



HAL
open science

Etre adolescente et se préoccuper de sa contraception

Marie-Claude Kinnel

► **To cite this version:**

Marie-Claude Kinnel. Etre adolescente et se préoccuper de sa contraception. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01881250

HAL Id: hal-01881250

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881250>

Submitted on 25 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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>

Université Henri Poincaré, Nancy I

Ecole de Sages-Femmes de Metz

*Etre adolescente
et se préoccuper de sa contraception*

Mémoire présenté et soutenu par

Marie-Claude KINNEL

Née le 30-03-1987

Promotion 2007-2011

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire, et tout particulièrement :

- Madame DUTT, sage-femme du centre de planification et d'éducation de Forbach et directrice de mémoire, que je remercie pour son aide et sa disponibilité
- Madame LALLEMENT, sage-femme enseignante, pour ses précieux conseils et son encadrement
- Ma famille, pour leur soutien et leurs encouragements durant toutes ces années d'études
- Mes collègues de promotion, pour l'entraide dans les moments de doutes
- Enfin, un grand Merci à Jean-Michel, qui a toujours été présent pour moi

SOMMAIRE

Sommaire.....	Page 4
INTRODUCTION	Page 6

PREMIERE PARTIE : Être adolescente et vivre sa sexualité

1. <u>L'ADOLESCENCE, UNE PERIODE DE TRANSITION</u>	Page 8
1.1. <u>Un corps qui change...</u>	Page 8
1.2. <u>... et une manière de pensée qui évolue</u>	Page 10
2. <u>L'ADOLESCENTE FACE A LA SEXUALITE</u>	Page 11
2.1. <u>L'entrée dans la sexualité</u>	Page 11
2.2. <u>L'adolescente et la contraception</u>	Page 13
2.2.1. <u>La première demande de contraception</u>	
2.2.2. <u>Une contraception adaptée aux adolescentes</u>	
2.2.3. <u>Les échecs de contraception chez les jeunes filles</u>	
3. <u>ENTRE INFORMATION ET EDUCATION A LA SEXUALITE</u>	Page 21
3.1. <u>Quelle place pour les parents?</u>	Page 21
3.2. <u>Le rôle de l'Education Nationale</u>	Page 22
3.3. <u>Un lieu spécialement adapté, le Centre de Planification et d'Éducation <u>Familiale</u></u>	Page 23
3.4. <u>Une politique de santé spécifique pour un public ciblé</u>	Page 24

DEUXIEME PARTIE : Une étude menée auprès de 131 adolescentes

1. <u>PRESENTATION DE L'ETUDE</u>	Page 26
2. <u>RESULTATS DE L'ENQUETE</u>	Page 28
2.1. <u>Identité de l'échantillon</u>	Page 28
2.2. <u>Le dialogue avec les parents</u>	Page 29
2.3. <u>L'existence des CPEF</u>	Page 32
2.4. <u>La contraception en général</u>	Page 34

2.5. <u>La contraception d'urgence</u>	Page 37
2.6. <u>Leurs sources d'informations</u>	Page 40

TROISIEME PARTIE : Analyse des résultats et discussion

1. <u>L'IMPORTANTCE DE L'EDUCATION NATIONALE</u>	Page 45
1.1. <u>Les séances d'éducation prévues par la loi de 2001</u>	Page 45
1.2. <u>La nécessité d'une information diversifiée à un rythme soutenu</u>	Page 46
1.3. <u>Insister sur certaines populations d'adolescents</u>	Page 48
1.4. <u>La place des hommes</u>	Page 48
2. <u>LACONNAISSANCE EXACTE DES MODALITES D'OBTENTION D'UNE CONTRACEPTION</u>	Page 49
2.1. <u>La connaissance réelle des élèves</u>	Page 49
2.2. <u>Des sources d'informations sûres et adaptées</u>	Page 51
3. <u>ETABLIR UN DIALOGUE PARENTS-ENFANTS</u>	Page 53
4. <u>L'INFLUENCE D'UN CPEF A PROXIMITE</u>	Page 55
4.1. <u>Connaître le CPEF</u>	Page 55
4.2. <u>Réduire les disparités régionales</u>	Page 57
5. <u>UNE PLACE A PRENDRE POUR LES SAGES-FEMMES</u>	
5.1. <u>La permanence d'une sage-femme dans les établissements scolaires</u>	Page 58
5.2. <u>Le coût de ses démarches</u>	Page 59
CONCLUSION	Page 60
BIBLIOGRAPHIE	Page 61
ANNEXE	Page 65

INTRODUCTION

En 1972, la création des Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) a été l'élément déclencheur qui amena à porter un regard nouveau sur la vie amoureuse et sexuelle des adolescents. Progressivement, plusieurs autres mesures ont été instaurées pour les jeunes, visant à faciliter l'accès confidentiel et gratuit à une information et à une contraception. Cependant, malgré toutes ces mesures, le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) est en augmentation ces dernières années chez les moins de 20 ans, pour lesquelles on a compté en 2006 près de 13 500 IVG.

Mon stage au centre de planification de Briey m'a permis de me rendre compte du nombre important de jeunes filles qui se rendent dans cet endroit pour se procurer leur contraception ou une contraception d'urgence, pour effectuer un test de grossesse ou pour parler, tout simplement. Mais ce qui m'a vraiment conforté dans mon idée de travailler sur le thème de la contraception chez les adolescentes, c'est de voir la détresse de ces jeunes filles lorsqu'elles sont amenées à faire une démarche d'IVG, sachant par mon expérience d'étudiante sage-femme, les séquelles psychologiques que cela peut laisser bien des années après, dans la vie d'une femme.

Pour toutes ces raisons, j'ai voulu travailler sur les difficultés encore rencontrées par les adolescentes lorsqu'elles se préoccupent de leur contraception, alors que tout semble être mis en œuvre par les autorités de santé, qui ont fait de la contraception chez les jeunes, un enjeu de santé publique.

Après quelques généralités sur la sexualité à l'adolescence, je poursuivrai en vous présentant les modalités de mon enquête réalisée auprès de 131 adolescentes et les résultats qui en découlent. Enfin, je discuterai les résultats obtenus pour proposer quelques pistes de travail qui nous permettraient en tant que professionnels de santé de mieux accompagner ces jeunes filles et ces jeunes couples dans leurs démarches au quotidien.

PREMIERE PARTIE :

Être adolescente et vivre sa sexualité

1. L'ADOLESCENCE, UNE PERIODE DE TRANSITION

L'adolescence est une période charnière dans la vie d'une jeune fille. On a coutume de parler de « crise d'adolescence » car elle représente une réelle rupture avec l'enfance. En effet le processus de l'adolescence inclut à la fois une dimension biologique avec l'entrée dans la puberté et l'acquisition de la maturité sexuelle et une dimension sociologique avec le passage du statut d'enfant à celui d'adulte.

1.1. Un corps qui change...

Le mot puberté vient du latin *pubescere* qui signifie se couvrir de poils. Cette période de transformation concerne aussi bien les filles que les garçons. Elle aboutit à l'acquisition de la fonction de reproduction.

Le déclenchement de la puberté est sous la dépendance de l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadique. L'hypothalamus sécrète la GnRH qui va permettre la libération de la sécrétion hypophysaire de LH et FSH qui à leur tour stimulent le développement des sécrétions ovariennes. Cette phase d'activation porte également le nom de ADRENARCHE/ GONADARCHE. [5]

Les ovaires vont donc commencer à fabriquer les œstrogènes responsables du développement des organes sexuels primaires et secondaires :

- Le volume ovarien passe d'environ 0,5 cm³ à 4,0 cm³ en post-puberté.
- L'utérus qui présentait une forme tubulaire, avec le col et l'isthme représentant les 2/3 du volume utérin, va augmenter de volume et prendre un aspect en « poire ».

De cette imprégnation hormonale va résulter l'apparition des premiers cycles menstruels, qui surviennent quelques mois après les premiers signes de puberté. Ils sont souvent anovulatoires jusqu'à la fin du développement pubertaire. L'âge des premières règles a fortement diminué depuis ces deux derniers siècles. En effet, il est passé de 16-18 ans en 1800, à 12-13 ans en moyenne actuellement. [26]

James Mourilyan Tanner, un pédiatre britannique, a proposé dans les années 1920 une échelle de mesure du développement pubertaire s'appliquant aux filles et aux garçons, encore utilisée actuellement (cf. ANNEXE I).

Les seins jouent à la fois un rôle attractif, esthétique, érotique et sexuel, c'est pourquoi ils peuvent être source de complexes chez les jeunes filles.

Lors de la puberté, on assiste également à une accélération de la croissance staturo-pondérale. Chez la fille, les 90% du capital minéral osseux sont atteints à la fin de la puberté. Dans les deux sexes, les œstrogènes sont nécessaires à la minéralisation du tissu osseux. Tout déficit en œstrogènes pourrait avoir pour conséquence une ostéoporose précoce.

80 % des adolescents sont touchés par l'acné. Cette acné est due à des modifications de la peau causée par les variations hormonales. Cette acné peut évoluer par poussées, déclenchées par une exposition au soleil, le cycle menstruel ou l'application de certains cosmétiques. Souvent mal vécue par les adolescents, cette acné doit être soignée. Pour cela, plusieurs mesures:

- une bonne hygiène au quotidien
- des traitements locaux, en crème, gel ou lotion
- des traitements hormonaux ou des antibiotiques lorsque l'acné est sévère. L'isotrétinoïne connue sous le nom de ROACCUTANE® est un antibiotique pouvant être proposé. Du fait de son importante tératogénicité, il impose l'instauration d'une contraception efficace durant toute la durée du traitement. DIANE 35® peut être instaurée afin d'éliminer la sécrétion de l'hormone mâle responsable de la sécrétion de sébum au niveau de la peau et ainsi diminuer l'acné. Cependant il convient d'être vigilant car DIANE 35® ou son générique HOLGYEME ® n'ont pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en tant que pilule contraceptive, bien qu'elles en aient le même fonctionnement. De ce fait, une sage-femme ne peut donc pas les prescrire. Par contre, d'autres pilules comme TRICILEST® ou TRIAFEMI®, connues pour leur action faiblement androgénique peuvent être prescrites par la sage-femme.

Tous ces bouleversements corporels ne sont pas sans effets sur le psychisme des adolescents.

1.2. ...et une manière de penser qui évolue

WINNICOTT disait : « *ceux qui explorent la psychologie doivent d'abord savoir que l'adolescent-garçon ou fille-ne désire pas être compris* » [6]

Les adolescents doivent s'approprier ce nouveau corps et renoncer à celui de leur enfance. Une impression angoissante, celle que ce corps leur est devenu étranger, peut quelquefois être ressentie. Ils passent beaucoup de temps à s'observer et à observer les autres. Par le biais des vêtements, de la coiffure, le corps est un moyen d'expression symbolique des conflits avec le monde extérieur et celui des adultes en particulier. [1]

Il arrive parfois qu'ils poussent ce corps à l'extrême pour le mettre à l'épreuve, pour connaître ses limites et ses potentialités. La consommation d'alcool, de tabac ou de drogue, l'anorexie ou la boulimie à cette période en sont le reflet. [3] D'après une étude menée en 2008 par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 59,8 % des jeunes de 17 ans interrogés déclarent avoir déjà été ivres.

C'est la quête d'une nouvelle identité, à la fois en continuité avec celle de l'enfance et en rupture avec celle qui commence, s'accompagnant souvent d'un rejet de l'autorité parentale. Ils ont souvent le sentiment d'être en rupture avec le monde qui les entoure. Les relations avec l'entourage, et en particulier avec les parents, sont ainsi redéfinies. [10]

La puberté est le premier pas vers le monde des adultes où le corps sexué devient sexuel. Nous allons maintenant voir de quelles manières les adolescents sont accompagnés dans l'entrée dans la sexualité.

2. L'ADOLESCENTE FACE A SA SEXUALITE

2.1. L'entrée dans la sexualité

❖ La majorité sexuelle

Depuis 1945, l'Etat français protège spécialement les mineurs, jugés trop jeunes pour évaluer les conséquences de leurs actes, par une loi fixant la majorité sexuelle à 15 ans. L'individu qui a atteint cet âge peut avoir des rapports sexuels, s'il y consent. Dans le cas où la personne est non consentante, il s'agit d'un abus sexuel sur mineur dont on distingue trois degrés différents :

- l'atteinte sexuelle : le défaut de consentement n'entre pas en compte. Il s'agit d'atteinte sur mineur de moins de 15 ans, notamment dans les actes pédophiles.
- l'agression sexuelle : absence de consentement de la victime et concerne tout acte accompli dans un but sexuel (tels que les attouchements...)
- le viol : défini comme une pénétration vaginale, anale ou buccale sans consentement, commise avec violence, agressivité, menace ou contrainte.

Les atteintes et agressions sont des délits jugés devant un tribunal correctionnel et le viol est un crime jugé devant un tribunal pénal.

Dans la pensée courante, le détournement de mineur est souvent confondu avec les questions de relations sexuelles entre majeurs et mineurs, ce qui est faux car il représente le fait de soustraire un mineur aux adultes ayant autorité sur lui.

❖ L'âge du premier rapport sexuel

L'âge du premier rapport sexuel a fortement baissé ces 20 dernières années. En effet avant les années 1960-1970, il était très mal vu par la Société et interdit par la religion, d'avoir des relations sexuelles et un enfant hors mariage. Toute contraception était interdite, les jeunes femmes devaient attendre d'être mariées avant d'avoir des relations sexuelles. Leur premier partenaire sexuel devenait généralement leur époux. Cela explique le fait que dans les années 50, l'âge moyen du premier rapport sexuel était de 20,6 ans pour les femmes et 18,7 ans pour les hommes.

Avec la légalisation de la contraception suite à la loi Neuwirth en 1967, un clivage total apparaît entre vie sexuelle et vie conjugale. Cela explique une baisse de l'âge moyen du premier rapport sexuel à partir des années 1960-1970, avec un écart se resserrant entre hommes et femmes.

L'âge moyen du premier rapport sexuel s'est stabilisé durant ces vingt dernières années, à 17,6 ans pour les filles et à 17,2 ans pour les garçons. [25]

❖ *Les caractéristiques spécifiques de la sexualité des adolescents*

C'est une erreur de croire que l'entrée dans la sexualité débute par le premier coït. Dans son œuvre *Trois essais sur la sexualité*, Freud nous expose la théorie selon laquelle il y aurait une sexualité infantile dominée par le complexe d'Oedipe où la masturbation est déjà présente. Cette sexualité serait mise en suspens pendant la période de latence pour être réveillée pendant la puberté. A la puberté, le corps sexué devient sexuel et donne accès à la génitalité. La sexualité se fait agissante, verbalement, gestuellement. [16]

Pour certains adolescents, l'entrée dans la sexualité se fait par le virtuel et non plus par le vécu. En effet, d'après une enquête menée en 2003 par le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, 80 % des garçons entre 14 et 18 ans et 45 % des filles du même âge déclarent avoir vu au moins une fois un film pornographique durant l'année passée. Si les filles l'ont vu principalement à la télévision, les garçons l'ont visionné aussi bien par des vidéos et/ou sur internet. Ainsi, la pornographie a créé une sexualité virtuelle et bouscule leurs repères. C'est pourquoi certains adolescents doutent, prennent modèle sur ce qu'ils ont vu et essaient de transposer ces images pour leur propres expériences. [32]

Les jeunes n'ont pas forcément conscience que la relation sexuelle est multidimensionnelle : la génitalité est une des expressions possibles, mais elle n'est pas l'unique expression. [2]

Qui dit relations sexuelles, dit également prévention d'une grossesse non désirée et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Dans le chapitre qui suit, nous allons maintenant nous intéresser à la contraception de l'adolescente.

2.2. L'adolescente et sa contraception

2.2.1. La première demande de contraception

Cette demande peut être motivée par des règles douloureuses ou une acné importante, pour lesquelles l'instauration d'une contraception peut être une solution. Elle coïncide souvent avec la première consultation gynécologique.

