre en pharmacie une nouvelle spécialité pharmaceutique purement progestative (lévonorgestrel) et indiquée pour la contraception post-coïtale : NORLEVO* (annexe 1). Elle est conditionnée sous la forme d'une plaquette contenant deux pilules, chacune dosée à 0.75 mg de lévonorgestrel. Son prix approximatif est de 55 francs variable selon

les pharmacies et elle est non remboursée par la Sécurité Sociale. La modalité d'administration étant la prise de deux fois un comprimé de Norlevo*, avec un intervalle pouvant varier de 12 à 24 heures, dans les 72 heures après le rapport non protégé.

Efficacité

Dans une étude comparative conduite par l'OMS et publiée dans le *Lancet* en août 1998, Norlevo* a une efficacité supérieure aux autres méthodes avec un taux de grossesses arrêtées de 80 à 85%. L'efficacité de cette méthode est d'autant plus majorée que la prise de la première pilule se déroule dans les premières 24 heures qui suivent le rapport.

Effets indésirables

Norlevo* se caractérise par une grande innocuité. Tout comme la méthode de YUZPE, il existe un retard de règles théorique et rare. Cependant, la tolérance est deux fois meilleure avec notamment des signes digestifs moindres : nausées (16%), vomissements (2.7%).

Contre-indications

Il ne semble pas qu'il existe, jusqu'à présent, de contre-indication à cette méthode, ce qui représente un avantage majeur pour les femmes ayant des contre-indications à la méthode par estroprogestatifs.

1.2.5.1.4. Recherche

Depuis environ une dizaine d'années, deux autres spécialités pharmaceutiques font l'objet d'études mais ne sont pas commercialisées en France dans cette indication :

- Le danazol (Danatrol* gélule à 200 mg) a une action antigonadotrope et bloque la synthèse hormonale ovarienne,
- La mifépristone ou RU486 (Mifégyne* comprimé à 200 mg) est un antiprogestérone.

Ces deux molécules ont été testées grâce à une étude randomisée prospective qui a comparé le protocole estroprogestatif de YUZPE et l'administration de danazol ou de

mifégyne* en deux prises de 600 mg de produit à 12 heures d'intervalle, Le résultat de cet essai montre que l'efficacité du Danazol en méthode contraceptive post-coïtale est sujette à controverse. En revanche, la mifépristone paraît être nettement plus efficace que le protocole de YUZPE (pratiquement 100% de grossesses évitées) et présenterait moins d'effets indésirables. Cependant, 42% des utilisatrices de mifépristone ont eu un retard de règles suivantes de plus de trois jours, ce qui est pour elles source d'inquiétude.

1.2.5.2. Méthode mécanique : le stérilet

Les premières publications d'utilisation du stérilet en post-coïtale remontent à 1975. A cette époque des stérilets inertes étaient utilisés. Actuellement, la pose de dispositif intra-utérin en cuivre est recommandée. Ce métal avait un effet délétère sur le zygote.

Classiquement, le stérilet est posé jusqu'à 5 à 7 jours après le rapport supposé fécondant contournant ainsi le délai fatidique de 72 heures des méthodes hormonales.

Il assure en outre une protection pour tous les rapports non protégés ayant lieu à différents moments du cycle. S'il est laissé en place, il résout aussi les problèmes de contraception ultérieure.

Cependant, le respect des contre-indications est strictement nécessaire : antécédents d'anomalies utérines, de ménométrorragies, d'infections génitales hautes et surtout la nulliparité, or les candidates sont plus nombreuses à la contraception d'urgence sont les jeunes nullipares.

Au total, malgré un taux d'échec faible de 0.1%, le stérilet comme contraception d'urgence est peu prescrit en France dans cette indication d'autant plus qu'elle n'est pas reconnue officiellement (absence d'autorisation de mise sur le marché dans cette utilisation et les fiches d'information du dictionnaire Vidal ne l'évoquent pas).

Pour la contraception d'urgence, plusieurs méthodes sont disponibles et leur efficacité est bien évaluée. Elles peuvent éviter des grossesses non désirées ou les interruptions volontaires de grossesse toujours vécues douloureusement par les femmes. Comme pour tous les produits actifs, il existe des contre-indications et des effets secondaires mais ils sont acceptables. Il est important que les femmes, les adolescentes en particulier, bénéficient facilement de ces méthodes en cas d'accidents contraceptifs.

En revanche, cette contraception de « dépannage » ne remplacera en rien une contraception habituelle. La consultation au cours de laquelle se fait la prescription de la contraception d'urgence est souvent un moment privilégié pour envisager le choix d'une contraception future de longue durée.

Conclusion

Les contraceptifs d'urgence occupent, dans la santé des jeunes filles, une place particulière car ils sont utilisés après un rapport sexuel pour prévenir une grossesse non souhaitée.

Dans la majorité des pays développés, en France également, les services cliniques proposent aux adolescentes deux méthodes : la méthode Yuzpé ou le lévonorgestrel dont l'historique, l'innocuité, l'efficacité, et la facilité d'emploi ont été largement étudiés et démontrés.

Ainsi, l'utilisation de ces produits est valable car, à la puberté, la pression développementale demande l'autonomisation et provoque un rejet de tout ce qui pourrait évoquer une dépendance, une entrave à la liberté ; ce que représente en définitive les moyens de contraception classiques.

En outre, l'émergence pulsionnelle adolescente et la sexualisation de la pensée sont des éléments perturbateurs mettant parfois en cause les acquisitions cognitives préalables. Ainsi, les connaissances rationnelles sur le fonctionnement du corps peuvent-elles être balayées par la tempête affective amoureuse : « ça ne peut pas m'arriver...s'il n'y a qu'une chance sur mille, alors on ne risque rien... ». Les précautions recommandées sont alors souvent inopérantes surtout quand les relations sont engagées avec la spontanéité et l'urgence caractéristique de l'adolescence (sans oublier le rôle de l'alcool et autres substances).

SECONDE PARTIE
ETUDE ET ANALYSE
DE L'ENQUETE

II.1. PRESENTATION

Dans le cadre de notre travail, nous avons voulu évaluer, au travers d'une enquête, les connaissances des adolescents sur la contraception d'urgence.

Afin d'obtenir dans les meilleurs délais, un échantillonnage de la population lycéenne de Nancy, nous avons sollicité la collaboration de Mme Pontus, Sage-Femme au centre de planification – rue de Nabécor à Nancy – et nous avons donc intégré notre enquête à l'information préventive dispensée dans les établissements. Soucieuses de ne pas laisser des interrogations en suspens à l'issue de notre intervention, nous avons distribué des dépliants et affiche de la dernière campagne des laboratoires « Berlipharma et Besins – Iscovesco » (annexes 2 et 3) ainsi que les adresses et coordonnées téléphoniques des différents centres de planification établis sur l'agglomération nancéenne.

Nous avons expliqué aux élèves l'intérêt de notre démarche et la plupart d'entre eux nous ont répondu avec une curiosité certaine, et nous ont volontiers apporté leurs concours. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que dans l'ensemble, les questionnaires collectés reflètent leur sincérité, leurs convictions et leur vécu.

II.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Lorsque nous avons choisi ce sujet, il nous est apparu qu'il était possible d'associer une action de prévention à notre étude. Aussi, nos préoccupations étaient-elles de trois ordres lors de l'élaboration de notre questionnaire :

- Nous désirions dresser un état des lieux des connaissances des adolescents en ce qui concerne leur sexualité et la contraception, et par ce biais confirmer ou infirmer notre travail préliminaire. Mais nous souhaitions également mettre en lumière les différents moyens mis à leur disposition ou qu'il faudrait apporter afin qu'ils puissent bénéficier d'informations de la manière la plus adéquate possible.
- Après notre intervention, les jeunes garçons et filles devaient connaître, ne pas oublier et parler dans leur entourage de l'existence d'une contraception d'urgence efficace qui doit être utilisée ponctuellement.

- Enfin, notre enquête avait pour but d'évaluer le programme préventif de Santé Publique déjà mis en place, c'est-à-dire les informations orales ou écrites données aux adolescents par les centres de planification.