Celle-ci peut être réalisée par une sage-femme travaillant dans un CPEF, par un gynécologue ou un médecin généraliste. Depuis la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » (HPST) du 29 juillet 2009 élargissant les compétences des sages-femmes, les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention peuvent être réalisées par une sage-femme, sous réserve que celle-ci adresse sa patiente à un médecin en cas de situation pathologique (cf ANNEXE II et III). [26]

Les situations des jeunes filles sont toutes différentes et multiples. Hormis l'aspect médical de cette consultation, il y a une composante relationnelle à ne pas négliger [18]. Les adolescentes ont besoin de se sentir en confiance pour pouvoir parler librement. C'est pourquoi il est conseillé qu'elles soient reçues seules, sans leurs parents, si ces derniers l'accompagnent dans sa démarche [19]. Depuis 2001, la loi dispense le prescripteur de notifier aux parents qu'une prescription contraceptive a été faite à une mineure.

Pour les jeunes filles, cette première consultation n'est pas qu'une simple formalité, elle représente un véritable rituel de passage pour entrer dans la vie de femme. Cela entre dans le processus d'identification à leur mère.

L'OMS propose une trame à suivre pour le déroulement type d'une consultation contraception et pour son suivi. Ce modèle appelé **BERCER**, se déroule en 6 étapes que voici : **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignement, **C**hoix, **E**xplication et **R**etour. [15][22]

- ❖ **BIENVENUE** : Accueillir la jeune fille seule, se présenter mutuellement, favoriser une relation d'équivalence et de confiance. Assurer la confidentialité de l'entretien et des suivants. Expliquer les objectifs et le déroulement de la séance. Permettre à la jeune fille de formuler sa demande.

- ❖ **ENTRETIEN** : qui nous permet de définir la situation actuelle de la patiente. Est-ce qu'il s'agit d'une demande avant toute relation sexuelle ou la jeune fille a-t-elle déjà une activité sexuelle ? Puis l'entretien nous permet de connaître mieux la jeune fille : son cadre de vie (relation avec les parents, fratrie), sa scolarité ou sa situation professionnelle. Il nous renseigne également sur ses habitudes : consommation de tabac ou éventuelle toxicomanie. Puis dans un deuxième temps, demander à la patiente ses connaissances en matière de contraception, lui permettre d'évoquer ses craintes...

- ❖ **RENSEIGNEMENTS** : On réalise une anamnèse pour faire le point sur ses antécédents médicaux (évoquer les vaccins notamment HPV), les antécédents chirurgicaux, gynécologiques (âge des premières règles, durée des cycles, abondance des règles, dysménorrhée, dyspareunie...), les antécédents familiaux. Un examen clinique est ensuite réalisé : pesée, taille et calcul de l'Indice de Masse Corporel (IMC), prise de la tension artérielle et du pouls. L'examen gynécologique et celui des seins ne sont pas systématiques lors de la première consultation. Bien au contraire, il est préférable qu'il soit reporté car il représente toujours une appréhension pour les jeunes filles. D'autre part s'il n'y a jamais eu de relation sexuelle avec pénétration, l'examen gynécologique n'a pas lieu d'être fait.

- ❖ **CHOIX** : les différentes méthodes de contraception possibles et adaptées à son cas sont exposées. Le choix se fait entre ce que le professionnel pense être le mieux adapté pour la patiente et ce qu'elle même pense être le mieux pour elle. Il faut donc aborder la protection des IST, la contraception d'urgence, les effets bénéfiques et secondaires des œstrogènes ou des micro-progestatifs, l'action des différents moyens contraceptifs sur le corps et leur réversibilité, l'aspect financier (remboursement ou non).

- ❖ **EXPLICATION** : une fois la méthode choisie, on explique la prise en continue (plaquette de pilules présentée et expliquée), on effectue une démonstration ou un apprentissage avec manipulation (anneau ou patch). Les possibilités de rattrapage en cas de problèmes ou d'oublis sont exposées. Les effets secondaires de la contraception sur le corps (possibilité d'apparition de céphalées, de prise de poids, tension mammaire, règles moins abondantes...) sont évoqués.

- ❖ **RETOUR** : planifier la consultation suivante afin d'établir un suivi régulier et rapproché, pour permettre une réévaluation de la méthode choisie, de voir si elle convient à la jeune fille et si elle est suffisamment bien adaptée à son mode de vie. Répondre aux problèmes rencontrés. Un examen gynécologique pourra alors être réalisé : la pose d'un spéculum permet de visualiser le col de l'utérus et de pratiquer un frottis cervico-vaginal (FCV). Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), un FCV doit être réalisé tous les 3 ans après deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle chez les femmes asymptomatiques ayant une activité sexuelle. Enfin un toucher vaginal permettra d'apprécier l'utérus et ses annexes. Un examen biologique sanguin devra être réalisé 3 mois après la mise en place d'une contraception hormonale afin d'évaluer l'adaptation glucidique et métabolique du corps. Si cet examen est normal, il est recommandé de le contrôler à nouveau tous les 5 ans.

2.2.2. Une contraception adaptée aux adolescentes

- ❖ **Le préservatif [9]**

Selon le Baromètre santé de 2005, le préservatif est utilisé par 20 % des 15-19 ans utilisant une méthode contraceptive. Qu'il soit masculin ou féminin, il reste le seul moyen contraceptif protégeant également contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Son indice de Pearl va de 2 à 15 % pour le préservatif masculin et de 5 à 25 % pour le préservatif féminin. Les principaux échecs de protection sont souvent dus à une mauvaise connaissance de ce dispositif et par conséquent, à une mauvaise pose. Il paraît donc nécessaire de faire passer un message surtout auprès des jeunes, conseillant un apprentissage préalable de la pose et de renseigner sur les précautions d'utilisation. Le fait de s'être entraîné réduit le temps de pose qui souvent parasite et interrompt le rapport sexuel. Les filles doivent être capables de l'imposer à leur partenaire sans avoir peur de paraître ridicule ou de voir leur relation prendre fin.

Distribués gratuitement dans les CPEF et par certaines infirmières scolaires, leurs prix varient de 0,23 à 1 € pièce dans les grandes surfaces ou en pharmacie.

❖ *La pilule*

Selon le Baromètre santé de 2005, la pilule est utilisée par 80 % des 15-19 ans utilisant un moyen de contraception.

D'après les recommandations de l'HAS, la pilule de première intention, en l'absence de contre-indications, est une pilule œstroprogestative. Le *British Medical Journal* a publié une étude selon laquelle les pilules de 2^{ème} génération au lévonorgestrel seraient moins thrombogènes que les pilules de 3^{ème} génération. [11] C'est un élément non négligeable à prendre en compte étant donné que de nombreuses jeunes filles de 12 à 17 ans sont addictes au tabac.

Le mode d'emploi précis de la plaquette doit être expliqué. Il est important d'insister sur une prise régulière (l'associer à un geste quotidien comme le repas du soir, le coucher...). Les pilules à prendre en continu, c'est-à-dire 28 comprimés avec des placébos en fin de plaquette semblent totalement indiquées aux jeunes filles commençant une contraception. En effet, une prise quotidienne, sans interruption, diminue le risque d'oubli lié à la reprise. La tolérance de retard de prise et la gestion de l'oubli de plus de 12H doivent être expliquées. [21]

Les pilules micro-progestatives ne sont prescrites qu'en seconde intention, et concernent les femmes qui présentent des contre-indications aux œstroprogestatifs (cardiovasculaires, tabagisme important....)

Concernant le remboursement des pilules, la plupart des pilules de 2^{ème} génération sont remboursées à hauteur de 65% par la Sécurité Sociale alors que seules deux pilules de 3^{ème} génération le sont : il s'agit de VARNOLINE CONTINUE® et DESOBEL GE®.

❖ *Les autres méthodes [9]*

Le **patch œstroprogestatif EVRA®** peut également être conseillé aux adolescentes. Il peut convenir à toutes celles qui souhaiteraient un moyen plus simple qu'une prise quotidienne de pilule ou aux jeunes filles qui auraient tendance à l'oublier. Il a également l'avantage d'être discret (peut être posé sur tout le corps à l'exception de

la poitrine). Il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale et son coût avoisine les 15€/mois.

L'anneau vaginal NUVARING® n'est pas conseillé en première intention. Sa pose intra-vaginale peut déstabiliser les jeunes filles qui découvrent leur corps sous l'angle de la génitalité. Cependant il peut être une alternative à celles qui auraient tendance à oublier la prise quotidienne d'une pilule. Il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale et son coût avoisine les 15€/mois.

L'implant progestatif IMPLANON® a de nombreux effets secondaires : la perturbation des cycles menstruels, soit en supprimant les règles, soit en créant des spotting continus, de possibles poussées d'acné et une prise de poids. Il n'est donc pas conseillé en première intention. Il est remboursé par la Sécurité Sociale à hauteur de 65%.

Les DIU peuvent maintenant être proposés aux nullipares dès lors que les risques infectieux et de grossesses extra-utérines ont été écartés. Le risque d'IST est majoré par un nombre de partenaires sexuels différents.

Les méthodes dites naturelles, comme le retrait ou la méthode des températures sont vivement déconseillées aux jeunes filles du fait de leur taux d'échecs importants.

❖ *La contraception d'urgence, une méthode de rattrapage* [13][20]

On l'appelle aussi « contraception post-coïtale » et par abus de langage « pilule du lendemain ». Elle s'adresse à toutes les femmes ayant eu un rapport sexuel non ou mal protégé et ne souhaitant pas de grossesse. Actuellement, il existe deux types de contraception d'urgence :

- La méthode hormonale :

Il s'agit du NORLEVO®, un comprimé unique de 1,5 mg de lévonorgestrel. Il est à prendre le plus rapidement possible, dans les 72H suivant un rapport sexuel non ou mal protégé. Son efficacité décroît dans le temps : elle est de 95% si la prise est dans les 12H, de 85% si la prise est dans les 48H et de 58% si la prise est dans les 72H.

Peu d'effets secondaires ont été observés hormis quelques spotting ou nausées. Il n'y a aucune contre-indication à sa prise. Pour les jeunes filles mineures, il est délivré gratuitement en pharmacie, sans prescription médicale, ou auprès de l'infirmière scolaire ou le CPEF.

Depuis octobre 2009, une nouvelle contraception d'urgence a eu l'AMM. Il s'agit d'ELLAONE®, un comprimé de 30 mg d'ulipristal d'acétate qui se prend en prise unique jusqu'à 5 jours (120 H) suivant un rapport non ou mal protégé. Son mécanisme d'action inhibe ou retarde l'ovulation. D'après les résultats d'une méta-analyse publiée par ULMANN A. et al en septembre 2009 [17]:

- ELLAONE® est presque trois fois plus efficace que le Norlevo si elle est prise dans les 24 heures suivant un rapport sexuel non protégé
- Elle est deux fois plus efficace si elle est prise dans les 72 heures suivant un rapport sexuel non protégé
- L'efficacité d'ELLAONE® est suffisante et maintenue jusqu'à 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé, ce qui correspond à la durée de vie des spermatozoïdes.

Sa tolérance et ses effets secondaires sont identiques au NORLEVO®. Sa seule contre-indication est la grossesse. Elle est délivrée gratuitement dans les CPEF, mais nécessite une prescription médicale.

Dans les années 80, il existait la méthode YUZPE qui consistait à prendre 2 comprimés, associant œstrogènes et progestérone, à 12H d'intervalle. Comme il a été démontré que cette méthode présentait une efficacité moindre et des effets secondaires plus importants que le NORLEVO®, elle n'est plus utilisée en France. [12]

- La méthode mécanique, le dispositif intra-utérin :

Il doit être posé dans les 5 jours suivants un rapport non ou mal protégé. Son efficacité est excellente, seulement 0,1 à 0,2% d'échec. Son seul inconvénient est le

risque d'infection existant lors de la pose et en cas de partenaires multiples. Par conséquent, cette méthode est rarement appliquée à des adolescentes.

2.2.3. Les échecs de contraception chez les jeunes filles [4][31]

En 2006, on a compté près de 13 500 IVG chez des jeunes filles mineures.

Ces trente dernières années le nombre de femmes ayant recours à une IVG reste stable et avoisine les 210 000. Cependant, ce nombre est en augmentation dans la classe d'âge des jeunes filles mineures. D'après une étude menée par la DRESS, il est de 11,5 pour 1000 jeunes filles en 2006 et augmente de 1% chaque année. [23]

Avoir le réflexe contraceptif n'est pas une chose facile à l'adolescence ; plusieurs facteurs peuvent expliquer cela :

❖ L'absence totale de méthode contraceptive

Certaines croyances entretiennent l'ignorance d'un risque de grossesse : « on ne peut pas être enceinte à la première relation sexuelle, ni si les rapports ont lieu durant les menstruations, ou si le garçon pratique la méthode du retrait ». D'autres pensent que le fait d'utiliser une méthode contraceptive peut rendre stérile...

La crainte de la survenue d'effets indésirables (prise de poids, céphalée, acné, spotting...) peut être une cause non négligeable de non utilisation d'une méthode chez les jeunes.

Il ne faut pas écarter le poids des religions aussi bien catholique, musulmane ou juive, qui s'opposent à toute utilisation de méthode contraceptive.

Malgré le remboursement de quelques pilules contraceptives, le coût de certaines méthodes peut décourager les adolescentes, souvent encore dépendantes financièrement de leur parents.

Elles n'ont pas toujours conscience de leur sexualité et du fait d'un rapport sexuel peut être fécondant, c'est pourquoi, elles s'en remettent à la chance.

❖ L'absence ponctuelle d'une contraception

Le mode de vie des adolescentes est un paramètre important à prendre en compte dans les échecs de contraception que l'on rencontre.

En effet, à cet âge les relations sexuelles sont imprévisibles, ne laissent pas toujours le temps de penser à une contraception ou de s'organiser. La relation sexuelle est rarement programmée, les relations amoureuses peuvent être instables et le nombre de partenaires variable. Il arrive parfois que la contraception soit arrêtée suite à une histoire difficile ou à une déception sentimentale et non reprise lorsqu'une nouvelle histoire débute.

D'autre part, le manque d'estime et de confiance en soi favorise le consentement à une relation sexuelle non protégée. Ainsi, il est fréquent que la jeune fille craigne le rejet de son partenaire si elle refuse d'avoir des relations sexuelles ou si elle insiste pour utiliser le préservatif. Cela relève d'une non communication avec le partenaire ou de l'absence de son soutien. Cette configuration peut également se retrouver lorsque la différence d'âge avec le partenaire est importante.

Prendre la pilule tous les jours demande une grande discipline, surtout lorsque les relations sexuelles sont très sporadiques. Même si l'utilisation de la pilule est facile, l'oubli est courant chez les adolescentes et cela d'autant plus si ce ne sont pas des plaquettes de 28 comprimés. De plus, l'observance dépend de la motivation de la personne à adopter cette méthode contraceptive.

Enfin, l'ambivalence sexualité /fertilité /maternité est sûrement la variable la plus importante à prendre en compte pour expliquer le nombre de grossesse et d'IVG chez les 15-20 ans. Le fantasme de grossesse est présent chez beaucoup de jeunes filles, elles testent leur fertilité. Toutes ces pensées font partie du processus de maturation et par opposition, les garçons ne se demandent pas s'ils sont féconds.

En conclusion, le soignant a le devoir d'adapter sa prescription à chaque patiente, en tenant compte des motivations de celle-ci vis-à-vis de la contraception et de son mode de vie afin d'être le plus adaptée possible. L'entretien doit donc s'étendre au-delà des critères purement médicaux.

3. ENTRE INFORMATION ET EDUCATION A LA SEXUALITE

Ces dernières années en France, la sexualité des jeunes est devenue une préoccupation majeure dans le domaine de la santé publique. De ce fait, elle fait l'objet d'une attention grandissante et donne lieu à de nombreux débats. Longtemps taboue, la sexualité des jeunes est aujourd'hui mise en exergue par de nombreuses actions à visée préventive.

3.1. Quelle place pour les parents ? [7]

En tant que parents, ils ont un rôle prépondérant à jouer dans la préparation de la vie future de leurs enfants. Avec les autres adultes faisant partie du groupe familial (grands-parents, tantes, famille recomposée...), ils doivent pouvoir servir de point d'appui, de repère, instaurant un cadre suffisamment souple permettant l'installation d'une confiance mutuelle. Cette éducation parentale doit développer certaines valeurs et poser certaines normes, entre-autres, l'interdit de l'inceste, le respect de soi-même, de son corps, et de l'autre.

La sexualité des adolescents est difficilement tolérée et reconnue par les parents. Souvent trop précoce à leurs yeux, elle dérange et reste donc interdite et taboue. Le déni de la sexualité des jeunes ne se limite pas aux seules populations issues de l'immigration ou de religion musulmane. La non-reconnaissance de cette sexualité est un facteur de risque supplémentaire dans la mesure où la dissimulation d'une vie sexuelle clandestine ne favorise évidemment pas la pratique contraceptive, ni les comportements de prévention. Plaquettes de pilules dissimulées ou confiées à une amie ou au petit-ami sont des exemples expliquant des échecs de contraception.

Lorsqu'un dialogue sur la sexualité a lieu au sein du groupe familial, il se limite bien souvent à un discours de prévention vis-à-vis du risque de grossesse et de transmissions d'IST.

L'éducation sexuelle, ne doit pas heurter les familles ou froisser les convictions de chacun, mais elles doivent s'impliquer dans cette éducation, pour la comprendre et accompagner celle dispensée par l'Education Nationale.

3.2. Le rôle de l'Éducation Nationale

L'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social, juridique et médiatique dans le domaine de la sexualité ont conduit les pouvoirs publics à développer l'information et l'éducation sexuelle en milieu scolaire. L'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves ainsi qu'à la construction de leur vie future de citoyen responsable. [14]

Aux origines, c'était la religion qui dictait les lignes de conduite : interdit de l'inceste, de l'adultère, de l'homosexualité... Puis, au cours du temps, l'hygiène sexuelle s'est développée, l'anatomie est apprise sur des planches où le sexe est illustré.

Petit à petit, des cours et des séances d'informations sur la sexualité sont institutionnalisés en milieu scolaire. A partir de 1986, l'épidémie du SIDA va bouleverser l'approche de la sexualité dans notre société.

En 1998 une circulaire prévoit un enseignement de 2 heures minimum par an pour les classes de 4^{ème} et 3^{ème}.

Enfin, l'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 inscrit dans le Code de l'éducation et son décret d'application du 3 février 2003 instaure « *une information et une éducation à la sexualité devant être dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène* » [26] (cf ANNEXE IV). Cette disposition légale souligne le passage de l'information à l'éducation à la sexualité. Ce n'est plus la simple information scientifique, mais une éducation globale. Elle systématise la démarche d'éducation à la sexualité de l'enseignement élémentaire à l'enseignement supérieur. [23][27]

Ces séances peuvent être réalisées par différents intervenants: l'infirmière scolaire, des sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou de CPEF, des étudiants sages-femmes, des médecins...

L'éducation sexuelle est indissociable des connaissances du corps humain, de sa physiologie et du respect de l'autre. Ainsi toutes les matières, telles que l'éducation civique, l'histoire, la philosophie, et plus spécifiquement les Sciences et Vie de la Terre concourent à cette éducation. Il convient juste de les articuler de façon à établir une continuité par des liens logiques. [14]

3.3. Un lieu spécialement adapté, le Centre de Planification et d'Éducation Familial (CPEF)

Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale sont des lieux qui informent et qui mettent à disposition les moyens permettant un contrôle des naissances. Ils devraient servir de pilier dans la prévention des grossesses non désirées chez les mineures. Il ne faut pas confondre ces centres avec le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) qui est une association militante pour le droit à la contraception et à l'I.V.G.

Ces centres s'adressent aux personnes majeures, et mineures ainsi qu'aux couples. La gratuité des consultations et des frais de laboratoire est assurée pour les mineurs, les jeunes de moins de 20 ans dépendant du régime de Sécurité Sociale de leurs parents mais souhaitant garder l'anonymat, les étudiants et les personnes ne bénéficiant d'aucun titre de prestation d'assurance maladie.

L'accès à la contraception a été autorisé par la loi Neuwirth de décembre 1967. Cette loi permet la vente des produits contraceptifs, mais uniquement pour les femmes majeures (21 ans à l'époque), pour les mineures il fallait l'autorisation de l'un des deux parents. La création des centres de planification rentre en vigueur avec le décret d'application de la loi Neuwirth en 1972. En 1974, la majorité est abaissée à 18 ans. Les centres de planification sont autorisés à délivrer gratuitement des contraceptifs aux mineures sans l'autorisation des parents. La loi de janvier 1975, dite Loi Veil, en autorisant l'IVG donne tout son sens à cette structure en favorisant un travail d'écoute et de prévention avec une équipe pluridisciplinaire.

Les CPEF sont régis par le code de santé publique et sont sous la gestion du Conseil Général du département dans lequel ils sont situés (cf ANNEXE V). Le financement de ces centres est assuré grâce à des enveloppes budgétaires attribuées annuellement par les conseils généraux. Des statistiques établies annuellement permettent de rendre compte de l'activité des CPEF et donc de calculer le montant de l'enveloppe nécessaire à son fonctionnement.[26]

On y retrouve un directeur qui est un médecin spécialisé en gynécologie ou non, des sages-femmes pouvant posséder un DU de contraception, une conseillère familiale et conjugale (qui peut être une sage-femme), une secrétaire pour un travail d'accueil important et parfois un psychologue et/ou une assistante sociale rattachés.

A quoi servent ces centres ?

- Diffuser des d'informations concernant la planification familiale, le fonctionnement du corps féminin et masculin, du cycle menstruel, de la fécondité, de la contraception, de la contraception d'urgence, des I.V.G., et sur la prévention des I.S.T.
- Se procurer un moyen de contraception
- Mettre en place un suivi gynécologique régulier incluant un examen clinique et des dépistages (frottis cervicaux-vaginaux, IST...)
- Diagnostiquer une grossesse.
- Réaliser un entretien précédant une IVG et permettre l'orientation vers un établissement les réalisant.

Toutes les personnes travaillant au sein d'un CPEF sont tenues au secret professionnel et peuvent garantir l'anonymat si la personne consultante le souhaite.

3.4. Une politique de santé spécifique pour un public ciblé

Plusieurs campagnes nationales d'informations sur la contraception ont déjà été menées dont voici un récapitulatif : [23]

- En 1981-1982 : « *La contraception est un droit fondamental* ». C'est la première campagne grand public avec pour objectif d'affirmer le droit des femmes.

- En 1992 : « *La contraception, ça devient simple quand on en parle* »
- En 2000 : « *La contraception, à vous de choisir la vôtre* », visant à informer sur les différents modes de contraception
- En 2002 : « *La contraception, ne laissez pas l'imprévu décider à votre place* » dans le but de poursuivre l'effort de sensibilisation.

Enfin, la dernière campagne de prévention de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), organisée selon un mode triennal, a été lancée le 15 septembre 2007 avec pour slogan : « *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit* ». [24] Elle a été relancée en 2008 avec « *Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous* ». Pour cela le dispositif se composait de :

- Un spot TV, pour être vu par un plus grand nombre, également diffusé au cinéma, avec pour message « il y a plein de façon de s'aimer, il y a plein de moyens de contraception »
- Une campagne radio avec quatre spots différents émis sur les stations générales et jeunes (Skyrock, Fun radio...)
- La création d'un site internet référent sur la contraception : www.choisirsacontraception.com expliquant les différents modes de contraception, des questions-réponses sur la sexualité...

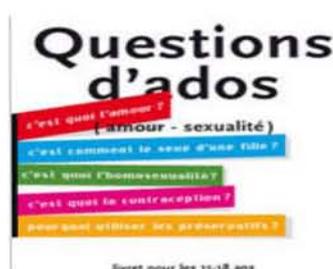


- Un numéro gratuit depuis une ligne fixe : 0 800 235 236 ou 3224 depuis un portable. Il s'agit de la plate-forme du réseau FilSantéJeunes, ouverte 7jours/7 de 8h à minuit. Cette ligne téléphonique est gérée par une équipe de médecins, de psychologues, de juristes et de conseillères familiales et conjugales habitués à répondre aux questions des jeunes sur les thèmes de la sexualité, la santé...

- Une brochure éditée par l'INPES constituant un mémo délivrant des informations pratiques sur les différentes méthodes contraceptives, leur mode d'utilisation, leur coût, les lieux où se les procurer.



- Le petit livret « Questions d'ados » abordant la contraception, les I.S.T, la sexualité, les relations filles/garçons a été réactualisé.



En 2009, cette campagne a été relancée sous une forme différente, notamment avec des spots TV ou radio sur le thème « contraception : filles et garçons, tous concernés » mettant en scène des garçons face à une grossesse non désirée avec pour slogan « Faut-il que les hommes soient enceints pour qu'on se sente tous concernés ? ». La contraception ce n'est pas qu'une histoire de fille, mais de couple.

Depuis 2007, une Journée Mondiale de la Contraception (JMC) a été instaurée tous les 26 septembre avec chaque année un slogan différent. Cette journée s'adresse avant tout aux plus jeunes, pour les inviter à parler librement de contraception et a pour but essentiel de réduire le nombre de grossesses non désirées dans le monde. Voici un récapitulatif des différentes journées organisées :

- 2007 : « Vis ta vie avant d'en commencer une autre »



- 2008 : « Votre vie, votre corps, votre choix »



- 2009 : « Ta vie, ta voix, parlons contraception »



- 2010 : « Ta vie, ta responsabilité »



Les images précédentes sont issues du site : www.journee-mondiale-de-la-contraception.fr :

Récemment, le 2 février 2010, l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) a rendu public un rapport évaluant la loi du 4 juillet 2001 relative à l'I.V.G et à la contraception. Le rapport constate encore un manque d'information sur la sexualité et la contraception surtout auprès des jeunes. Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, alors ministre de la santé, a annoncé des mesures phares :

- Inscrire la prévention des grossesses non désirées et la prise en charge de l'IVG comme une composante à part entière de l'offre de soins et de prévention.
- Renforcer sur tout le territoire le réseau des centres de planification et d'éducation familiale qui constituent le pilier de la politique de prévention des grossesses non désirées, en particulier pour les mineures.
- Mettre en place un accès gratuit et anonyme à la contraception pour les mineures auprès des professionnels de santé volontaires, dans les zones dépourvues de centres de planification.

Les principales recommandations du rapport de l'IGAS concernant les missions sur la contraception et relatives à l'éducation à la sexualité, à l'information et à communication sont reprises en ANNEXE VI.

Par ailleurs, il a été instauré en région Poitou-Charentes par Madame Ségolène ROYAL, en novembre 2009, un « Pass contraception », gratuit, se présentant comme un chéquier avec des tickets. Le premier propose une consultation dans un centre de planification et d'éducation ou chez un médecin généraliste. Le deuxième, une prise de sang. Un autre propose une analyse médicale dans un laboratoire. Le quatrième est un billet délivrant un contraceptif du choix de l'élève. Ce chéquier est distribué par les infirmières scolaires dans les lycées, les médecins du travail dans les Centre de Formation d'Apprentis (CFA) et les directeurs dans les instituts de formation sanitaire ou sociale. Il devrait être mis en place en Ile-de-France début 2011.

Enfin, dans certaines régions, comme cela est le cas dans l'Hérault, un bus itinérant visite les zones à faible densité médicale par demi-journée. Ce bus est aménagé afin de pouvoir réaliser des consultations en toute discrétion, avec un espace réservé au dialogue en groupe. Ce sont les sages-femmes de PMI qui sillonnent les zones désertées afin de permettre aux jeunes de rencontrer facilement des professionnels de santé pour aborder des sujets très divers (sexualité, contraception et prévention des IST en particulier).

Cette première partie nous a permis d'une part, de mieux cerner les bouleversements liés à l'adolescence et d'autre part, de nous interroger sur la manière dont les jeunes sont sensibilisés à la contraception. Dans la suite de ce travail vont être exposés l'étude réalisée auprès de 131 adolescentes ainsi que les résultats obtenus.

DEUXIEME PARTIE :

Une étude menée auprès de 131 adolescentes

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. La problématique

Régulièrement, des campagnes de prévention en matière de contraception sont organisées ciblant surtout la tranche d'âge des 15-20 ans. Alors que les autorités de santé ont fait de la contraception chez les jeunes, un enjeu de santé publique, on peut se demander quelles difficultés les adolescentes rencontrent-elles pour obtenir une contraception ?

1.2. Les objectifs

L'enquête a pour but de :

- Démontrer la nécessité de réitérer des séances d'informations auprès des adolescents, tout au long de la scolarité, sur les thèmes de la sexualité et de la contraception.
- Mettre en évidence l'importance de l'existence et de la proximité d'un CPEF.
- Favoriser plus de rencontres entre sages-femmes et adolescents afin de leur permettre de dialoguer sur la sexualité et la contraception.

1.3. Les hypothèses

Plusieurs hypothèses ont été posées pour effectuer l'étude :

- Les adolescentes ont des notions erronées sur la manière de se procurer une contraception.
- La proximité d'un CPEF et la connaissance de ses missions influencent l'accès à une contraception pour les jeunes filles.
- Le dialogue au sein du groupe familial, sur les thèmes de la sexualité et de la contraception, facilite l'accès à une contraception.

1.4. Méthodologie

Afin de répondre à ces hypothèses, j'ai réalisé une étude s'échelonnant sur une période de cinq semaines, du 4 octobre au 8 novembre 2010.

❖ Lieux d'étude

L'étude s'est déroulée dans 4 lycées différents choisis volontairement en fonction de leur éloignement par rapport au CPEF le plus proche.

J'ai donc choisi deux lycées messins, situés tous deux à 30 minutes à pied du CPEF situé dans les locaux de l'Hôpital Maternité de Metz, ouvert du lundi au vendredi de 8H à 16H30 sans interruption. Il s'agit du lycée d'enseignement général L.VINCENT et du lycée professionnel A. FOURNIER

Les deux autres lycées sont :

- d'une part le lycée professionnel P. et M. CURIE de Freyming-Merlebach dont le CPEF le plus proche se situe à Forbach, c'est-à-dire à 10 km ; ses permanences d'ouverture sont le mardi de 9H à 12H et le jeudi de 9H à 16H.
- Et d'autre part, le lycée d'enseignement général F. MAYER de Creutzwald dont le CPEF le plus proche se situe à Saint-Avold, soit à 14 km.

❖ Outil d'enquête.

Les informations ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire distribué de manière aléatoire à des adolescentes, grâce à l'aide des infirmières scolaires des différents établissements scolaires. Les différents items sont :

- Caractéristiques de la population
- Le dialogue avec les parents
- Les CPEF
- La contraception
- La contraception d'urgence
- Les sources d'informations

Le questionnaire respectait l'anonymat des participantes.

131 questionnaires ont été répertoriés et exploités sur les 200 distribués au commencement de l'enquête, ce qui nous amène à un taux de réponse de 65,5 %.

Les élèves de Metz et de l'extérieur sont représentées en quantité égale :

- 64 questionnaires ont été complétés par des élèves fréquentant les lycées de Metz, soit 49%, nous parlerons du « groupe proche d'un CPEF »
- 67 questionnaires ont été complétés par des élèves de Creutzwald ou Freyming-Merlebach, soit 51%, représentant le « groupe éloigné d'un CPEF »

2. RESULTATS DE L'ENQUETE

2.1. Identité de la population

❖ Leur âge.

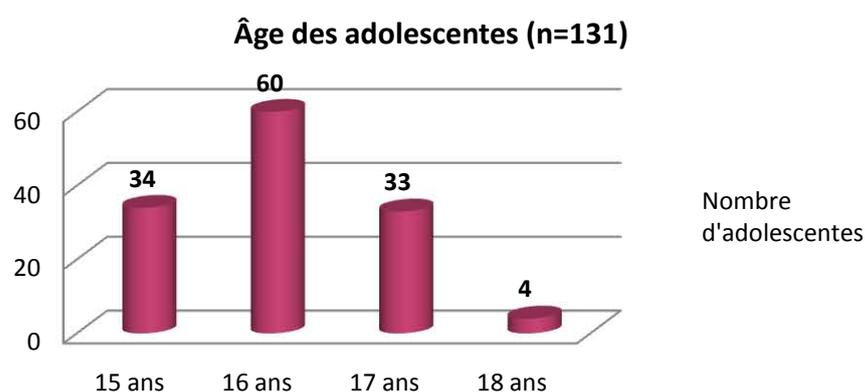


Figure N°1

Les jeunes filles ayant participé à l'enquête étaient âgées de 15 à 18 ans, avec une moyenne d'âge de l'échantillon de 16 ans.