II.3. RECUEIL DES DONNEES

II.3.1. Choix de la population cible

Comme nous l'avons précisé dans la première partie de notre travail, les limites d'âge caractérisant l'adolescence sont vagues et mouvantes selon les auteurs. Cependant, pour la bonne réalisation de notre étude, il nous a fallu déterminer quels étaient les adolescents qui nous offriraient le panel le plus significatif.

Aussi, nous nous sommes basés sur deux constats :

- En premier lieu, nos recherches préliminaires ont établies que la moyenne d'âge au premier rapport sexuel était de 17 ans.
- D'autre part, c'est en classe de troisième des collèges et seconde des lycées que sont abordées respectivement l'anatomie des organes génitaux masculins et féminins ainsi que la contraception.

Il nous a donc paru judicieux d'interroger les jeunes des classes de seconde générale et technologique, cette population devant répondre aux deux caractéristiques précédemment citées. Elle nous a également permis d'évaluer les connaissances acquises et de mener parallèlement une action préventive.

II.3.2. Echantillon de l'enquête

Pour réaliser notre enquête, nous nous sommes rendues dans trois établissements scolaires du second degré :

- Le lycée Frédéric CHOPIN à Nancy où nous avons interrogées trois classes de seconde générale, une avec option latin se dirigeant préférentiellement vers une filière littéraire, deux avec l'option sciences économiques et sociales avec un devenir économique probable.
- Le lycée professionnel Jean PROUVÉ, pour une classe de première professionnelle énergétique par alternance.
- Le lycée technique d'Etat Henri LORITZ, pour une classe de seconde baccalauréat sciences techniques industrielles.

Dans ces établissements, nous nous sommes chargées de la distribution et de la collecte de l'enquête, de sorte que les jeunes puissent répondre objectivement, en étant certains du respect de leur anonymat.

Suite à notre travail, nous avons proposé de rendre compte des résultats de l'étude aux centres de planification et d'éducation familiale, qui se chargeront, s'ils le souhaitent, de les communiquer aux différents chefs d'établissements.

Ainsi, nous avons pu recueillir les réponses de 175 élèves dont 114 garçons et 61 filles, la différence de proportion entre les deux sexes s'expliquant par le choix des classes, les secondes techniques et professionnelles étant en majorité masculines.

Dans notre échantillon, les jeunes ont entre 14 ans et 18 ans, la moyenne est de 15 ans et demi, tranche d'âge correspondant à la population ciblée au départ. Etant donné que les échantillons de chaque lycées ne possèdent pas de caractéristiques propres, les effectifs par section sont les suivants :

	Classe de seconde Lycée CHOPIN	Classe de seconde Lycée PROUVE	Classe de seconde Lycée LORITZ	Age
Garçons	34	27	53	15,9
Filles	53	5	3	15,1
TOTAL	87	32	56	-

II.3.3. Le questionnaire

Avant d'établir notre questionnaire, il nous a semblé important d'effectuer des recherches préliminaires. A l'issue de cette démarche, nous avons réalisé une ébauche, que nous avons soumise à des personnes compétentes, de façon à préciser le champ de nos investigations et adapter les questions à la population concernée :

- Madame SEIGNEUR, médecin des centres de planification et d'éducation familiale de la maternité Régionale de Nancy et de Lunéville.
- Mesdames GUILLAUME et PONTUS, respectivement Sages-Femmes des centres de planification de la Maternité Régionale de Nancy et de Nabécor.

Le questionnaire définitif remis aux lycéens est précisé en annexe 4. Celui-ci se subdivise en quatre parties successives :

- Les questions N°1 et N°2 caractérisent la population cible par l'âge et le sexe.
- Les questions suivantes N°3 et N°4 permettent de savoir si les adolescents ont bénéficié d'une information concernant la contraception en générale.
- Les questions N°5 à 9 tentent de définir le comportement sexuel de ces jeunes adultes (fréquence des rapports, nombre de partenaires et moyens de contraception utilisé).

Enfin, les questions N°10 à 17 concernent plus spécifiquement la pilule du lendemain. Il nous fallait savoir si les adolescents connaissaient ce mode de protection, par qui ils ont obtenu ces informations et si la vente libre de ce produit était, pour eux, un avantage. Nous les avons également questionné sur l'utilisation future de la pilule d'urgence.

II.4. RESULTATS ET LIMITES DE L'ENQUETE

II.4.1. Résultats

Dans un premier temps, il nous paraissait intéressant de dresser un tableau général des comportements sexuels et des connaissances concernant la contraception des adolescents.

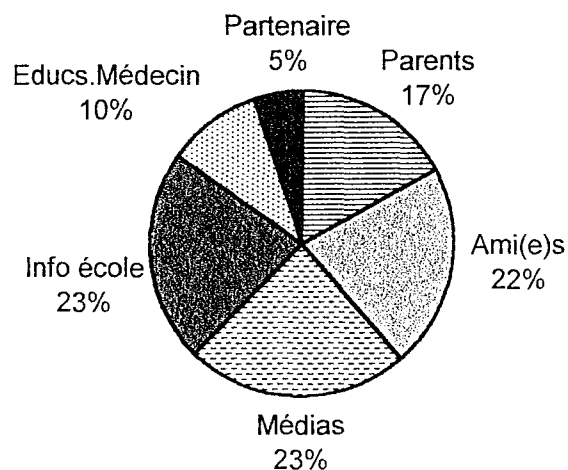
Ainsi, il ressort que 95% de la population cible a bénéficié d'informations sur les différents moyens mis à leur disposition afin d'éviter une grossesse.

Il nous fallait également dégager les sources des informations, or la diversité des réponses n'étant fonction, ni de l'âge, ni du sexe, ni même de la formation suivie, nous avons préféré nous attacher uniquement au mode informatif.

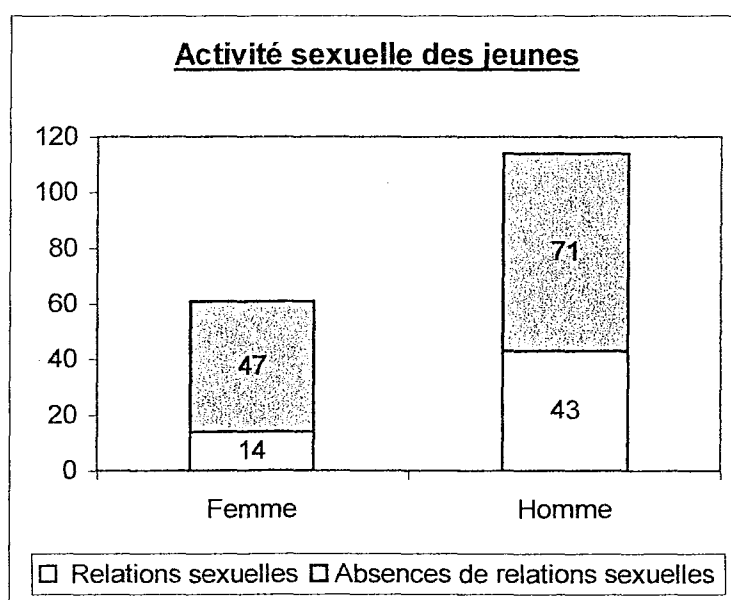
Plus de la moitié des adolescents (56%) sont informés par des sources « sûres » c'est-à-dire par des professionnels de santé ou des médias. Les renseignements apportés aux lycéens sont donc faibles. Ceci est important car chez les jeunes circulent beaucoup d'idées que celles –ci soient justes ou fausses. D'ailleurs, 27% des adolescents nous révèlent que leurs informations sur la contraception proviennent de leurs ami(e)s ou de

leurs partenaires. Le « bouche à oreilles » fonctionne donc, et se révèle être un moyen de véhiculer efficacement des renseignements.

Par qui est donnée l'information concernant la contraception?



L'activité sexuelle des jeunes étant une donnée importante de notre analyse, nous avons interrogé les lycéens à ce sujet. Sur notre population totale, 33% ont eu ou ont encore des relations sexuelles, ceci représentant 23% des jeunes femmes et 32% des jeunes hommes.

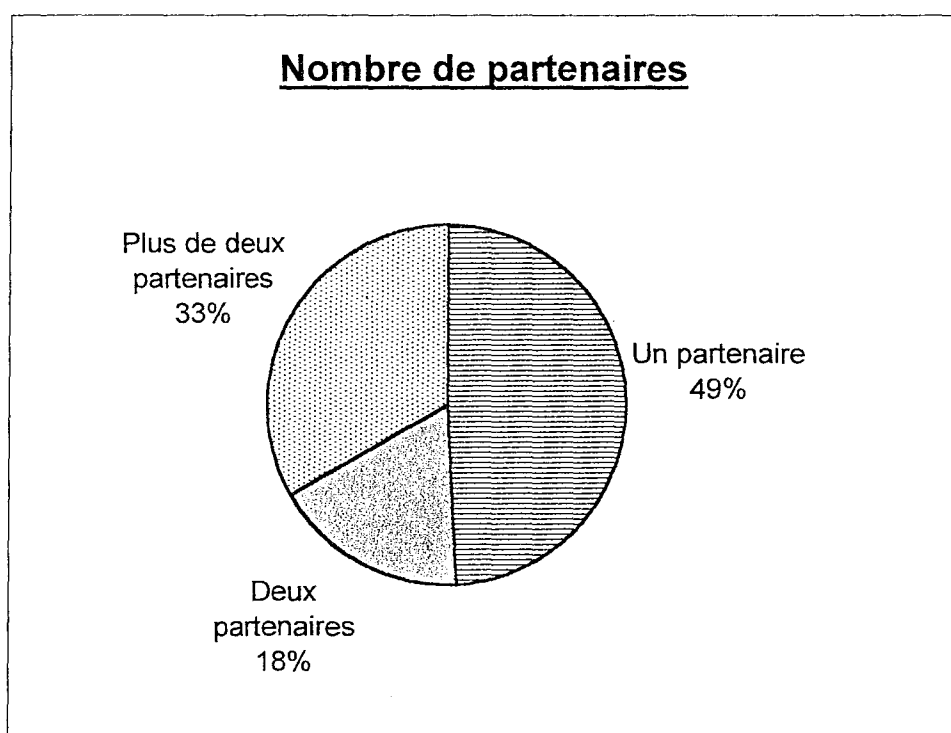


Les adolescents, sexuellement actifs avant l'âge de 17 ans, sont désignés par le terme d'« initiateurs précoces ». Les garçons sont plus nombreux dans ce groupe, certainement parce que leurs motivations sont plus liées à la pression des pairs qu'à l'engagement affectif. A contrario, pour les filles, nous supposons que ce sont les sentiments et l'insistance du partenaire qui semble jouer un grand rôle.

Ces rapports sont :

Rares.....	49%
Occasionnels.....	33%
Fréquents.....	18%

Le nombre de partenaires rencontrés dans leur vie sexuelle est visualisé sur le diagramme en secteur présenté ci-dessous.



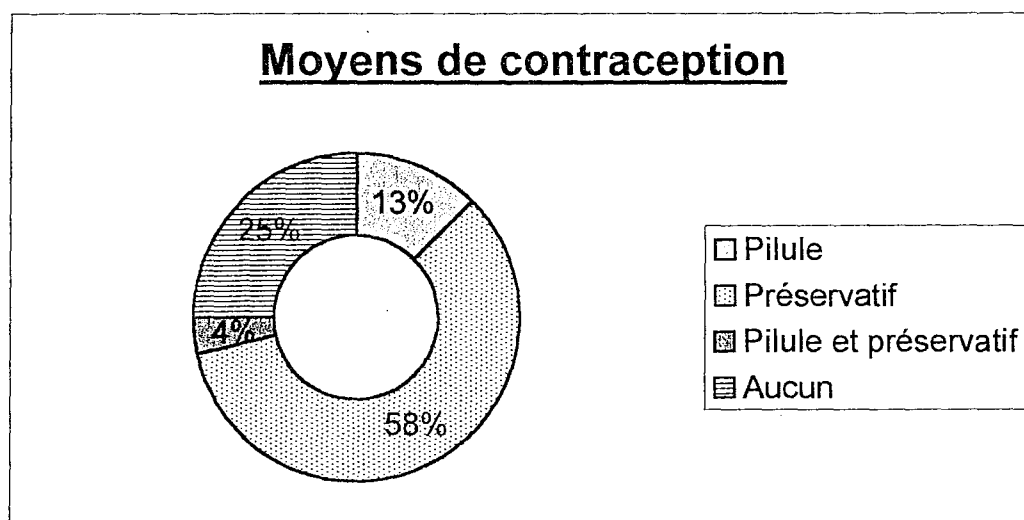
La moitié des adolescents avoue avoir une relation monogamique. Toutefois, 33% d'entre eux ont ou ont eu plus de deux partenaires dans leur vie affective. Ce comportement traduit l'instabilité des jeunes mais implique également qu'ils recherchent des situations à risque. La multiplication des partenaires augmente la

probabilité de grossesse et de contact avec les MST, et traduit le fait que les rapports ont débuté tôt dans l'adolescence.

Lorsque nous nous axons sur la contraception, un premier constat s'impose : un adolescent, ayant des rapports, sur quatre n'utilise pas de protection. Pour les autres, ils se servent en grande majorité du préservatif.

La première place de ce moyen de contraception est à mettre en parallèle avec les modifications de comportement qu'a engendré le Sida. En effet, le préservatif masculin assure la prévention primaire des MST et il est indiqué en cas de « changement de partenaire » et de rapports sexuels sporadiques, dans une population où les relations sont encore instables ; comme chez les adolescents. Toutefois, on peut émettre l'hypothèse que lorsque le préservatif n'est pas utilisé, il s'agit plus d'une question de coût et de « commodité » qu'un manque d'information. De plus, même si la littérature nous précise que les « premières fois » vont de paire avec ce moyen de contraception, qu'en est-il de l'utilisation de celui-ci dans la durée ? ».

La pilule arrive en deuxième position, les deux moyens associés restant très rarement utilisés. Bien que nous ayons cité d'autres modes contraceptifs (retrait, spermicides) ceux-ci n'ont jamais été retenus.



Dans un second temps, nous allons nous pencher sur le thème propre de la contraception d'urgence.

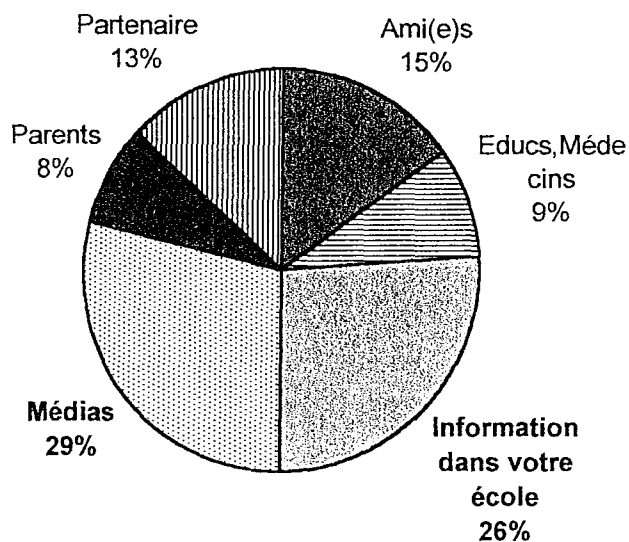
Etant donné les bouleversements survenus à ce niveau depuis quelques mois, il nous paraissait intéressant de savoir si effectivement les jeunes connaissent et différencient nettement les deux pilules d'urgence TETRAGYNON* et NORLEVO*.

Nous avons effectué cette étude selon deux axes car il était important de mettre plusieurs éléments en relief.

Ainsi 82% de la population cible avait ce renseignement, cependant il est à noter qu'il existe une différence notable entre les deux sexe : les filles ayant davantage connaissance des nouveautés concernant la pilule du lendemain que les garçons (85% versus 80%). D'autre part, nous aurions pu penser que les adolescents avec une activité sexuelle seraient possesseur de cette information plus encore que les autres, or ce n'est pas le cas puisque ce sont les jeunes sans rapport qui bénéficient des informations (84% versus 78%).