❖ *Le type d'enseignement actuellement suivi.*

Niveau d'études (n=131)

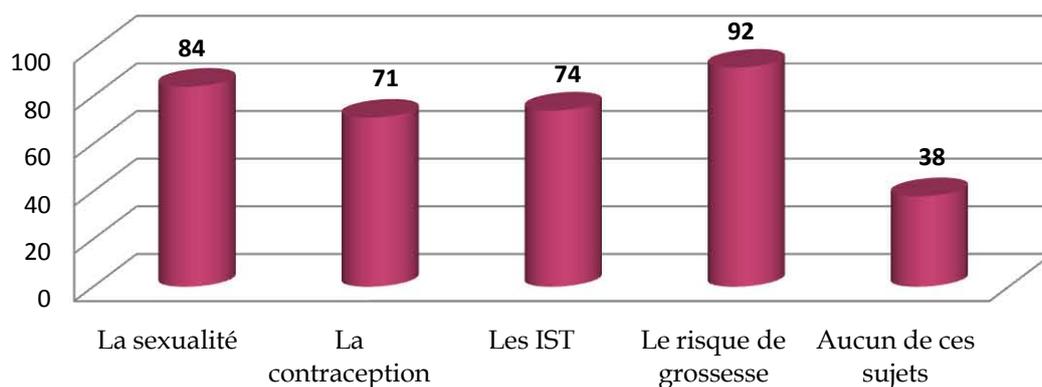
	20	Seconde
66	26	Première
		Terminale
	19	BEP/CAP

Figure N°2

Les jeunes filles étaient toutes scolarisées. La moitié suivait un enseignement général (seconde, première ou terminale générale) et l'autre moitié suivait un enseignement professionnel (type CAP ou BEP).

2.2. Le dialogue avec les parents

❖ *Les thèmes abordés*



Nombres d'adolescentes qui ont abordés ces thèmes (n=131)

Figure N°3

Parmi les adolescentes interrogées, 29%, soit un peu plus d'un quart, n'ont jamais abordé ces thèmes avec leurs parents.

❖ *Les personnes avec qui ces thèmes sont le plus aisément abordés*

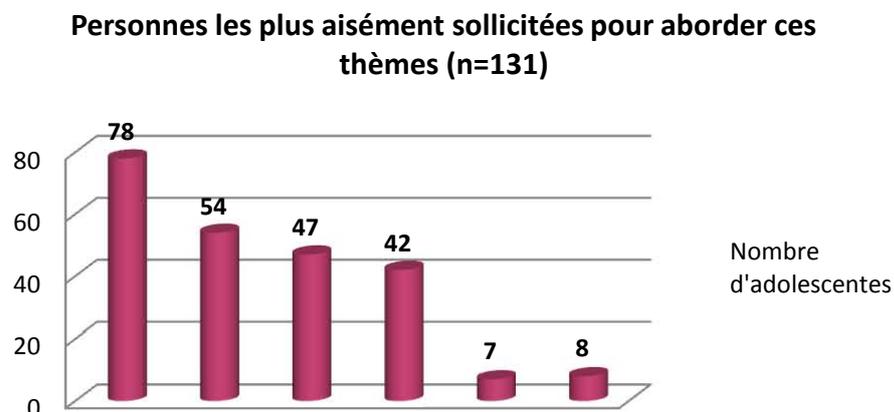


Figure N°4

8 personnes ont cité d'autres personnes de leur entourage : la grand-mère, les cousines, les tantes, la belle-mère

❖ *L'envie d'en parler avec sa famille*

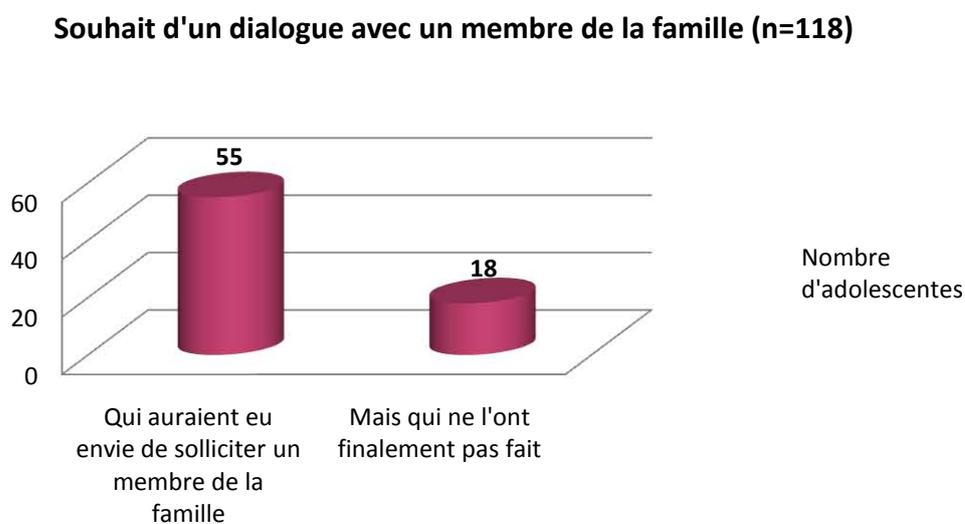


Figure N°5

Les raisons pour lesquelles les jeunes filles n'ont pas sollicité un membre de leur famille sont :

- Qu'elles ne souhaitent pas les mettre au courant de leur vie intime pour 44 d'entre elles
- Par gêne pour 34 d'entre elles
- Car « on ne parle pas de ces choses là à la maison » pour 21 d'entre elles
- Par peur d'être incomprises pour 11 d'entre elles

Les jeunes filles n'ayant pas sollicité leur parents ont pu trouver les renseignements qu'elles cherchaient auprès de leurs amis, d'internet, de l'infirmière scolaire ou auprès d'un médecin.

❖ *Pour quels motifs leur a-t-on déjà proposé d'aller voir un spécialiste (gynécologue, sage-femme...)?*

Nombre d'adolescentes à qui l'on a déjà proposé de... (n=131)

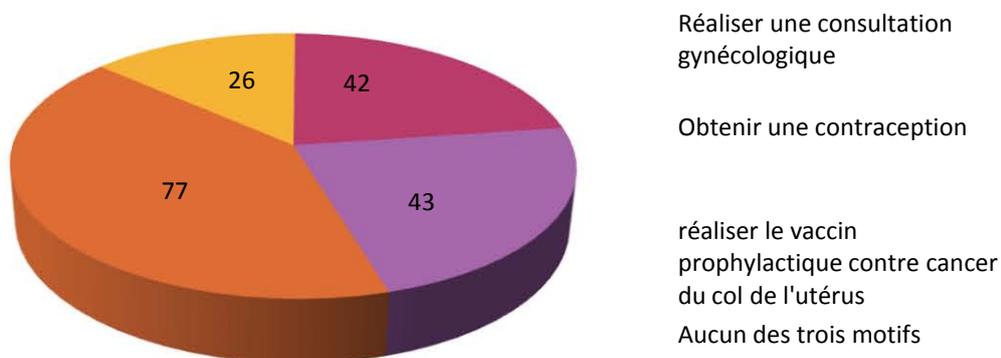


Figure N°6

2.3. L'existence des CPEF

❖ *La connaissance de l'existence des CPEF*

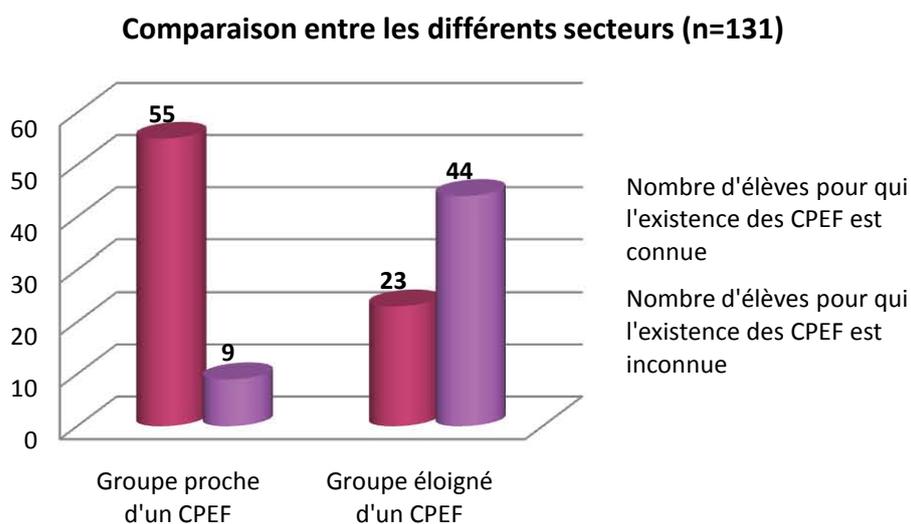


Figure N°7

86 % des élèves fréquentant un lycée messin ont connaissance de l'existence des CPEF, soit plus des $\frac{3}{4}$ des élèves alors que seules 34 % des élèves de Creutzwald et Freyming-Merlebach en ont connaissance, soit $\frac{1}{3}$.

Parmi les 78 élèves connaissant l'existence des CPEF, seules 47 sur 55 savent le situer à Metz versus 20 sur 23 élèves du groupe éloigné d'un CPEF connaissent le CPEF qui leur est le plus proche.

❖ *Les différentes missions d'un CPEF et les différents professionnels que l'on peut y rencontrer*

Les deux figures suivantes ne prennent en compte que les 78 élèves connaissant l'existence des CPEF.

Les missions d'un CPEF citées par les adolescentes (n=78)

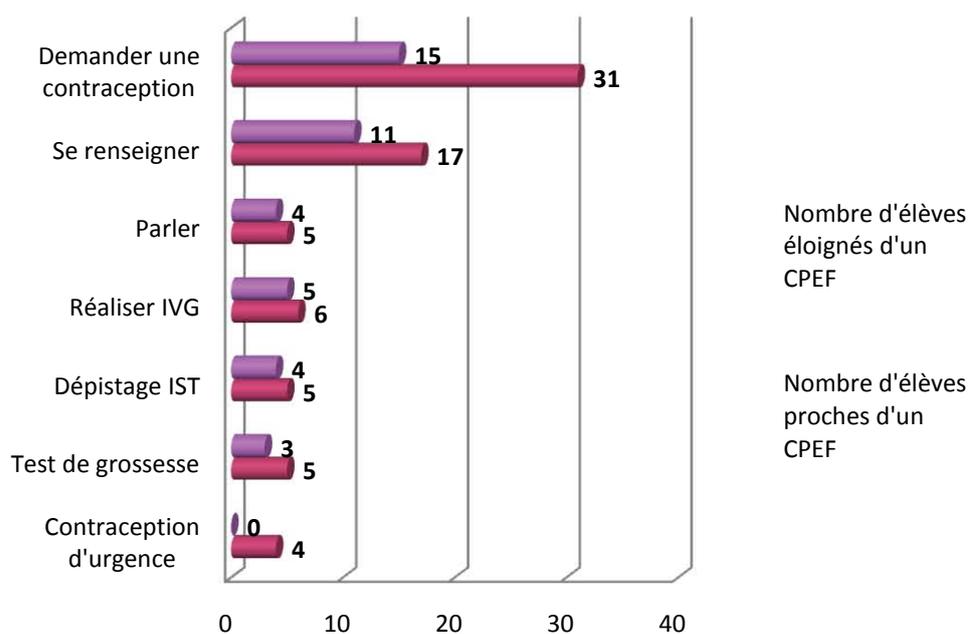


Figure N°8

Professionnels que l'on peut y rencontrer d'après les adolescentes (n=78)

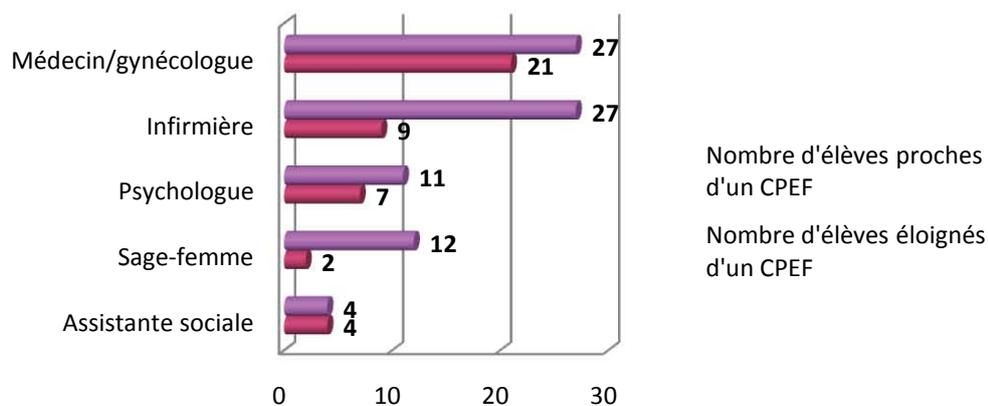


Figure N°9

❖ *Les motifs de fréquentation d'un CPEF*

Parmi les élèves de Metz, 18 sur 64 se sont déjà rendues au CPEF pour les raisons suivantes :

- lors d'une visite avec le lycée : 1
- pour accompagner une amie : 2
- pour demander une contraception : 11
- pour effectuer un test de grossesse : 3
- pour réaliser un suivi gynécologique : 1

Parmi les élèves du groupe éloigné d'un CPEF, seulement 4 sur 67 se sont déjà rendues au CPEF pour les raisons suivantes:

- pour effectuer un dépistage d'IST : 1
- pour effectuer un test de grossesse : 1
- pour demander une contraception : 1
- car elle était enceinte : 1

2.4. La contraception en général

❖ *Un endroit où l'on peut obtenir une contraception anonymement et gratuitement*

La connaissance par les élèves d'un lieu qui délivre une contraception gratuitement et anonymement (n=125)

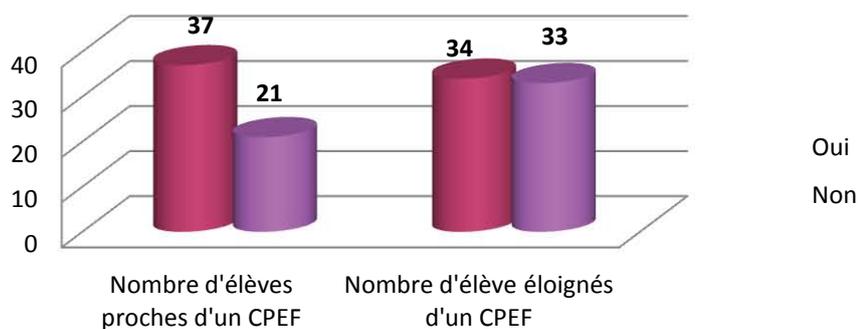


Figure N°10

Parmi les élèves du groupe proche d'un CPEF, 36 sur 37 ont cité le CPEF comme lieu où l'on peut obtenir une contraception versus 21 sur 33 des élèves du groupe éloigné d'un CPEF.

❖ *Moyen de contraception utilisé.*

Parmi les adolescentes interrogées, 44 sur 131 utilisent un moyen de contraception, cela représente 37% de la population étudiée.

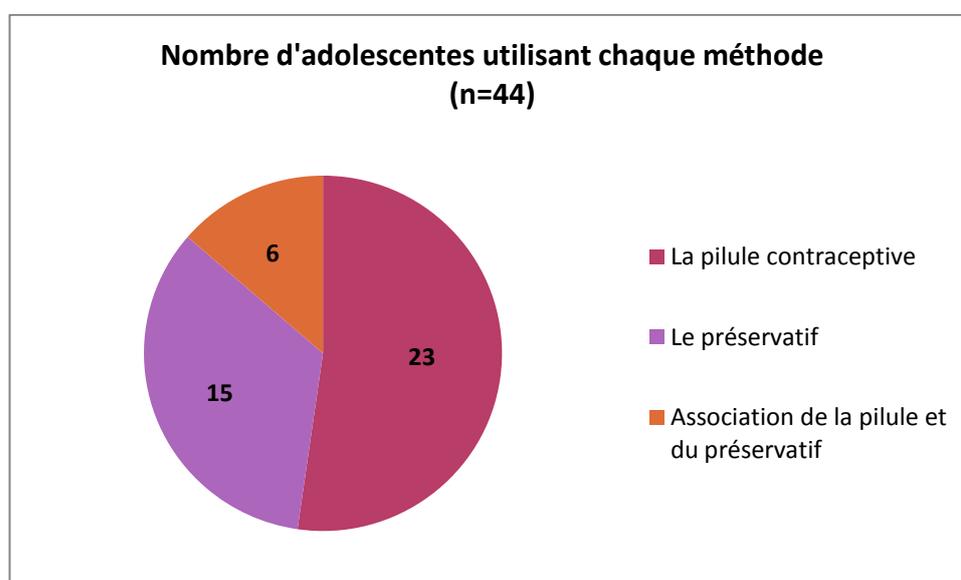


Figure N°11

La pilule et le préservatif sont les seuls moyens de contraception qui ont été cités et donc utilisés.