En reprenant, les mêmes items que pour la question 4, nous avons alors interrogé les lycéens afin de distinguer les différentes sources d'où proviennent leurs connaissances. Les résultats sont figurés dans le diagramme en secteurs suivant :

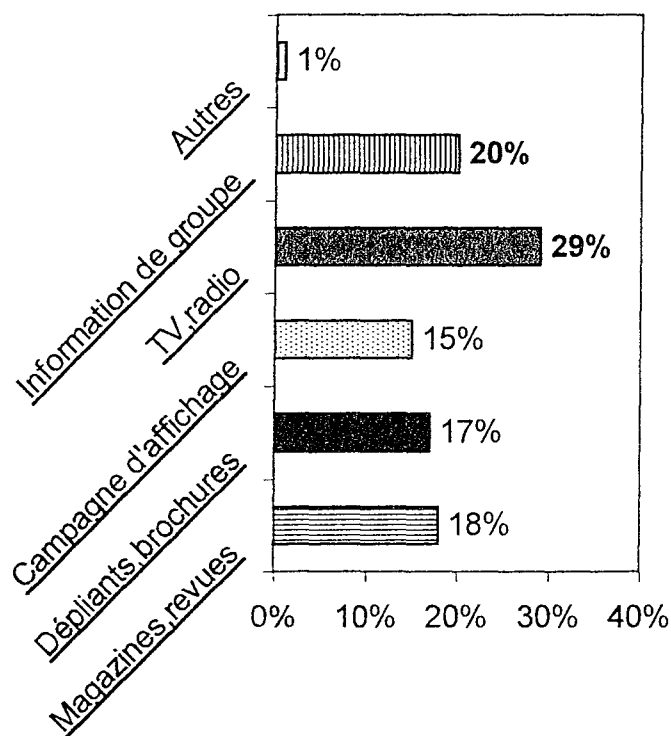
**Par qui est donnée l'information
concernant la pilule du lendemain?**



Là encore, ce sont les médias et les informations faites dans les écoles qui sont les plus citées ce qui s'explique par le « battage » médiatique de ces derniers mois.

13% des adolescents apprennent par leur partenaire l'existence de la pilule du lendemain. Ce résultat pouvait nous surprendre, car 5% seulement discutait dans leur couple de la contraception en générale. Nous pensons donc que les adolescents partagent plus de leur sexualité et de leurs problèmes en cas d'incidents.

**Quels sont les meilleurs moyens
d'information concernant la pilule du
lendemain?**



Remarque :

Sous l'item « autres » sont regroupés deux propositions de mode d'informations qui n'étaient pas précisées sur le questionnaire, à savoir : les parents et la presse spécialisée pour adolescents.

Dans le cadre d'une campagne de prévention centrée sur la contraception d'urgence, il était utile de connaître les moyens que les jeunes considèrent comme les plus adéquates pour mener à bien cette action.

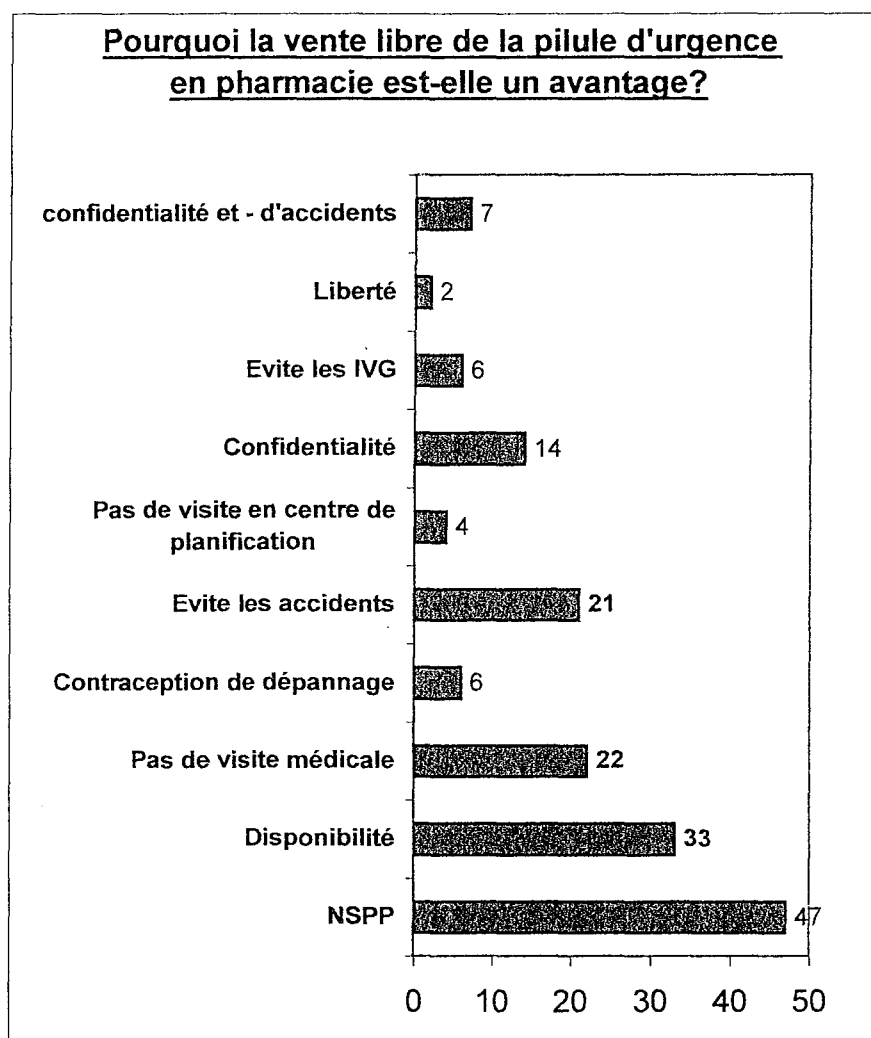
Il ressort que ce sont les informations de groupe, la TV et la radio qui correspondent le mieux, or ces deux moyens sont déjà largement exploités.

Un espace reste cependant libre : les magazines et les revues. La presse pour adolescentes réserve quelques pages pour traiter les problèmes sentimentaux ou gynécologiques de leurs lectrices, ce qui n'est pas le cas pour les garçons. Pourquoi ne pas glisser alors dans les journaux préférés de ces derniers quelques articles d'information « médicales » ?

Depuis le mois de juin 1999, une pilule d'urgence NORLEVO* est commercialisée en vente libre en pharmacie sans ordonnance.

10% des lycéens ont répondu par la négative lorsque nous leurs avons demandé si un accès plus facile à cette contraception était un avantage. Ils évoquent le fait que la pilule d'urgence pourrait avoir comme répercussion un moindre intérêt des jeunes pour une contraception classique régulière.

Il n'en demeure pas moins que 90% donnent un avis favorable sur cette nouvelle situation avec pour arguments les suggestions de la question N°14. Nous avons répertorié ces items par champs lexicaux de façon à les rendre analysables et exploitables. Nous avons ainsi obtenu neuf mots clefs que nous avons organisés sous forme de graphique.



Nous pouvons immédiatement remarquer le nombre non négligeable d'adolescents qui ne se prononcent pas certainement parce qu'ils n'ont pas mené de réflexion à ce sujet.

A la suite d'un rapport sexuel supposé fécondant et avant d'avoir recours à la pilule du lendemain, l'adolescente ou le couple ressent angoisse et culpabilité. Dans les pharmacies, la disponibilité et la confidentialité de l'achat de la contraception post-coïtale rassurent et sécurisent les jeunes.

A l'interrogation « Avez-vous déjà utilisé les pilules du lendemain ? », un adolescent avec des relations sexuelles sur six, nous avoue avoir déjà eu recours à ce type de protection. Résultats en contradiction avec la littérature, et qui fait preuve que la contraception d'urgence prend son essor.

Cette utilisation fait souvent suite à un rapport avec un préservatif défectueux, pour six jeunes sur 10, ou sans aucune protection contraceptive pour 4 sur 10.