Toutes les jeunes filles utilisant la pilule contraceptive l'ont obtenue auprès d'un médecin.

Les préservatifs proviennent de distributeurs automatiques.

Seulement 6 sur 44 des adolescentes associent pilule et préservatif soit 12,5%

❖ *Conditions d'obtention d'un moyen de contraception*

**Obligations pour obtenir une contraception d'après les adolescentes
(n=131)**

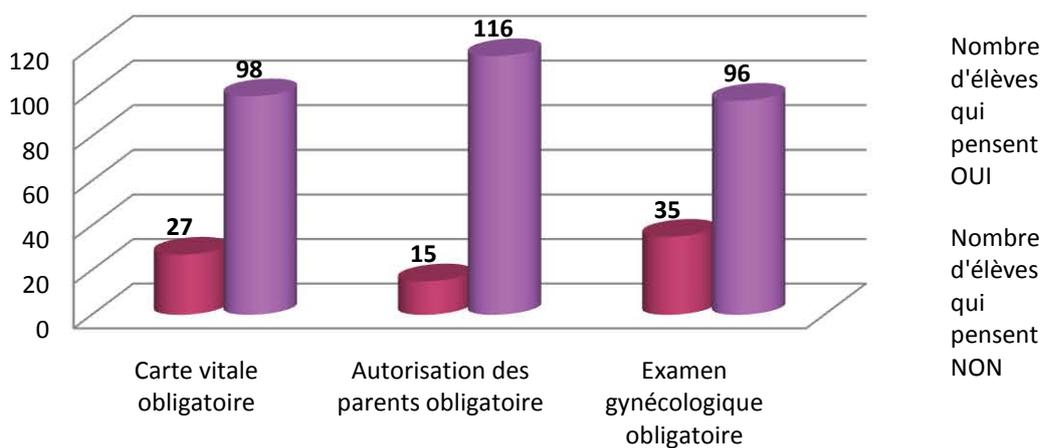


Figure N°12

❖ *A propos du préservatif*

Les établissements scolaires faisant partie de l'étude étaient tous équipés d'un distributeur de préservatifs. Parmi les 124 adolescentes ayant répondu à cette question, 36 avouent qu'il est difficile pour elles de se procurer des préservatifs car elles éprouvent une certaine gêne (29%).

❖ *Etre enceinte après un premier rapport sexuel*

Parmi les 131 adolescentes interrogées, 8 pensent qu'on ne peut pas être enceinte après un premier rapport sexuel; cela représente 6 % de la population interrogée.

2.5. La contraception d'urgence

- ❖ *Les modalités de délivrance de la contraception d'urgence pour des jeunes filles mineures*

Lieux où la contraception d'urgence peut être délivrée d'après les adolescentes (n=131)

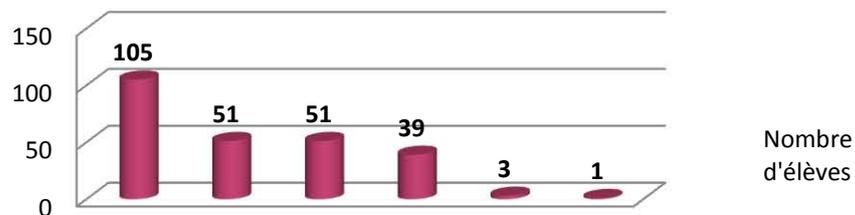


Figure N°13

6 élèves n'ont pas répondu à cette question.

Les 126 élèves ayant répondu ont toutes cité au moins un lieu correct, mais seulement 19 élèves ont cité à la fois la pharmacie, le CPEF et auprès de l'infirmière scolaire. Cela représente 15 % des adolescentes interrogées.

Conditions de délivrance de la contraception d'urgence d'après les adolescentes (n=131)

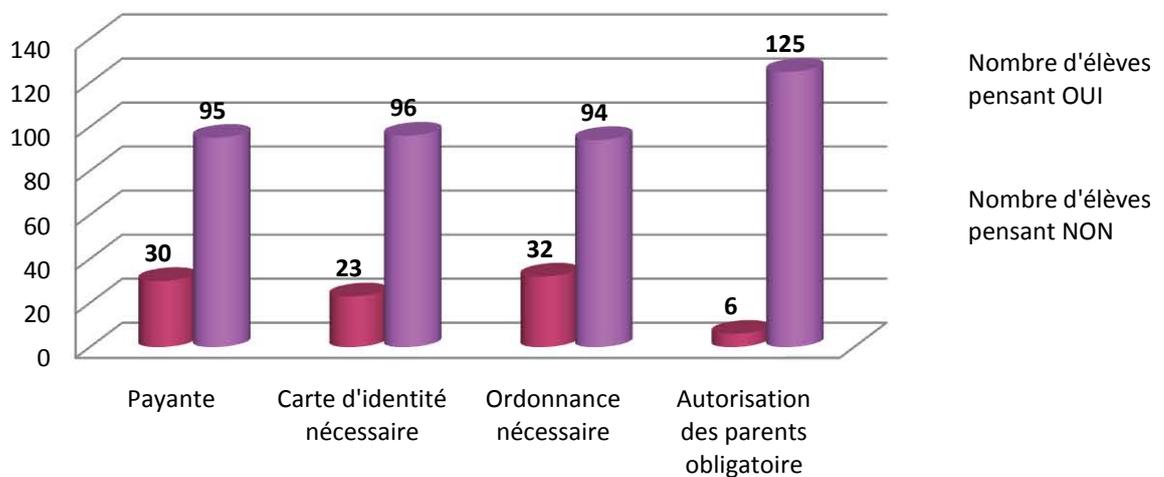


Figure N°14

Près d'1/4 des adolescentes interrogées (24 %) pensent que la contraception d'urgence nécessite une ordonnance pour sa délivrance et 23 % pensent qu'elle est payante. 18 % pensent qu'il est obligatoire de présenter une carte d'identité si elles souhaitent l'acquérir.

Seulement 6 adolescentes pensent que l'autorisation des parents est nécessaire pour obtenir une contraception d'urgence.

❖ *L'utilisation de la contraception d'urgence*

Délai maximal d'utilisation de la contraception d'urgence selon les adolescentes (n=131)

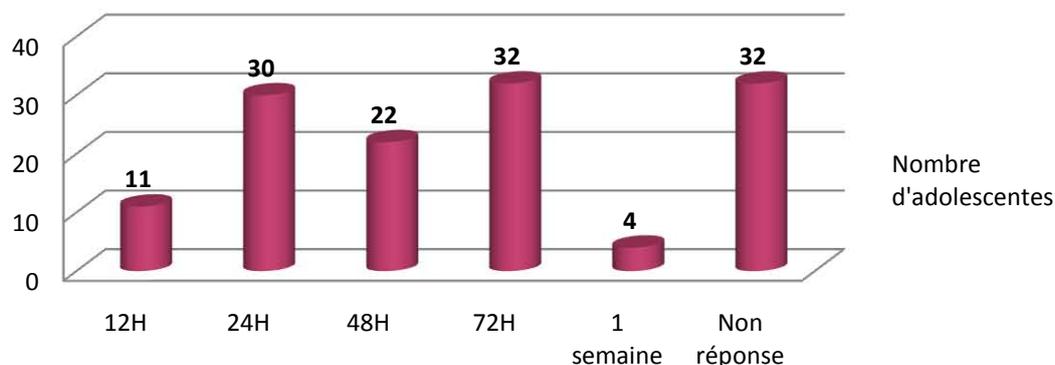


Figure N°15

Seulement 34 % des adolescentes prendraient cette contraception d'urgence dans les 24 premières heures suivant un rapport non ou mal protégé.

52 % l'auraient prise dans les 48H.

Globalement, 72% des adolescentes, soit près des ¾ auraient utilisé la contraception d'urgence dans un délai correct, c'est-à-dire dans les 72H.

Mais ¼ des adolescentes n'ont pas répondu à cette question

❖ *Le recours à la contraception d'urgence.*

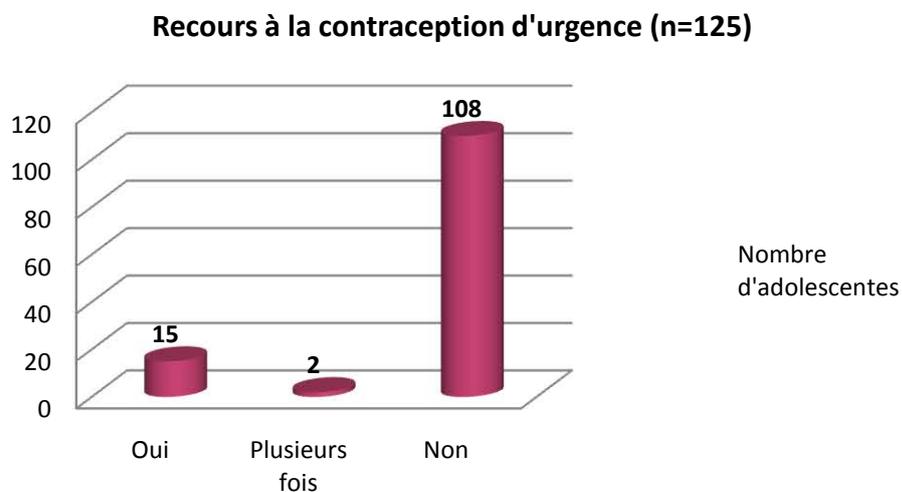


Figure N°16

6 adolescentes n'ont pas répondu à cette question.

Une minorité d'adolescentes (13 %) ont déjà eu recours à la contraception d'urgence dont 2 adolescentes plus d'une fois.

A chaque fois, elles sont allées se la procurer en pharmacie et n'ont pas éprouvé de difficultés majeures pour l'obtenir, hormis de la gêne.

5 adolescentes pensent que la contraception d'urgence peut servir de moyen de contraception régulier, soit 4 %. Cela représente une minorité.

2.5. Leurs sources d'informations

- ❖ *Les principales sources d'informations sur la contraception, la sexualité et les IST*

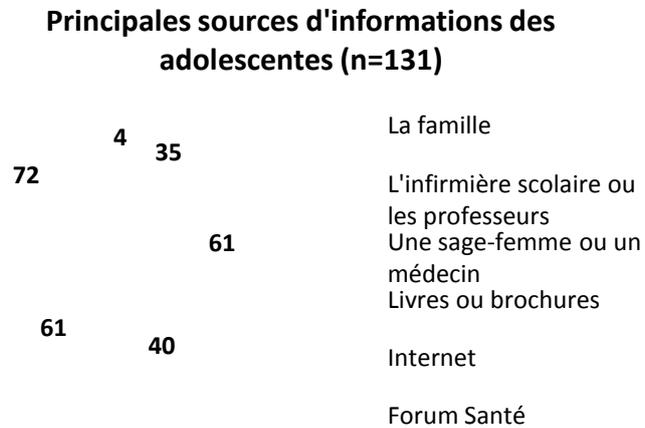


Figure N°17

Parmi ces jeunes filles, 36 sur 131 trouvent que les sites internet sont suffisants pour les informer et répondre à leurs questions, soit 28 % des adolescentes.

- ❖ *Les séances d'informations en milieu scolaire*

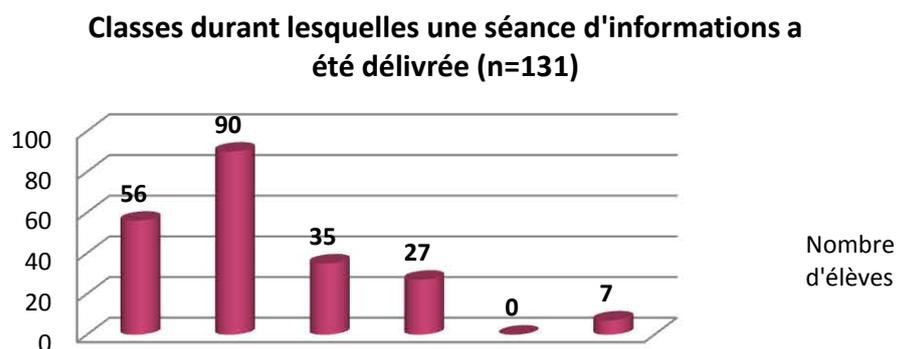


Figure N°18

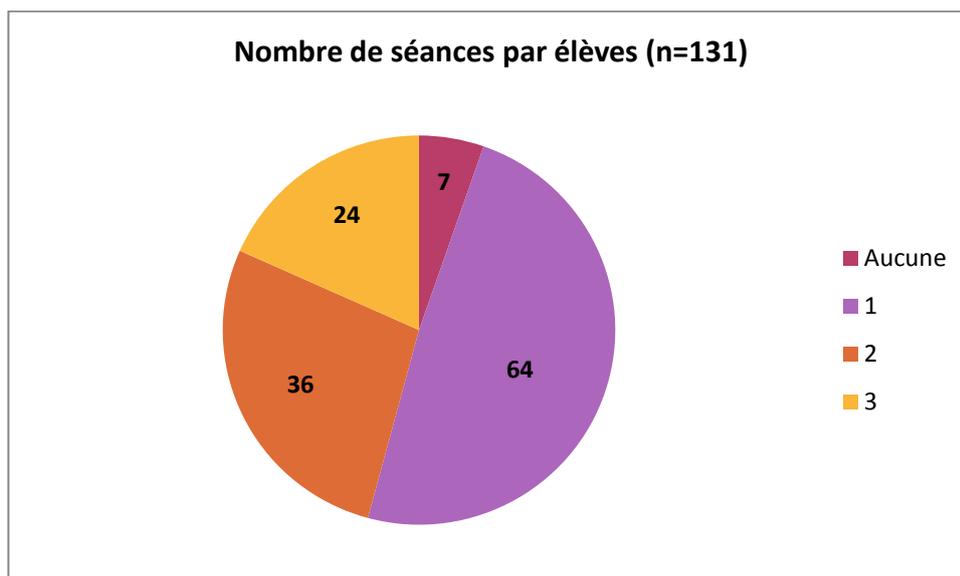


Figure N°19

❖ *A propos de leurs connaissances*

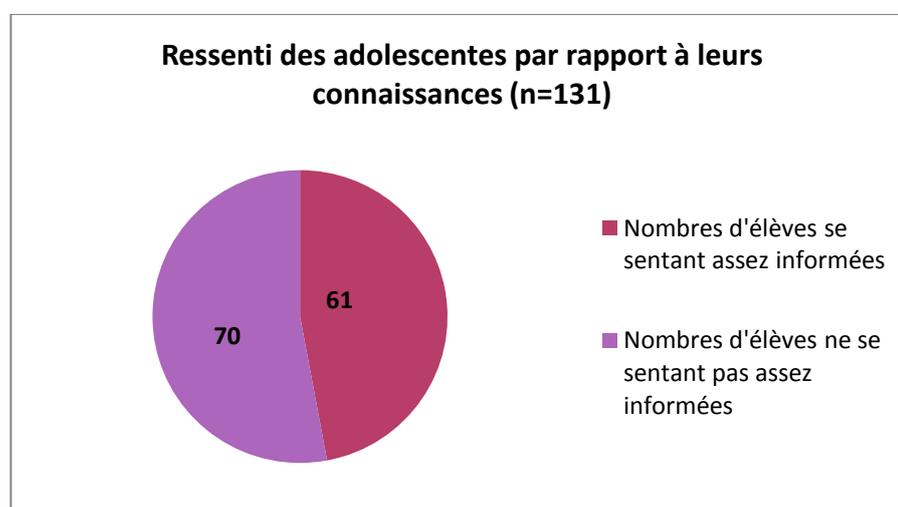


Figure N°20

Toutefois, sur les 131 élèves interrogées, 85 souhaiteraient une séance d'informations supplémentaire, soit 65 % de la population interrogée.

- ❖ *La campagne de prévention « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » de l'INPES menée en 2007 et relancée en 2009.*

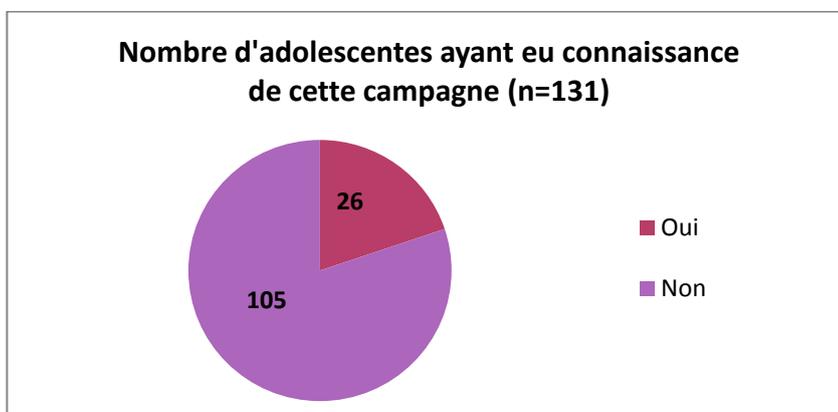


Figure N°21

80 % des adolescentes ayant participé à l'enquête n'ont pas entendu parler de cette campagne. Concernant les 26 qui en ont eu connaissance, ce fut par l'intermédiaire de :

- 16 par la télévision
- 4 par internet
- 4 par la radio
- 2 par des affiches

- ❖ *La permanence d'une sage-femme dans l'établissement.*

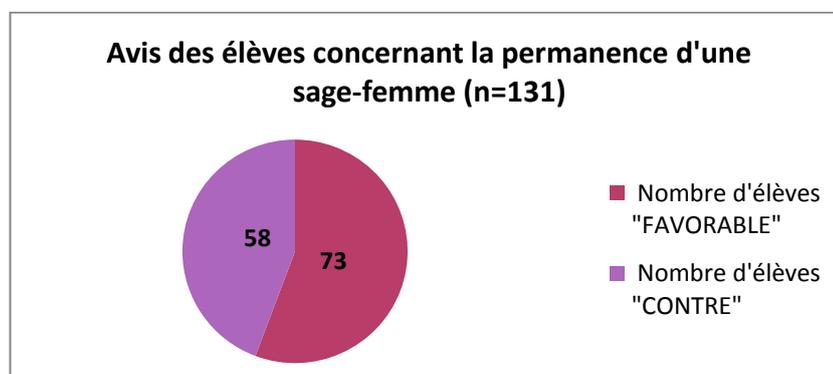


Figure N°22

56% des adolescentes seraient favorables à ce qu'une sage-femme tienne des permanences gratuites et anonymes, une fois par mois dans leur établissement, ce qui représente plus de la moitié de la population interrogée.

❖ *Les propositions formulées à la fin du questionnaire par les adolescentes pour faciliter l'accès à la contraception des jeunes filles*

27 jeunes filles ont formulé une ou plusieurs propositions :

- 4 souhaiteraient que la contraception soit gratuite et anonyme et 4 souhaitent qu'elle soit moins chère.
- 6 voudraient insister pour dialoguer avec leurs parents
- 7 souhaiteraient avoir plus de séances d'informations en milieu scolaire, faites de préférence par des personnes extérieures à l'établissement.
- 2 souhaiteraient un CPEF à proximité de leur lycée.
- 3 souhaiteraient avoir plus de préservatifs gratuitement..

TROISIEME PARTIE :

Analyse des résultats et discussion

1. L'IMPORTANCE DE L'EDUCATION NATIONALE

1.1. Les séances d'éducation prévues par la loi de 2001

La majorité des jeunes filles interrogées (77%) avaient 16 ans ou plus.

Sachant que l'âge moyen lors du premier rapport sexuel est aux alentours de 17 ans, ces jeunes filles entrent dans une période de leur vie où les questions sur les relations amoureuses et sur les rapports sexuels sont plus concrètes.

Elles étaient toutes scolarisées soit dans un établissement dispensant un enseignement général (50%), soit dans un établissement dispensant un enseignement professionnel (50%).

En théorie, elles doivent avoir déjà bénéficié de séances d'informations et d'éducation à la sexualité, dispensées à plusieurs reprises et à différents moments de leur scolarité, comme le prévoit la loi du 4 juillet 2001. Mais l'étude nous révèle que sur les 131 adolescentes:

- 49% d'entre elles n'ont bénéficié jusque là que d'une seule séance d'informations
- 27% d'entre elles ont en eu 2
- 18% d'entre elles ont en eu 3
- 7% d'entre elles n'ont jamais eu de séance d'informations ou d'éducation

Les séances dont elles ont bénéficiées, ont été dispensées pour 43 % d'entre elles en 4^{ème}, pour 69% en 3^{ème}, pour 27% en 2^{nde}, pour 21% en 1^{ère}. Il se peut qu'un cours (histoire, SVT ou autres) traitant de la sexualité ou de la contraception, n'ait pas été perçu par les élèves comme faisant partie intégrante d'une séance d'informations.

L'enquête s'étant déroulée juste après la rentrée scolaire, il paraît évident qu'aucune information n'ait encore été faite aux jeunes filles de Terminale. Certes, les adolescentes interrogées n'étaient encore pas toutes à la fin de leurs études secondaires, cependant, elles sont toutes lycéennes et on s'aperçoit qu'elles n'ont pas toutes bénéficié de séances d'informations en classe de 4^{ème} et de 3^{ème}.

L'étude ne nous renseigne pas sur le nombre de séances par an, mais on remarque que même le principe d'une séance annuelle, n'est pas respecté.

On note que c'est en classe de 3^{ème} que les séances sont le plus souvent dispensées (69%). Cette période serait-elle un moment stratégique, avant de franchir le cap du lycée ou avant l'entrée en cursus professionnel ? Les responsables jugent-il que c'est en 3^{ème} que les élèves sont suffisamment « mûrs » et réceptifs à une information sur la sexualité et la contraception?

En conclusion, l'éducation à la sexualité n'est pas véritablement traitée comme une obligation légale. A ce jour, il n'existe pas de bilan de l'application des dispositions de cette loi. C'est pourquoi, l'une des recommandations issue du rapport de l'IGAS, est d'établir un état des lieux concernant la mise en œuvre de cette loi du Code de l'éducation.

1.2. La nécessité d'une information diversifiée à un rythme soutenu.

Ce constat doit nous interpeller : pourquoi les trois séances annuelles n'ont-elles pas lieu durant toute la scolarité d'un élève, du primaire à la fin du lycée ?

Serait-ce les directeurs d'établissement qui jugent que la sexualité et la contraception ne justifient pas la programmation de 3 séances annuelles dans le planning des enseignements ?

Serait-ce par faute de temps, de moyens ou d'intervenants ?

On pourrait imaginer qu'au primaire, ces séances se développeraient sous forme de jeux ou de dessins introduisant des notions d'anatomie humaine, les différences corporelles entre les hommes et les femmes, le respect et l'amour entre deux personnes et finir par un bref commentaire sur la puberté en Cours Moyen 2^{ème} année (CM2). En effet, les élèves scolarisés au CM2 ont en moyenne 11 ans et cela correspond à la période précédant la survenue des premières règles chez les jeunes filles (12-13 ans d'après l'étude de l'INED).

En France, les enfants doivent suivre une scolarisation jusqu'à l'âge de 16 ans, et de ce fait, ils bénéficient tous d'un programme d'SVT. Les années de collège sont les plus opportunes pour aborder la puberté, car c'est durant cette période qu'elle est vécue. Le programme en classe de 4^{ème} est ciblé sur la transmission de la vie chez l'homme (devenir homme et femme capable de transmettre la vie, de la fécondation à la naissance d'un bébé, les méthodes contraceptives), et en 3^{ème} (la transmission des maladies, la protection de l'organisme).

Le fait d'avoir un enseignement théorique sur ces thèmes, dispensé par un enseignant, ne permet pas de parler de son vécu, de ses angoisses ou de pouvoir poser des questions touchant à l'intimité. De même, l'infirmière scolaire est une personne que les élèves côtoient plus ou moins régulièrement. C'est pourquoi l'intervention d'une personne extérieure à l'établissement paraît justifiée.

Il serait préférable que plusieurs séances soient animées par le même intervenant, dans le but de garder une certaine continuité.

Au lycée, les séances devraient être plus ciblées sur des situations concrètes : par exemple, où peut-on se procurer une contraception dans les environs, que faire en cas de rapports exposant à un risque, etc.

Une simple séance annuelle n'est pas suffisante pour permettre d'intégrer pleinement les informations dispensées. Une information progressive et continue serait d'autant plus bénéfique. L'important est de créer un lien logique et dynamique entre toutes ces séances et d'avancer au rythme des besoins qu'ont les jeunes. En effet, les jeunes, filles ou garçons, ne sont pas concernés par l'entrée dans la sexualité au même moment, d'où la nécessité de réitérer les séances.

D'après l'étude, un peu plus de la moitié des adolescentes interrogées 70/131 soit 53% ne se sentent pas assez informées sur la sexualité et la contraception.

De plus, 85 sur 131 adolescentes, soit 65%, souhaiteraient une séance d'information supplémentaire.

La sexualité et la contraception sont des sujets qui les intéressent et elles sont demandeuses d'informations. Plus les séances seront nombreuses et diversifiées par des situations concrètes, plus les adolescentes seront sensibilisées aux comportements à risques lorsqu'elles auront des relations sexuelles

1.3. Insister sur certaines populations d'adolescents

D'après le Ministère de l'Éducation Nationale, 33% des élèves scolarisés à la rentrée 2010 suivent un cursus professionnel (CAP, BEP, Bac PRO).

Bien que les filières professionnelles soient actuellement tout aussi valorisées que les filières générales, une partie des élèves fréquentant ces établissements se sont orientés dans cette voie suite à un échec scolaire. Ces adolescents sont plongés plus tôt dans la vie active et de ce fait, dans un monde d'adultes.

Ces élèves ne sont présents dans l'établissement que de manière fractionnée en fonction de leurs stages en milieu professionnel. On peut alors s'interroger sur la place qu'occupent les séances d'informations et l'éducation à la sexualité dans ces filières et la manière dont elles sont organisées? Sont-elles valorisées ou au contraire écartées de l'enseignement faute de temps ? L'étude ne permet malheureusement pas de répondre à cette interrogation.

Par ailleurs, une attention toute particulière devrait être accordée aux adolescents fréquentant des établissements en « zones sensibles ». Dans ces endroits, c'est plutôt le respect de la femme qui doit être valorisé. Certaines actions sont quelquefois entreprises, comme par exemple l'organisation des « *journées de la jupe* » comme cela a été fait il y a quelques années dans un collège de Woippy. Un film du même nom, réalisé par Jean-Paul LILJENFELD et dont Isabelle ADJANI tient le rôle principal a d'ailleurs été tourné

1.4. La place des hommes

Dans la pensée commune, il est ancré que la contraception est une histoire de femmes. Une explication pouvant répondre à ce constat : un plus large panel de choix de méthodes contraceptives est proposé aux femmes alors que les hommes n'ont que le préservatif masculin et la vasectomie (peu répandue en France).

La conséquence qui en découle, c'est que trop souvent, les jeunes femmes se rendent seule à leur consultation contraception, et les hommes sont « écartés » de cette démarche. De ce fait, il paraît donc nécessaire de faire prendre conscience « aux jeunes

hommes » du rôle qu'ils ont à jouer et des responsabilités qu'ils partagent lors des relations sexuelles, aussi bien pour eux-mêmes que pour leur entourage.

C'est ce que la nouvelle campagne de sensibilisation de l'INPES lancée en septembre 2009 tend à faire, en ciblant directement les hommes avec quatre spots publicitaires, radios et audiovisuels, et pour slogan : « *Faut-il que les hommes soient enceints pour que la contraception nous concerne tous ?* ». Il ne faut pas s'arrêter là dans la diffusion de ce message; les spots peuvent être réutilisés lors des séances en établissement scolaire, lorsque ce sont des groupes de garçons. Ainsi, ils pourraient prendre le temps de réfléchir à la place des hommes dans les relations amoureuses et leur rôle dans la contraception.

Cette campagne serait-elle l'amorce d'un nouveau tournant dans l'histoire de la prévention en matière de contraception, qui jusque là, ciblait plus les femmes ou le couple en général.

2. LA CONNAISSANCE EXACTE DES MODALITES D'OBTENTION D'UNE CONTRACEPTION

2.1. La connaissance réelle des élèves

Un peu plus d'un tiers des adolescentes interrogées, (37%) utilisent un moyen de contraception. Ce résultat est à nuancer car il s'appuie sur le nombre total d'adolescentes (131) et non sur le nombre d'adolescentes ayant des rapports sexuels.

Parmi les 44 jeunes filles participant à l'étude, 28 utilisent la pilule, soit 66%. Ce résultat tend à s'approcher du pourcentage établi par les statistiques du Baromètre santé de 2005 où 80% des jeunes de 15 à 19 utilisant une contraception ont choisi la pilule. Toutes les jeunes filles l'ont obtenue par l'intermédiaire d'un médecin, ce qui n'est pas la démarche la plus facile : il faut prendre un rendez-vous, avoir les moyens (financiers ou de locomotion) de s'y rendre, voire le cacher aux parents, aller en pharmacie chercher sa contraception et la payer.

De même, 19 sur 44 jeunes filles utilisent le préservatif, soit 47%. Ce résultat concorde avec les données du Baromètre santé de 2005, qui énoncent que le préservatif est fortement utilisé dans la classe d'âge des 15-19 ans.

Seulement 6 sur 44 jeunes filles associent pilule et préservatif. Ce faible résultat peut s'expliquer d'une part par le fait que cette association est contraignante et d'autre part, le partenaire peut ne pas toujours être d'accord pour utiliser le préservatif.

On peut émettre 3 hypothèses face à ce constat:

- **soit elles ne connaissaient pas l'existence des CPEF**
- **soit elles n'avaient pas d'autres choix car pas de CPEF à proximité**
- **soit elles ont été accompagnées par un parent chez un médecin (généraliste ou gynécologue)**

20 % des adolescentes interrogées pensent que la carte vitale est nécessaire, 11% pensent que l'autorisation des parents est indispensable et 27% pensent que l'examen gynécologique est obligatoire lors d'une demande de contraception.

Ces inexactitudes peuvent être un frein à l'obtention optimale d'une contraception. Ces personnes méconnaissent le fonctionnement des CPEF qui sont gratuits pour les jeunes filles mineures (et jusqu'à 20 ans en Moselle) et les consultations anonymes si elles le souhaitent.

Sur 131 adolescentes, 7 n'ont cité aucun lieu où l'on peut se procurer une contraception d'urgence. Seulement 19 sur 131 adolescentes, soit 15% des ont cité à la fois la pharmacie, l'infirmière scolaire et le CPEF où l'on peut se procurer la contraception d'urgence. L'infirmière scolaire et les CPEF n'ont été cités que par 40 % des jeunes filles. Le manque de réponses à cette question provient d'une méconnaissance de la part des jeunes filles.

Un quart des adolescentes (32 sur 131) pensent qu'une ordonnance est nécessaire pour obtenir une contraception d'urgence, et par conséquent, nécessite une consultation médicale.

23 % pensent qu'elle est payante (30 sur 131).

Concernant le délai maximal d'utilisation de la contraception d'urgence, les $\frac{3}{4}$ des adolescentes (95 sur 131) l'auraient utilisée dans un délai correct, c'est-à-dire dans les 72 H pour le NORLEVO®. Cependant, pour 34 % d'entre elles (41 sur 131) le délai maximal pour y recourir est de seulement 12 H. Cette croyance provient sûrement de l'appellation « pilule du lendemain » que l'on donne à la contraception d'urgence.

La méconnaissance des conditions d'obtention de la contraception d'urgence est un frein à son utilisation optimale.

Ces constats tendent à valider l'hypothèse N°1 qui énonce que les adolescentes ont des notions erronées sur la manière de se procurer une contraception.

En conclusion, nous pouvons dire que si elles en avaient une meilleure connaissance, on peut imaginer qu'en cas de rapports sexuels non ou mal protégés, elles auraient un plus large recours à cette contraception d'urgence.

2.2. Des sources d'informations sûres et adaptées

Les sources d'informations des adolescentes sont diversifiées : entourage (parents ou amis), personnel médical ou sphère scolaire et bien sûr, internet.

46% des adolescentes (61 sur 131) ont cité les livres ou les brochures comme l'une de leurs principales sources d'informations. Lorsqu'un dépliant est distribué, il doit être expliqué afin de pouvoir être consulté à tout moment.

Par ailleurs, 55 % des adolescentes (72 sur 131) citent internet comme principale source d'informations en matière de contraception et sexualité.