Enfin, concernant l'emploi futur et hypothétique de la pilule post-coïtale, 46 personnes ne se prononcent pas, 26 nous ont répondu par la négative et 203 l'utiliseraient en cas de nécessité.

Pourquoi les adolescents sont-ils encore réticents à l'usage de la contraception d'urgence ?

Nous ne voyons là que deux possibilités :

- Soit il existe des fausses idées (la pilule du lendemain serait mise en corrélation avec l'IVG) qu'il faudra corriger par l'apport d'informations claires
- Soit ces jeunes sont à la recherche de prises de risques, de situations pouvant le mettre en conflit avec l'autorité parentale.

Conclusion

Après avoir distribué, collecté et analysé les 175 questionnaires, nous avons été surpris de faire plusieurs constats parfois en contradiction avec les hypothèses émises au préalable.

Ainsi, nous avons constaté que les classes composées uniquement de garçons étaient plus attentives et plus respectueuses des intervenants et de leurs camarades. La cohésion

du groupe aidant, ils paraissaient plus enclins à nous livrer leurs sentiments et leur vécu, sans se vanter, sans en faire trop, émus de partager avec nous leurs expériences personnelles. Il a été agréable de travailler avec eux car ils étaient intéressés et posaient des questions intimes avec le ton juste. C'est la raison pour laquelle, nous attachons une importance particulière à l'aide qu'ils nous ont apporté.

Le questionnaire ayant, comme dit précédemment, pour but d'évaluer l'efficacité des actions de préventions en place ; il nous a également paru essentiel de mettre en avant le fait que les adolescents sont globalement bien informés tant sur la contraception classique que sur la contraception d'urgence. Nous pouvons donc souligner ici, le travail performant effectué par les médecins, infirmières scolaires et les équipes pluridisciplinaires des centres de planification. Leurs approches de la sexualité correspondent parfaitement aux attentes des lycéens qui souhaitent des conseils neutres et éclairés.

II.4.2. Limites de l'enquête

Il est toujours difficile de critiquer et d'évaluer son propre travail. Nous avons tenté de réaliser l'enquête de la façon la plus sérieuse et objective possible, avec les moyens dont nous disposions, de sorte qu'elle vienne corroborer notre travail préalable.

L'exploitation des résultats de notre questionnaire nous a permis de prendre conscience de plusieurs lacunes :

- Dans les données recueillies à l'occasion des actions de prévention dont la notre, on dispose uniquement de données sur des populations scolarisées, effectivement présentes dans les classes et relativement bien insérées dans la société. Lorsqu'on arrive ou dépasse la limite d'âge de la scolarité obligatoire, une partie des adolescents pourtant justement concernée par ce sujet. Ces jeunes dont on peut penser que les modes de sociabilité et l'activité conditionnent la vie affective et sexuelle d'une façon différente de celle de leurs congénères encore scolarisés.
- Le sentiment amoureux est propre à chacun et fait appel à la subjectivité. Nous aurions donc pu laisser libre cours aux lycéens dans

l'enquête. Toutefois, étant donné le sujet très personnel évoqué ici, il nous semblait que les jeunes seraient plus à l'aise avec des questions à choix fermés, ce qui se révèle être apparemment le cas puisque nombre d'adolescents n'ont pas répondu à la seule question ouverte.

Bien sûr, notre enquête n'est en rien comparable à celles effectuées par les professionnels, ce qui explique que certains résultats ne soient pas tout à fait conformes à ceux des sociologues.

Néanmoins, ils restent cohérents avec ceux de la littérature, et donc nous pensons qu'ils sont révélateurs du comportement sexuel de la jeunesse actuelle. En effet, nous avons un échantillon de 175 personnes – ce qui est déjà représentatif – qui nous a permis d'obtenir des réponses significatives, les adolescents ayant dans l'ensemble répondu honnêtement aux questions posées malgré l'aspect intime de celle-ci.

Dans notre étude, nous pouvons mettre en lumière différents éléments caractéristiques, nous permettant de dresser l'attitude sexuelle type d'un adolescent. Ainsi, 1/3 des jeunes de 15.5 ans, en moyenne, possèdent une vie sexuelle active. Pour la moitié d'entre eux, les relations ont lieu ou ont eu lieu avec un partenaire unique. Toutefois même si les rapports sexuels sont existants, ils sont décrits le plus souvent comme rares ou occasionnels. Le moyen de contraception de prédilection est le préservatif, cependant 25% des jeunes avouent n'utiliser aucune contraception.

L'aspect occasionnel des rapports, l'utilisation préférentielle du préservatif ou l'absence totale de moyens contraceptifs sont trois arguments en faveur du développement de l'emploi de la pilule du lendemain.

II.5. SITUATION ACTUELLE ET PROPOSITIONS

II.5.1. Situation actuelle

De par le questionnaire, force est de constater que la jeune population est bien informée concernant la contraception classique (95%) ou de la pilule du lendemain

(82%). Néanmoins, Benoît Félix, formateur au centre de recherche et d'information du Sida affirme : « les jeunes ne connaissent pas la sexualité et confondent tout ! ».

Nous devons donc penser que les résultats de notre étude ne corroborent pas avec la littérature. Trois évènements intercurrents peuvent expliquer l'inexactitude de l'enquête.

Tout d'abord, les centres de planification et d'éducation familiale de l'agglomération nancéenne étant très actifs, la population interrogée avait certainement bénéficié préalablement d'interventions informatives par ces équipes de professionnels.

Ensuite, depuis le début de l'année 2000, une campagne nationale sur la contraception est lancée par le Ministère de l'emploi et de la solidarité. Des messages télévisuels sont relayés par la presse principalement féminine et adolescente. Pendant que Fun Radio, NRJ, Skyrock et les indépendants (groupement de radios locales) feront diffusés deux spots à destination des 15-25 ans. En sus de ce dispositif, la carte 2, format carte bleue, diffusée à 12 millions d'exemplaires, dont le tiers est directement distribué aux élèves de troisième et aux lycéens. Cette brochure-minute présente, sur une face, les différents modes de contraception (et notamment la contraception d'urgence), leur mode d'emploi, le prix, où et comment les trouver et quand les utiliser. Le verso renvoie au Fil Santé jeunes (0800 235 236) et à Info Contraception 0825 08 90 90), ligne indigo à 0.99F/min).

Enfin, l'annonce très inattendue et très médiatique, le 28 novembre 1999, de Ségolène Royal, ministre déléguée à l'Enseignement scolaire, de délivrer NORLEVO*, la pilule du lendemain, dans les infirmeries des lycées ne cesse de rebondir, restant ainsi toujours d'actualité.

Comme les médias ont mis en avant très récemment la contraception, mon questionnaire ne donne qu'un aspect immédiat et superficiel des connaissances des lycéens à ce sujet.

II.5.2. Propositions

Il existe 4 acteurs qui peuvent jouer un rôle dans l'information des jeunes sur la contraception d'urgence.

- les parents
- les enseignants

- le corps médical
- et les structures sociales de prévention.

II.5.2.1. Les parents

Il est aisé de démontrer que, pour des raisons psychologiques évidentes, les parents ne sont pas bien placés pour aborder aisément et au bon moment (c'est -à-dire avant les premières expériences sexuelles) les conseils élémentaires et précautions qui permettent d'éviter les grossesses non désirées. Toutefois, il a été démontré que l'éducation pour la santé se fait principalement dans le milieu familial où peut se produire un échange sur les règles de vie établies. Dans ce cas, l'information par les parents divise par deux l'absence de contraception lors du premier rapport (11% versus 19% quand l'information provient d'une autre source) ⁽¹⁾.

Il faut donc inciter les parents à instaurer une relation de confiance avec leurs enfants qui leurs permettraient d'aborder le thème de la contraception. Afin de faciliter la communication, il serait souhaitable d'établir des groupes de paroles organisés par les établissements scolaires quand l'enfant débute ces années de collèges. Ces groupes, guidés par une sage-femme ou tout autre professionnel de santé intéressé et à l'aise sur le sujet, permettraient de ne plus considérer la sexualité comme tabou et de remettre à jour le savoir des parents sur les modes contraceptifs existants pour répondre si nécessaire aux interrogations de leurs enfants.