Cependant, seulement 28 % de toutes les adolescentes interrogées trouvent qu'internet suffit à les informer et à répondre à leurs questions. Internet ne répond donc pas à toutes leurs attentes. Comme pour beaucoup d'autres sujets, internet reste un interlocuteur virtuel. Sur les forums de discussion chacun raconte son vécu, et selon les sources, les informations que l'on retrouve peuvent être plus ou moins erronées.

Il est nécessaire que ces adolescentes aient connaissance d'un ou deux sites contrôlés et agréés par des professionnels, servant de référence en matière de contraception; les deux principaux sont :

- www.choisirscontraception.com ; il s'agit du site de l'INPES
- www.contraception.org ; c'est l'Association Française pour la Contraception qui gère ce site.

Un exemple serait peut être à suivre, il s'agit du site Info-Ado, consultable à l'adresse suivante <http://info-ado.u-strasbg.fr/>. Ce site a été mis en place par le Professeur I. Nisand de Strasbourg, afin de pouvoir répondre directement aux questions que se posent les jeunes. Créé en 2001, ce site a vu son nombre de visiteurs multiplié par 15 en l'espace de 10 ans. Fonctionnant avec un système de forum, ce sont directement des médecins ou des sages-femmes du Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical (CMCO) de Schiltigheim qui répondent aux questions qui leur sont posées. Ce sont ces mêmes personnes qui animent des séances d'informations en établissement scolaire. Les informations sont fiables et adaptées à la situation des adolescents (informations géographiques, aspect financier...)

Un site internet de ce genre pourrait être créé par chaque CPEF, pour répondre aux questions des adolescents ne pouvant pas se déplacer directement au centre. Pour que ces sites puissent être efficaces, il convient de diffuser de manière large son adresse.

Concernant la campagne de prévention menée par l'INPES, seulement 26 sur 131 des adolescentes interrogées, soit 20%, en ont eu connaissance. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées pour expliquer ce constat :

- soit le message ne les cible pas assez
- soit elles ne se sentent pas concernées
- soit le mode de diffusion n'est pas adapté à la population des adolescentes

Parmi ces adolescentes, 16 sur 26 en ont eu connaissance par l'intermédiaire de la télévision, pour 4 ce fut par internet, et pour 4 ce fut par la radio. Les médias semblent

être le mode de diffusion ayant le plus d'impact. Mais pour cibler d'avantage les jeunes, les messages devraient être diffusés sur des chaînes et à des horaires où ils seraient le plus susceptibles d'être entendus. La fréquence de diffusion devrait être augmentée en période de vacances scolaires

3. ETABLIR UN DIALOGUE AVEC LES PARENTS

Pour 71 % des adolescentes, les thèmes de la sexualité, de la contraception, du risque d'une grossesse et de la transmission des I.S.T. sont généralement abordés avec les parents. Toutefois, un quart des adolescentes interrogées n'ont jamais abordé ces thèmes avec leurs parents. Le risque de survenue d'une grossesse est le sujet le plus abordé (70%) avec le risque d'IST (56%). Par contre, la contraception est le sujet le moins abordé (54%), ce qui est paradoxal car le seul moyen d'éviter la survenue d'une grossesse et la transmission d'IST en dehors de l'abstinence, c'est la contraception.

Il serait intéressant de connaître la manière dont la sexualité est abordée ainsi que l'élément qui a initié le dialogue. Les parents doivent être vigilants aux messages qu'ils font passer à leurs enfants, car il peut arriver que l'adolescent ne les perçoive pas dans le sens souhaité des parents.

Le dialogue autour de ces thèmes se fait plus aisément entre amis pour 60% des jeunes filles contre 41% avec leur mère et 5% avec leur père. Moins de la moitié des jeunes filles (46%) ont eu envie de solliciter un membre de leur famille pour aborder ces thèmes et parmi elles, seulement 37 l'ont fait.

Ces résultats s'expliquent par le fait qu'entre personnes du même âge, ces jeunes filles sont souvent confrontées aux mêmes angoisses et aux mêmes expériences. Les parents ne sont donc pas les interlocuteurs privilégiés pour parler de sexualité et de contraception et cela s'est clairement exprimé par le fait qu'elles souhaitent préserver leur intimité, qu'elles sont gênées ou qu'elles ont peur d'être incomprises.

Lorsque les parents leur proposent d'aller voir un spécialiste, c'est pour réaliser un suivi gynécologique (32 %), pour obtenir une contraception (33 %) et dans 59 % des cas, pour effectuer le vaccin prophylactique du cancer du col de l'utérus. On constate que c'est surtout dans un but de prévention, de s'assurer que la puberté se déroule bien....

pour les parents la priorité ce n'est pas la contraception, car souvent l'idée que leurs enfants puissent déjà avoir des relations sexuelles n'est pas admise.

Toutefois, le fait qu'ils provoquent cette rencontre avec un professionnel de la santé représente pour eux une manière de passer le relais. Cette rencontre représente l'occasion pour les jeunes de poser des questions, de se renseigner sur la contraception, les relations sexuelles. L'idéal serait que le professionnel de santé prévoit un temps où l'adolescente est vue seule, sans l'adulte l'accompagnant, afin de créer une ambiance de discrétion propice à l'ouverture d'un dialogue.

A la lecture de ces résultats, nous pouvons dire que le dialogue au sein du groupe familial sur les thèmes de la sexualité et de la contraception tendrait à avoir une influence positive, facilitant l'accès à une contraception. L'hypothèse N°3 est partiellement validée.

Les parents restent les premiers éducateurs de leur enfant dès la petite enfance, mais ils refusent bien souvent d'admettre que leurs enfants puissent avoir une sexualité active. Cependant lever les tabous autour de la sexualité pour contrer les idées reçues et faire leur faire prendre conscience du risque de grossesse encouru par leur adolescent est une étape primordiale dans l'acceptation. C'est pourquoi il serait peut être intéressant de leur faire parvenir une lettre d'information mentionnant l'intérêt de ces séances d'informations en milieu scolaire, leur déroulement et les différents intervenants. Cette lettre ferait bien évidemment mention de la loi de 2001 qui fixe le cadre légal de ces séances. Cette attention portée aux parents pourrait favoriser un dialogue parents-enfants sur la sexualité et la contraception. On pourrait ainsi espérer une banalisation de l'information contraceptive, bien dans un but préventif et non incitatif.

Il existe à Metz l'École des parents et des éducateurs de Moselle (Epe57) qui a plusieurs missions, entre autres, d'accompagner les parents dans leur réflexion, leurs interrogations, créer des espaces de paroles également avec la présence d'adolescents... Régulièrement, le Café des Parents, l'un des services de l'Epe57, organise des séances à thèmes, comme récemment « **La sexualité de l'adolescent au domicile de ses parents** » ou encore « **Comment je parle de la sexualité à mon enfant, et comment je l'incite à se protéger des autres ?** ». Les lieux de rencontres de ce type sont encore à développer. Leur répartition territoriale est très inégale.

4. L'INFULENCE D'UN CPEF A PROXIMITE

4.1. Connaître le CPEF

Dans le « groupe proche d'un CPEF » 55 sur 64 adolescentes ont connaissance l'existence des CPEF versus 23 sur 67 de celles appartenant au « groupe éloigné d'un CPEF ».

Parmi les 78 jeunes filles connaissant l'existence des CPEF, 67 savent situer celui qui leur est le plus proche (86%)

Ces chiffres nous permettent clairement d'établir que la proximité d'un CPEF influence de manière positive la connaissance de son existence.

Parmi les élèves connaissant l'existence des CPEF, toutes ont au moins cité une de ses missions. Mais seulement 60% ont cité le fait qu'on pouvait s'y procurer une contraception : toutes les missions du CPEF ne sont donc pas connues de tous. Et par conséquent, ignorant toutes ces possibilités, les élèves ne s'y rendent pas. J'ai d'ailleurs été surprise du nombre d'élèves messines s'étant déjà rendues dans un CPEF : seulement 14 versus 4 du groupe éloigné d'un CPEF. Certes il y a une différence, mais peu importante.

Les élèves du groupe proche d'un CPEF ont été plus nombreuses à citer des membres du personnel travaillant dans un CPEF que les élèves du groupe éloigné d'un CPEF. On observe tout de même que la sage-femme n'a été citée que par 14 sur 78 jeunes filles ; c'est l'une des personnes la moins citée. Plusieurs hypothèses pour expliquer cela :

- le CPEF n'est pas présenté aux élèves par une sage-femme
- ce n'est pas une sage-femme qui est venue animer des séances d'informations
- la sage-femme et ses rôles au sein d'un CPEF n'ont pas été présentés

De manière courante, le métier et les compétences des sages-femmes sont méconnus de la population générale.

Quand on interroge les adolescentes sur la connaissance d'un lieu où elle pourrait obtenir une contraception gratuitement et anonymement, elles sont 70/125 à en connaître un. Parmi les 70, elles sont 57 à citer le CPEF. On remarque néanmoins que les jeunes filles du groupe « proche d'un CPEF » ont été plus nombreuses à citer le CPEF que celles du « groupe éloigné d'un CPEF » (37 versus 21)

Il est à noter que 5 sur 131 adolescentes se sont déjà rendues dans un CPEF pour se procurer une contraception. Ce résultat m'interpelle car après avoir passé des journées au CPEF de Metz ou de Briey, le nombre de jeunes filles venant consulter pour obtenir leur contraception me paraissait vraiment plus important. L'âge des adolescentes faisant partie de l'enquête peut expliquer ce chiffre ; en effet elles sont âgées de 16 ans en moyenne. Si les adolescentes interrogées étaient plus âgées, nous aurions eu d'autres résultats. Les résultats obtenus sont donc à nuancer.

La population interrogée ne représente qu'une petite partie des élèves fréquentant un lycée messin. Il serait donc intéressant de faire une analyse inverse, c'est-à-dire, de faire une étude à partir des dossiers du CPEF de Metz et d'établir le pourcentage d'élèves habitant ou fréquentant un lycée à Metz.

L'étude nous permet de constater que le nombre d'élèves s'étant rendu dans un CPEF pour obtenir une contraception est plus important dans le « groupe proche d'un CPEF » que dans le « groupe éloigné d'un CPEF ». De plus, plus un CPEF est accessible, c'est-à-dire à proximité, plus il est fréquenté et plus ses missions et le personnel y travaillant sont connus. L'ensemble de ces constats valide l'hypothèse N°2 et nous amène à dire que la proximité des CPEF et la connaissance de ses missions influencent de manière positive l'accès à une contraception.

Il est nécessaire de continuer à promouvoir l'existence et à faire connaître les CPEF. L'idéal serait qu'à chaque début d'année scolaire une sage-femme du centre le plus proche vienne expliquer l'existence et les missions de ces centres. Cela permettrait d'une part d'expliquer les rôles de la sage-femme au CPEF et d'autre part, les élèves auraient déjà un premier contact avec une des personnes qui y travaille. Des visites et des journées portes ouvertes pourraient être organisées.

4.2. Réduire les disparités régionales

La répartition territoriale des centres de planification est inégale. S'ils ne peuvent pas être facilement accessibles à pied ou par des lignes de bus, ces centres ne peuvent pas être exploités au maximum de leurs compétences. D'autre part leurs horaires d'ouverture ou de permanence devraient être aménagés en fonction des plus grandes disponibilités des élèves, notamment le mercredi midi et le samedi.

Des actions doivent donc être entreprises en faveur de zones éloignées d'un CPEF.

Pour un adolescent, 5 Km sont de trop, cela équivaut à 1H de marche rapide. L'idéal serait que certaines des missions des CPEF soient directement à leur portée, par l'intermédiaire d'un bus itinérant par exemple comme cela est le cas dans certaines régions de France. On pourrait imaginer que des sages-femmes de CPEF sillonnent leur zone territoriale avec un bus équipé du nécessaire pour informer :

- planches anatomiques
- brochure expliquant chaque moyen de contraception, et un exemplaire du moyen de contraception, pour en expliquer l'utilisation, la manipulation, le conditionnement
- des dépliants situant et expliquant les CPEF
- des numéros d'appels ou des sites internet à consulter....

Tout le matériel nécessaire déjà à disposition des CPEF existant.

Le nouveau dépliant du Conseil Général sur les CPEF devrait être envoyé à tous les établissements scolaires afin que chaque élève puisse en prendre connaissance.

Face à ces constats, il convient désormais de mettre en place des pistes de travail ayant pour but d'optimiser l'accès à un CPEF pour les adolescents, que ce soit pour les filles ou les garçons.

5. UNE PLACE A PRENDRE POUR LES SAGES-FEMMES

5.1. La permanence d'une sage-femme dans les établissements scolaires

56 % des élèves seraient favorables à la présence d'une sage-femme dans leur établissement.

De par sa formation initiale, la sage-femme a toutes les compétences nécessaires pour assurer une information complète auprès des jeunes en matière de sexualité et de contraception. En effet depuis l'élargissement de leurs compétences rendu possible par la loi HPST, les sages-femmes sont autorisées à prescrire la contraception. Cela sous entend que pour prescrire et informer, il faut des connaissances exactes. Les sages-femmes ayant une formation minimale sur la contraception peuvent approfondir leurs connaissances grâce à différents Diplôme Universitaire (DU). Elles seraient tout à fait aptes à tenir des permanences d'informations dans les établissements scolaires du second degré et on pourrait même envisager cela dans les cités universitaires.

Bien que l'infirmière scolaire puisse également délivrer des informations sur la contraception, la sage-femme a tout de même une formation plus riche et plus approfondie dans ce domaine. De plus, les sages-femmes de CPEF ont souvent une double casquette et sont aussi conseillère conjugale et familiale. C'est une qualité supplémentaire à mettre à la disposition des jeunes pour leur permettre de s'exprimer sur leurs problèmes de couple ou au sein de leur famille... D'ailleurs, une des recommandations issu du rapport de l'IGAS préconise d'améliorer le statut, d'actualiser le positionnement et de développer l'intervention de conseillères conjugales et familiales.

On pourrait imaginer des permanences sous plusieurs formes:

- Une permanence mensuelle : elle pourrait convenir aux sages-femmes de CPEF, aux sages-femmes de PMI ou aux sages-femmes ayant une activité libérale. Ces consultations seraient naturellement gratuites et couvertes par le secret professionnel.

- La présence d'une sage-femme lors des visites médicales. Elle verrait les élèves dans un second temps après les infirmières scolaires.

5.2. Le coût de ses démarches

A une époque où le coût de la santé est omniprésent dans notre société, il paraît nécessaire d'évoquer ce point; il est évident comme dans tout projet, que la permanence d'une sage-femme dans un établissement scolaire nécessite un financement qui pourrait être pris en charge par les conseils généraux.

Le matériel ne pose pas de problèmes, les brochures peuvent être fournies par les différents laboratoires commercialisant les différentes contraceptions, par l'INPES ...

La mise en place de cette permanence amènerait les adolescents (jeunes filles et garçons) à porter plus d'intérêts à la contraception et de ce fait, à avoir moins de comportements à risques lorsqu'ils décideront d'avoir des relations sexuelles. C'est une démarche de plus pour les sensibiliser et les responsabiliser avec l'avantage d'avoir un interlocuteur privilégié.

CONCLUSION

La première conséquence d'un rapport sexuel non protégé chez les jeunes, ce n'est pas une IST mais la grossesse. En 2009, près de 13 500 IVG ont été réalisées chez des jeunes filles mineures; c'est la seule classe d'âge chez qui le recours à l'IVG augmente alors qu'à priori, tout semble avoir été mis en place pour éviter d'en arriver là.

Après avoir réalisé une étude auprès de 131 adolescentes, concernant l'accès à une contraception, j'ai pu constater qu'ils existent des disparités régionales et que des difficultés restaient encore à pallier.

En effet, la loi du 4 juillet 2001 qui préconise 3 séances annuelles d'informations et d'éducation à la sexualité est très inégalement appliquée voire absente. J'ai également pu constater que la proximité de structures comme les CPEF tient une place essentielle pour un accès libre et facile à une contraception, pour les jeunes.

Il est alors indispensable de renforcer l'éducation en matière de sexualité et l'information sur la contraception d'une part, pour que ces jeunes puissent avoir toutes les connaissances dont ils auront besoin le moment voulu. D'autre part, il convient de favoriser des rencontres entre adolescents et professionnels de santé, en particulier avec des sages-femmes pour permettre un dialogue sur la sexualité, souvent difficile avec les parents.