II.5.2.2. Les enseignants et les structures sociales de prévention

Mis à part, les professeurs des sciences de la Vie et de la Terre qui enseignent la reproduction, il semble peut probable que la contraception soit évoquée lors des cours. Cependant, une campagne annuelle d'information devrait être mise en place dans les établissements scolaires, grâce à la collaboration du centre de planification alentour, et à l'incitation du ministère de l'Education Nationale à intégrer cette démarche dans le projet pédagogique au niveau des classes de troisième.

En outre, cette méthode serait efficace d'autant plus qu'elle représente pour 20% des adolescents de notre étude, le meilleur moyen d'information pour la pilule du lendemain.

II.5.2.3. Le corps médical

Le corps médical au sens large est rarement consulté dans ce contexte d'utilisation de la contraception d'urgence pour trois raisons :

- La méconnaissance pour les jeunes du secret médical auquel est soumis chaque professionnel.
- Le manque d'argent nécessaire pour régler une consultation médicale, si modique soit elle.
- La peur qu'inspire l'examen gynécologique malheureusement souvent imposées par des médecins insuffisamment préparés à la contraception de cette classe d'âge.

Il faudra donc veiller à développer des centres d'accueil proche des jeunes au fonctionnement similaire au centre de planification et d'éducation familial. La réception des adolescents par un professionnel(médecin, sage-femme, psychologue, infirmière) sera possible tous les jours de la semaine, durant les vacances scolaires aux heures ouvrables, sans rendez vous et sans qu'il soit nécessaire de donner son nom. Il répondra aux questions et angoisses que provoquent les premières expériences. Il n'hésitera pas à délivrer gratuitement des préservatifs, pilule classique ou d'urgence.

La vente libre de la pilule post coïtale en pharmacie est un avantage incontestable pour les jeunes. Ils évoquent notamment trois raisons principales à cela :

- la disponibilité
- la confidentialité
- et l'absence de visite médicale.

La mise à disposition de la pilule du lendemain, dans les centres de planification et les infirmeries scolaires, ajoute la gratuité à cette liste d'avantages.

II.5.2.4. Vers le futur

Nombre d'adolescents s'initient à Internet, cela devient pour eux un moyen de communication privilégié.

Créer un site web axé sur la contraception d'urgence permettrait aux Internautes (jeunes et moins jeunes) de découvrir d'une manière ludique et actuelle les nouveautés sur ce sujet.

Remarque : Il est à noter l'existence de sites en rapport avec la contraception, d'ailleurs les laboratoires ORGANON ont en créer un récemment, il comporte neuf rubriques et des adresses utiles pour les adolescents (www.pilado.com).

II.6. DISCUSSION

Nous pouvons articuler notre discussion suivant deux axes.

Des réunions de travail ont été organisées par Mr SCHWARTZ, médecin responsable régional des centres de planification, suite au bulletin officiel du 6 janvier 2000. Ce texte définit un protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics d'enseignements et précise le cadre légal de l'administration des médicaments d'urgence et notamment de la pilule du lendemain. Il est vrai que le décret de Mme Ségolène ROYAL statue sur la délivrance de la contraception post-coïtale par les infirmiers scolaires, mais qu'en est-il dans les établissements sans permanence médicale ?

Mr Marc AUBRY, responsable départemental et conseiller technique du service infirmier, nous informe que sur les 30 lycées du département, trois ne bénéficient pas de la présence d'un professionnel de santé. La situation paraît plus critique encore dans les collèges où sur les 70 structures scolaires de Meurthe et Moselle, seulement 10 d'entre elles ont un poste d'infirmier à temps partiel !

Or, comme nous l'avons signalé dans la première partie de notre travail, la pilule du lendemain doit être administrée dans les 72 heures suivant le rapport et voit son efficacité diminuer plus la prise est éloignée de l'acte sexuel. En sachant que les adolescents ont surtout des relations amoureuses durant les week end et les vacances scolaires, comment les élèves pourraient recourir aux infirmiers scolaires ?

Dans les programmes pédagogiques des collèges et des lycées, il est spécifié que chaque classe doit bénéficier d'une éducation à la sexualité et à la vie. Cet enseignement bien qu'il soit débuté dès la classe de 6^{ème} suit un déroulement annuel et progressif. Il développe des thèmes tel que l'hygiène intime, l'anatomie des organes génitaux ou les MST. Mais les différences de modalités de séduction entre garçons et filles ou les relations sexuelles dans le contexte amoureux sont peu ou tardivement évoquées. Cette réticence s'explique peut-être par le fait que les enseignants (et même parfois les parents) redoutent d'initier des comportements sexuels plus prématurément qu'ils n'auraient eu lieu spontanément. Toutefois une enquête demandée par l'OMS, via l'école de Santé Publique de Nancy, démontre que sur les 80 grossesses recensées en 1 an et demi dans les établissements scolaires de l'agglomération nancéennes, environ 10 d'entre elles étaient signalées chez des adolescentes de moins de 16 ans. Cette étude et les résultats obtenus suite à l'analyse de notre questionnaire mettent nettement en évidence les rapports sexuels précoces avant l'âge de 17 ans. On peut donc se demander :

- Si ces adolescents qui très jeunes ont des relations, les vivent de façons volontaires et tout à fait positives et y trouvent un réel épanouissement,
- Et si lors de leur « premières fois » ils possédaient des données sur la sexualité et la contraception.

A travers ce chapitre, force est de constater qu'il existe des inégalités. En effet, aux différences sociales préexistantes des jeunes s'ajoutent des inégalités d'informations et de moyens mis en œuvre, puisque selon les établissements scolaires, les dispositions varient. Il serait souhaitable que le Ministère de l'Education Nationale songe à élaborer un plan d'uniformisation des programmes préventifs et des moyens humains disponibles.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, plusieurs axes de réflexion concernant l'adolescent et la contraception d'urgence, nous ont semblé se dégager naturellement.

Il faut avant toute chose, garder à l'esprit, le fait qu'il s'agit d'une problématique à considérer dans son ensemble, comme un tout indissociable. Cette unité incontournable justifie qu'il nous soit parfois difficile de comprendre les adolescents.

En premier lieu, il importe de signaler que la jeunesse actuelle est parfaitement informée des différents moyens de contraception et notamment de la pilule du lendemain, faisant à l'évidence preuve de la validité et l'efficacité des actions de prévention menées.

D'autre part, aussi bien pour le garçon que pour la jeune fille, ce moment semble placée sous le signe de l'urgence permanente et caractérisée par un sentiment de toute puissance. L'adolescent vit très intensément le présent, et cela l'amène à vivre beaucoup de choses dans la passion et la fougue pulsionnelle : la contraception du lendemain est une tentative d'ordre dans cette période de désordre car elle répond tout à fait aux besoins de flexibilité des jeunes.

Dans nos pays industrialisés, cette méthode de prévention de grossesses non désirées sort de l'ombre et devient un élément à part entière des soins de santé reproductive.

Maintenant, il paraît indispensable d'étendre massivement cette information et de sensibiliser les agences humanitaires afin que la contraception d'urgence fasse partie du bagage de base des professionnels de santé travaillant dans les pays où même une grossesse conséquence d'un viol ne peut bénéficier d'une IVG en milieu chirurgical.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Gynécologie de l'adolescence – Bernard BLANC, Charles SULTAN – Editions ESKA, juin 1998
- Adolescence plurielle – Marie CHOQUET, Christiane DRESSEN – Editions CFES, octobre 1993.
- Sexualité des adolescents, stratégie d'éducation pour la santé – Dr Assia BANDRUP LUKANOW, Dr Sylvie MANSOUR, Dr Kirstan HAWKINS – Centre international de l'enfance, juillet 1991.
- Sexualité Féminine – Françoise DOLTO – Editions France Loisirs, octobre 1984.
- Guide pratique de la vie du couple – Dr David ELIA, Dr Jacques WAYNBERG – Editions Filipacchi, 1991.
- La sexualité – Dr Jacques WAYNBERG – Editions Les essentiels Milan, 1995.
- L'éducation sexuelle – Philippe BRENOT – Editions Presses Universitaires de France, février 1996.

PERIODIQUES

- *Revue du praticien* – Tome 11 – N°399 du 17 novembre 1997 : Contraception d'urgence.
- *Gynécologie Obstétrique Pratique* - N°109 de novembre 1998 : La Contraception d'urgence.
- *La revue prescrire* - N°148 de février 1995 : Contraception post coïtale.
- *La lettre du gynécologue* - N°223 de juin 1998 : La contraception d'urgence post - coïtale.
- *Impact Médecin Hebdo* - N°453 du 21 mai 1999 : Norvelo est une nouvelle pilule du lendemain.
- *Gynécologie Obstétrique* - N°357 du 15 octobre 1996 : Quand la contraception est une urgence...
- *Entre nous* - N°39 automne 1998 : contraception d'urgence, un avenir plus radieux ?
- *Gynécologie et psychosomatique* - N°23 septembre 1998 : contraception à l'adolescence ; l'adolescence, sa mère et sa sexualité ; contraception et sexualité.

- *Gynécologie et psychosomatique* - N°3 septembre 1992 : Rapports sexuels précoces.
- *Le généraliste* – N°1934 6 avril 1999 : Quelle contraception pour l'adolescente ?
- *Le quotidien du médecin* – N°6063 12 mai 1997 : Ce qu'il faut savoir sur la contraception d'urgence.

MEMOIRE

- **La contraception post-coïtale : ce que les patientes en connaissent, à propos d'une enquête réalisée au CPEF de la Maternité Régionale de Nancy.**
Mémoire présenté Par O. Seigneur pour le diplôme universitaire de contraception
Faculté de médecine LARIBOISIERE St LOUIS Paris 7
Année 1994-1995, 13^e promotion.

ILLUSTRATION

- *Je t'aime* – Jacques SALOME – Editions Le Regard Fertile, mai 1985.

ANNEXES

NORLEVO®

NORLEVO® 750 microgrammes, comprimé.

COMPOSITION :

• lévonorgestrel 0,75 mg • lactose monohydraté • amidon de maïs • povidone • silice colloïdale anhydre • stéarate de magnésium.

FORME PHARMACEUTIQUE : Comprimé.

DONNÉES CLINIQUES :

Indications thérapeutiques : Contraception d'urgence dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive, notamment :
• rupture ou oubli d'un préservatif • oubli du contraceptif oral au delà du délai maximal acceptable depuis la dernière prise • expulsion d'un dispositif intra-utérin • déplacement ou ablation trop précoce d'un diaphragme vaginal ou d'une cape contraceptive • échec de la méthode de coït interrompu • rapport sexuel pendant la période supposée fertile lors de la méthode de l'abstinence périodique (méthode des températures) • viol.

Posologie et mode d'administration : Le traitement comporte la prise de deux comprimés. Le premier comprimé doit être pris le plus tôt possible après le rapport sexuel non protégé, et dans les 72 heures (3 jours) au plus tard après le rapport. Le deuxième comprimé devra être pris 12 heures au plus tôt et 24 heures au plus tard après la prise du premier comprimé. NORLEVO® peut être pris à n'importe quelle période du cycle. Après utilisation de la contraception d'urgence, il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local (préservatif, spermicide, cape cervicale) jusqu'au retour des règles suivantes.

Contre-indications : aucune.

Mises en garde et précautions particulières d'emploi :

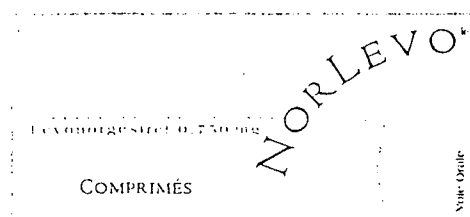
La contraception d'urgence est une méthode occasionnelle; elle ne doit en aucun cas se substituer à une contraception régulière. Cette méthode ne permet pas d'éviter une grossesse dans tous les cas. En cas de doute (plus de cinq jours de retard de règles ou saignements anormaux à la date prévue des règles), il sera impératif de vérifier l'absence de grossesse par un test de grossesse.

On ignore si cette méthode de contraception peut interrompre une *grossesse ectopique*, et on ne peut exclure qu'une grossesse ectopique puisse continuer à se développer même si des saignements sont apparus. En conséquence, NORLEVO® est *déconseillé* chez les femmes présentant un risque de grossesse ectopique (antécédents de salpingite ou de grossesse extra utérine). En cas de vomissements survenant dans les 2 heures suivant la prise d'un comprimé, il est recommandé de reprendre immédiatement un comprimé. Les règles normales en abondance, qui suivent la prise de NORLEVO®, surviennent en général à la date prévue, mais il existe parfois une avance ou un retard de quelques jours. L'utilisation de la contraception d'urgence ne dispense pas des précautions à prendre contre les maladies sexuellement transmissibles.

Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction : Comme tous les progestatifs, le métabolisme du lévonorgestrel est accéléré par la prise de médicaments inducteurs hépatiques : anticonvulsivants (clobazam, phénytoïne, primidone, carbamazépine), rifabutine, rifampicine, griséofulvine. L'efficacité de NORLEVO® peut être diminuée ou abolie en cas de prise simultanée de ces médicaments.

Grossesse et allaitement : *Grossesse :* Ce médicament n'est pas indiqué en cas de grossesse évolutive. En cas d'échec de cette méthode de contraception avec poursuite de la grossesse, les résultats de nombreuses études épidémiologiques avec les progestatifs permettant d'écartier, à ce jour, un risque malformatif (urogénital ou autre) avec ce progestatif.

Allaitement : L'allaitement après la prise de ce médicament est possible.



Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines : NORLEVO®

n'affecte pas les capacités individuelles à conduire un véhicule ou à utiliser une machine.

Effets indésirables : Les effets secondaires observés dans les différentes études cliniques sont :
• des nausées et des vomissements • des vertiges, une asthénie, des céphalées • des douleurs abdominales basses, une sensation de tension mammaire • saignements à type de métrorragies ou spotting.

Surdosage : Le lévonorgestrel n'a pas de toxicité aiguë démontrée. En cas de prise simultanée de plusieurs doses de NORLEVO®, le pronostic vital n'est pas en jeu.

PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :

PROGESTATIFS. Code ATC : G03AC03 (Système génito-urinaire et hormones sexuelles).

Propriétés pharmacodynamiques : Aux doses utilisées, le lévonorgestrel pourrait bloquer l'ovulation, empêchant la fécondation, si le rapport sexuel a eu lieu dans les heures ou jours précédant l'ovulation, c'est-à-dire à la période où le risque de fécondation est le plus élevé. Il pourrait également empêcher l'implantation. En revanche, il est inefficace dès lors que le processus d'implantation a commencé. Outre son activité progestomimétique, le lévonorgestrel possède une activité androgénique qui n'a pas de conséquence clinique lorsqu'il est employé de façon brève et occasionnelle mais qui pourrait toutefois se manifester à la suite d'une administration continue et prolongée. Le lévonorgestrel n'induit pas de modification significative des facteurs de la coagulation, ni du métabolisme des lipides et des glucides.

Propriétés pharmacocinétiques : La biodisponibilité du lévonorgestrel est voisine de 100 %. Dans le plasma, il est fortement lié à la SHBG. Après administration d'une dose de 0,750 mg, la demi-vie plasmatique du médicament est estimée à 13 heures, et la concentration maximale de lévonorgestrel, environ 11 µg par litre, est atteinte au bout de 2 heures. Hydroxylé au niveau du foie, le lévonorgestrel est éliminé sous forme glucuroconjuguée.

Données de sécurité précliniques : Après prise unique, chez le rongeur (rat et souris), la dose létale 50 est supérieure à 5 grammes. Chez le primate, la plus faible dose mortelle après administration orale répétée est de 910 µg/kg par jour / 52 semaines. Chez la femme, une administration orale de 219 µg/kg/jour pendant 52 semaines n'a pas entraîné d'effets secondaires sévères.

DONNÉES PHARMACEUTIQUES :

Durée de conservation : 1 an.

Précautions particulières de conservation :

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

N° d'AMM : 349 575-2 : 2 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC/Aluminium).

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE : Liste I

DATE D'APPROBATION : AVRIL 1999.

TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :

HRA PHARMA - 19 rue Frédéric Lemaître - 75020 PARIS.

RESPONSABLE DE L'INFORMATION MÉDICALE : Laboratoires BESINS-ISCOVE.

- 5 rue du Bourg l'Abbé - 75003 PARIS.

LABORATOIRES
BESINS
ISCOVESCO

HRA Pharma

(1) Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of fertility Regulation. Lancet 1998; 352 : 428-33.

(2) New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Trussell J et al. Contraception 1998; 57 : 363-69.



laboratoires

besins iscovesco

5, rue du Bourg l'Abbé
75003 Paris

Le 7 Juin 1999

Dernière minute : délistage officiel de NorLevo®

Cher Confrère,

Nous vous avons récemment informé du lancement de NorLevo®, première contraception d'urgence composée d'un progestatif seul : le lévonorgestrel dosé à 0,750 mg par comprimé.

Les autorités de santé ont décidé d'accélérer la mise en vente libre en pharmacie de NorLevo®.

C'est pour permettre un accès plus facile à cette contraception d'urgence, que le gouvernement a pris cette décision publiée au Journal Officiel du 30 mai 1999. Le fait que cette nouvelle pilule du lendemain soit à base de progestatif seul, sans contre-indications ni effets secondaires des estrogènes, a favorisé cette démarche.

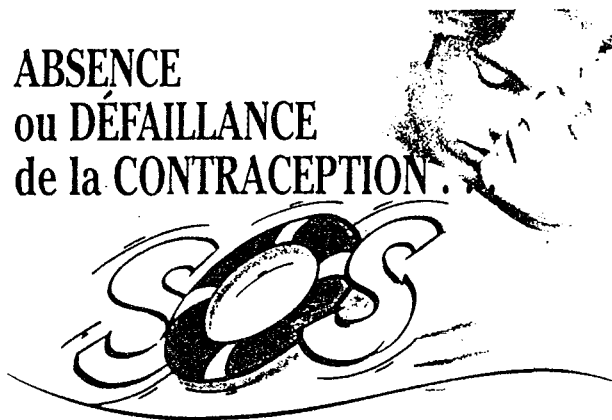
Les Laboratoires BESINS-Iscovesco s'engagent à rappeler au public, chaque fois que l'occasion leur en sera donnée, le caractère exceptionnel de la contraception d'urgence. Nous conseillerons également aux patientes de vous consulter. Elles auront ainsi la possibilité d'être informées sur les moyens de contraception disponibles afin que la contraception d'urgence reste occasionnelle.

Nous sommes à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

Nous vous prions de croire, Cher Confrère, en l'assurance de nos sentiments distingués.

Docteur Myriam ZADIKIAN
Laboratoires BESINS-ISCOVESCO

ABSENCE
ou DÉFAILLANCE
de la CONTRACEPTION.



72 Heures pour réagir!

Il existe aujourd'hui une contraception d'urgence,
cette contraception doit être utilisée de manière
exceptionnelle et ponctuelle.

Qui peut vous aider ?
Un médecin qui vous la prescrira

Où vous adresser ?
Médecin traitant, médecin de garde,
gynécologue, planning familial.

Pour une contraception régulière efficace,
consultez votre médecin.



THE STOCK MARKET PHOTO MOUNTAIN GROUP - 1981 12 30

Berlipharm



LABORATOIRES
BESINS
ISCOVESCO

HRAPharma

NORL 99-30

Annexe 3

La contraception d'urgence est un médicament.
Demandez conseil à votre pharmacien et consultez votre médecin.

Contraception d'urgence

**Les réponses
à mes questions**

Docteur Marianne BUHLER Gynécologue,
Attachée à l'hôpital de Sèvres (92)

EDITORIAL

SOMMAIRE

“ La contraception d'urgence est maintenant acceptée en France. Pour bénéficier pleinement des nouveaux progrès qu'elle apporte, il est important que vous soyez informée le plus complètement possible. Les renseignements de ce livret pourront être complétés par votre médecin ou votre pharmacien.

Vous trouverez également un rappel sur les méthodes de contraception régulière afin que vous puissiez en parler au mieux dans le cadre d'une consultation médicale.

C'est la meilleure solution pour que l'utilisation de la contraception d'urgence reste occasionnelle.

”

- **Votre physiologie sexuelle**
page 4
- **Risques et signes de grossesse**
page 6
- **Les risques des rapports non protégés**
page 7
- **La contraception**
page 8
- **Les oublis de pilule**
page 9
- **La contraception d'urgence ou pilule du lendemain**
page 11

Etant actuellement étudiante Sage Femme et réalisant un mémoire concernant la pilule du lendemain, je sollicite votre collaboration pour la réalisation de mon étude.

Merci.

1. **SEXE** ☐ F ☐ M
2. **AGE** ans
3. **Avez-vous déjà été informé des différents moyens de contraception ?** ☐ oui ☐ non
4. **Si oui, par qui ?**
 - ☐ Parents
 - ☐ Ami(e)s
 - ☐ Médias
 - ☐ Information dans votre école
 - ☐ Educateurs, médecins
 - ☐ Partenaire
5. **Avez-vous des relations sexuelles ?** ☐ oui ☐ non
6. **Si oui, vos rapports sont-ils :**
 - ☐ Rares
 - ☐ Occasionnels
 - ☐ Fréquents
7. **Combien de partenaires avez-vous eu dans votre vie sexuelle ?**
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ plus que 2
8. **Utilisez-vous un moyen de contraception ?** ☐ oui ☐ non
9. **Si oui, lequel ?**
 - ☐ Pilule
 - ☐ Préservatif
 - ☐ Spermicides
 - ☐ Retrait
 - ☐ Autres précisez :

Questionnaire :

10. En cas de rapports sexuels non ou mal protégés, il existe des pilules d'urgence ou pilules du lendemain.

Ces pilules sont de types :

- Délivrée après consultation médicale sur ordonnance,
- En vente libre en pharmacie sans ordonnance.

Le saviez-vous ? ☐ oui ☐ non

11. Si oui, par qui avez-vous obtenu ces informations ?

- ☐ Parents
- ☐ Ami(e)s
- ☐ Médias
- ☐ Partenaire
- ☐ Information dans votre école
- ☐ Educateurs, médecins

12. Selon vous, concernant les pilules du lendemain, quel serait le meilleur moyen de vous informer ?

- ☐ Magazines, revues
- ☐ Dépliants, brochures
- ☐ Campagne d'affichage
- ☐ TV, radio
- ☐ Information de groupe
- ☐ Autres précisez :

13. Pour vous, la vente libre de la pilule d'urgence en pharmacie est-elle un avantage ?

☐ oui ☐ non

14. Pourquoi ?

.....
.....

15. Avez-vous déjà utilisé les pilules du lendemain ?

☐ oui ☐ non

16. Si oui, dans quelles circonstances ?

- ☐ Rapports non protégés
- ☐ Préservatifs défectueux
- ☐ Oubli pilule

17. Si non, l'utiliseriez-vous en cas de rapports non ou mal protégés ?

☐ oui ☐ non

Melle HUGENEL Delphine

Promotion 1996-2000

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Ecole de Sages-Femmes A. FRUHINSHOLZ NANCY

Intitulé :

Les adolescents et la contraception d'urgence.

Domaine :

Gynécologie et Santé Publique.

Résumé :

Les adolescents représentent une population qui est – par définition et nature – en perpétuel renouvellement, dont chaque membre à la fois découvre et reconstruit son propre monde, aux priorités souvent bien éloignées des préoccupations « sanitaires » des adultes. Il paraît alors difficile de leur imposer une contraception classique, synonyme d'ordre et de stabilité. La contraception d'urgence est-elle connue et permettrait-elle d'assurer une transition en attendant que les adolescents prennent conscience de leur fertilité, leur vulnérabilité et leurs responsabilités dans ce domaine ?