Continuer de considérer que le recours à une IVG est dû uniquement à un échec de contraception entretient l'illusion de voir un jour les IVG disparaître; cette manière de penser ne prend pas en compte la complexité de l'être humain et surtout celle des adolescents. La sexualité chez les jeunes, qui dérange tant les adultes, doit être pleinement reconnue de tous et surtout des parents.

Au lieu d'être pleinement actrices de leur contraception, trop de femmes la subissent. Alors que de nouvelles compétences viennent d'être attribuées aux sages-femmes, il convient de voir comment celles-ci vont être mises en pratique et répondre aux attentes des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES ET OUVRAGES

- 1- BARIAUD François, JACKSON Sandy, RODRIGUEZ-TOME Hector** *Regards actuels sur l'adolescence*
Paris : Puf, 1997, 278 p.

- 2- CARTER Caroline** *En savoir plus sur la sexualité des adolescents*
Edition Gamma, 2004, 56 p.

- 3- CHABY Lucien** *L'adolescente et son corps*
Edition Flammarion, 1997, 127 p. (Collection «DOMINO»)

- 4- FELDMAN Jean-Pierre** *La contraception orale chez la jeune fille*
Saint-Etienne, 1983, 77 p.

- 5- LANSAC Jacques, LECOMTE Paul, MARRET Henri** *Gynécologie*
Paris : édition Elsevier-Masson, 7^{ème} édition, 2007, 574 p.

- 6- LEHALLE Henri** *Psychologie des adolescents*
Paris : édition Puf, 4^{ème} édition, 1995, 265 p.

- 7- PICOT Chantal** *Sexualité, leur en parler, c'est prévenir*
Toulouse : édition Eres, 1994, 180 p.

- 8- PONS Jean-Claude** *Interruption volontaire de grossesse et sa prévention*
Paris : édition Masson, 2004, 360 p.

9- SERFATY David Contraception

Paris : édition Masson, 2^{ème} édition, 2002, 436 p.

10- VANEK-DREYFUS Adeline La crise d'adolescentes-Comment agir en tant que parents ?

Edition Studyrama, 2005, 211 p.

ARTICLES

11- AZOULAY Catherine

Contraception hormonale et risque thromboembolique veineux : Quel meilleur choix ? Réflexion en gynécologie-obstétrique, 2010, tome 3, tiré à part du n°11, p. 2-3

12- ALVIN Patrick, MAGNIER Jean-Claude

Les mineures et la « pilule du lendemain » La revue du praticien, 2002, n°52, p. 353-355

13- AUBENY Elisabeth

Que faire lors d'une demande de contraception d'urgence ? Les dossiers de l'obstétrique, 2007, n°356, p. 22-25

14- Centre national de documentation pédagogique (CNDP)

Guide du formateur- L'éducation à la sexualité au collège et au lycée Collection Repères
2004, 56 p.

15- JAMIN Christian

La pilule est-elle plus qu'un contraceptif ? Contraception pratique & gynécologie, 2010, n°2, p. 1-8

16- LESAUNIER Annick

Adolescence et sexualité. Vocation sage-femme, 2011, n°89, p. 41

17- LETOMBE Brigitte

L'actualité en matière de contraception d'urgence Les dossiers de l'obstétrique, 2010, n°399, p. 14-17

18- NOUR Richard

Contraception, mode d'emploi Profession Sage-Femme, 2010, n° 166, p. 37-39

19- QUEREUX Christian

Contraception de la très jeune adolescente Les dossiers de l'obstétrique, 1999, n°278, p. 33-34

20- SIRVEN Anne

Contraception d'urgence Vocation Sage-Femme, 2008, n°64, p. 11-20

21- ZAFRAN Marc

La consultation de base en contraception. Les dossiers de l'obstétrique, 2002, n°306, p. 26-33

SITES INTERNET

22- ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.

Recommandations pour la pratique clinique, 7décembre 2004. [en ligne], disponible sur
< <http://www.inpes.santé.fr/7000/dp/04/dp041207.pdf> > (consulté le 20.10.10)

23- IGAS. Rapport sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001 [en ligne], disponible sur

< <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000047/index.shtml> >

24- INPES. Dossier de presse septembre 2007, la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. [en ligne], disponible sur

< <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf> > (consulté le 20.10.10)

25- INED. Fiches pédagogiques, tout savoir sur la population. [en ligne], disponible sur :
http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/ (consulté le 23.12.10)

26- Legifrance. [en ligne], disponible sur < <http://www.legifrance.gouv.fr> >
(consulté le 22.12.10)

27- Ministère de l'Education Nationale de la jeunesse et de la vie associative. [en ligne],
Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr> (consulté le 23.12.10)

MEMOIRE

28- WILL Sophie

La contraception d'urgence dans la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence
Mémoire pour l'obtention du DE, école de sages-femmes de Nancy, 2005, 80 p.

29- SCHWEITZER Hélène

La contraception : répercussion de cette information sur les adolescentes
Mémoire pour l'obtention du DE, école de sage-femme de Metz, 2001, 79 p.

30- BIGI Hélène

IVG à l'adolescence : profil type ou face cachée ?
Mémoire pour l'obtention du DE, école de sage-femme de Metz, 2007, 98 p.

AUTRES

31- Les résistances à la contraception. Cours dispensé par le Dr.P. LACHCAR à la faculté de
médecine de Grenoble dans le cadre du DU : Contraception, IVG, Sexualité.

32- Séminaire de sexologie, animé par le Professeur Jacques WAYNBERG

le 13 et 14 décembre 2010 et le 24 et 25 janvier 2011

ANNEXES

ANNEXE I : Classification de Tanner : Stades du développement pubertaire chez les filles et les garçons.

ANNEXE II : Extrait du Code de la Santé Publique légiférant la profession des sages-femmes.

ANNEXE III : Extrait du référentiel métier et compétence des sages-femmes datant de janvier 2010.

ANNEXE IV : Extrait du Code de l'Education.

ANNEXE V : Extrait du Code de la Santé Publique, concernant les missions, l'organisation et le fonctionnement des CPEF.

ANNEXE VI : Extrait du rapport de l'IGAS, publié en février 2010.

ANNEXE VII : Outil de l'enquête.

ANNEXE I : Classification de Tanner : stades du développement pubertaire chez les filles

Tableau 1 : La pilosité pubienne (garçon et fille)

STADES	CARACTERISTIQUES
P1	Absence de pilosité.
P2	Quelques poils longs sur le pubis.
P3	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse.
P4	Pilosité pubienne fournie.
P5	La pilosité s'étend à la racine de la cuisse et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon.

Tableau 2 : Le développement mammaire

STADES	CARACTERISTIQUES
S1	Absence de développement mammaire.
S2	Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole.
S3	La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole
S4	Développement maximum du sein (apparition d'un sillon sous mammaire). Saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande.
S5	Aspect adulte. Disparition de la saillie de l'aréole.

Tableau 3 : Le développement des organes génitaux externes du garçon

STADES	CARACTERISTIQUES
G1	Testicules et verge de taille infantile.
G2	Augmentation du volume testiculaire de 4 à 6 ml (L 25 à 30 mm)
G3	Continuation de l'accroissement testiculaire de 6 à 12 ml (L 30-40 mm)
G4	Accroissement testiculaire de 12 à 16 ml (L 40-50 mm) et de la verge
G5	Morphologie adulte.

ANNEXE II : Extrait du Code de la Santé Publique légiférant la profession des sages-femmes

Article L4151-1

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Article L5134-1

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V)

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 87

I.-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 prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des 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.

II.-Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III.-Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant. Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception, et notamment la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

ANNEXE III : Extrait du référentiel métier et compétence des sages-femmes, janvier 2010

Situation 7

REALISER UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION

Réaliser un diagnostic

- En accueillant la femme et éventuellement l'accompagnant, en consultation, en l'informant du suivi gynécologique régulier et en lui proposant de réfléchir à sa contraception.
- En réalisant l'anamnèse, afin d'identifier d'éventuelles contre-indications
 - en repérant les conduites de consommation à risque
 - en repérant les comportements à risque
 - en identifiant les facteurs de risque médicaux
- En réalisant l'examen clinique de la femme
- En réalisant, si nécessaire, un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- En présentant les différentes formes de contraception possibles pour éclairer son choix :
 - en utilisant des supports pédagogiquesen étant à l'écoute de ses attentes et de son mode de vie et en lui présentant les risques/bénéfices de chaque option
 - en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle
 - en instaurant le dialogue autour de la sexualité avec la femme / le couple
- En prévenant et dépistant toute situation de vulnérabilité de la femme
- En participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles
- En prescrivant la contraception et les examens complémentaires en relation avec le suivi gynécologique
 - en faisant reformuler la femme quant à sa compréhension de l'utilisation de la méthode contraceptive retenue, et si besoin en lui faisant réaliser les gestes adaptés
 - en l'informant sur les démarches d'observance, de suivi, et de conduite à tenir en cas d'échec, d'oubli ou de problème
 - en donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé
- En prescrivant si nécessaire d'autres thérapeutiques (vaccins, médicaments)

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- En planifiant le suivi gynécologique de la femme
- En cas de dépistage de pathologie, en adressant la femme à un médecin

ANNEXE IV : Extrait du Code de l'éducation

Article L312-16

Créé par Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 22 JORF 7 juillet 2001

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.

ANNEXE V : Extrait du Code de la Santé Publique, concernant les missions, l'organisation et le fonctionnement des CPEF

Article L2311-1

Les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et les centres de planification ou d'éducation familiale ne doivent poursuivre aucun but lucratif.

Article L2311-2

Le président du conseil général agréé les centres de planification ou d'éducation familiale, à l'exception des centres de planification relevant d'une collectivité publique.
Dans ce cas, la création ou l'extension de ces centres est décidée par la collectivité concernée, après avis du président du conseil général.

Article L2311-3

Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile est doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.
En outre, il est autorisé à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2, dans les conditions prévues aux

Article L2311-4

Les centres de planification ou d'éducation familiale sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'examens de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret.

Article L2311-5

Les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements. Un décret pris après avis du Haut Conseil de la santé publique fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Article L2311-6

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

- 1° Les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial ;
- 2° Les conditions de fonctionnement et de contrôle des centres de planification ou d'éducation familiale, ainsi que les conditions d'agrément des centres de planification ou d'éducation familiale ne relevant pas d'une collectivité publique.

ANNEXE VI : Extrait du rapport de l'IGAS, publié en février 2010

Principales recommandations de la mission sur la contraception

N°	Recommandation
1	Mettre en place un réseau de professionnels de santé acceptant le tiers payant pour assurer l'accès gratuit des jeunes à la contraception et leur information sur les questions de santé sexuelle.
2	Etendre le principe de la gratuité au-delà de 18 ans pour les jeunes jusqu'à 25 ans dépourvus de couverture sociale autonome et en faisant la demande.
3	Lancer une évaluation de la situation des centres et établissements de planification.
4	Définir et mettre en place un dispositif d'évaluation pour apprécier l'impact des différentes mesures introduites par la loi du 21 juillet 2009.
5	Analyser l'expérience britannique de délivrance directe des contraceptifs en pharmacie
6	Envisager un nouveau projet législatif pour lancer en France une expérimentation de délivrance directe, limitée dans le temps et accompagnée d'un protocole précis et rigoureux
7	Promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée, et en particulier le stérilet
8	Présenter la stérilisation parmi les moyens de contraception
9	Engager une négociation avec les laboratoires pharmaceutiques en vue du remboursement des nouvelles formes de contraception hormonale non orale.
10	Mettre à disposition du grand public des supports sur les problèmes concrets de gestion de la contraception.
11	Mettre en œuvre l'objectif du Plan santé jeunes visant à adapter le conditionnement des contraceptifs pour améliorer l'observance.
12	Promouvoir la prescription d'une contraception d'urgence en complément de la contraception orale (cf recommandation 18).
13	Développer la place accordée aux questions de contraception dans la formation théorique et pratique des futurs médecins.
14	Encourager le développement d'actions de formation médicale continue axées sur la contraception.
15	Adapter le programme des études de sage-femmes aux nouvelles compétences que leur reconnaît la loi du 21 juillet 2009 en matière de contraception.
16	Reconnaître financièrement la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive.
17	Améliorer le statut, actualiser le positionnement et développer l'intervention des conseillères conjugales et familiales.
18	Encourager la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence « à l'avance ».
19	Développer des outils opérationnels de guidance pour les pharmaciens dans la délivrance de la contraception d'urgence.
20	Elargir les possibilités pour l'infirmière scolaire d'apporter une réponse de premier recours.
21	Organiser et financer l'approvisionnement des pharmacies scolaires.
22	Développer des formations sur la contraception d'urgence pour les infirmières scolaires et les doter d'outils d'aide à la décision.

Principales recommandations de la mission relatives à l'éducation à la sexualité, à l'information et à la communication

N°	Recommandation
1	Faire un état des lieux de la situation concernant la mise en œuvre de l'article L 312-16 du Code de l'éducation
2	Lancer une mission interministérielle IGAS-IGAEN visant à proposer des modalités concrètes d'actions pour intensifier l'effort d'information et l'éducation à la sexualité en direction des jeunes
3	Mettre en place un dispositif de pilotage et de suivi opérationnel avec des indicateurs de performance permettant de suivre les progrès réalisés dans chaque établissement scolaire en matière d'éducation à la sexualité
4	Clarifier le financement : évaluer les besoins et la répartition entre les différents financeurs en fonction des compétences de chacun
5	Recenser les ressources mobilisables pour mener les actions d'information et d'éducation à la sexualité au niveau de chaque région : organismes concernés, personnes qualifiées
6	Développer les actions d'information et d'éducation par les pairs auprès des jeunes
7	Recenser et diffuser les expériences innovantes et bonnes pratiques en matière d'information et d'éducation à la sexualité dans et hors de l'institution scolaire
8	Développer des protocoles d'évaluation pour apprécier l'impact des actions menées en matière d'information et d'éducation à la sexualité
9	Renforcer la formation des professionnels qui entrent en contact avec les jeunes hors du système scolaire, (professionnels des missions locales, foyers de jeunes travailleurs, associations de jeunesse)
10	Intégrer dans cette formation, à côté de l'information directement opérationnelle, une approche des questions sensibles auxquelles les jeunes peuvent être confrontés
11	Prévoir dans les programmes d'étendre cette formation au-delà des éducateurs à toute l'équipe éducative notamment les directeurs d'établissements (PJJ, CFA, AFPA etc...)
12	Pour la PJJ, systématiser les actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes sous main de justice
13	Inscrire l'éducation à la sexualité dans les orientations des commissions de coordination des politiques publiques de santé
14	Faire au niveau local l'inventaire des différents lieux d'accueil des jeunes en situation de précarité pour y développer des actions d'information et d'éducation à la sexualité
15	Si une maison des adolescents est adossée à l'hôpital, inclure la possibilité de donner l'information sur la planification familiale et la contraception

16	Si le personnel de santé fait des interventions en milieu scolaire, dans le cadre de la planification familiale, voir comment élargir les lieux d'intervention (missions locales, PJJ etc....
17	Renforcer les formations de formateurs et les actions menées par le MFPP dans le cadre du partenariat avec l'Etat et mettre dans les conventions avec les associations qui interviennent auprès des populations en situation de vulnérabilité un volet contraception.
18	Mettre à profit les actions collectives menées dans les centres de PMI, pour donner l'information sur la contraception
19	Prévoir de diffuser aussi des informations sur la contraception en direction des hommes présents dans les institutions (CHRS, CADA...)
20	Prévoir que les campagnes nationales de communication sur ces thématiques soient régulièrement réitérées
21	Renforcer les déclinaisons locales des campagnes nationales de communication
22	Associer à la définition des campagnes nationales d'information des personnes cibles.
23	Revoir la définition des campagnes en direction de l'outremer, diffuser les documents d'information dans l'ensemble des collectivités ultramarines

4. Avec quelles personnes de votre entourage vous sentez-vous le plus à l'aise pour aborder ces sujets?

- père frères/sœurs
 mère amis
 petit(e) ami(e) autres précisez:

5. Un membre de votre famille **vous a-t-il déjà proposé** d'aller consulter un professionnel de santé pour :

- effectuer une consultation gynécologique ? Oui Non
- obtenir une contraception ? Oui Non
- vous faire vacciner contre le cancer du col de l'utérus ? Oui Non
 aucune de ces trois situations

6. 1. Avez-vous, **vous même, eu envie de solliciter** un membre de votre famille? Oui Non

L'avez-vous fait? Oui Non

Si non, pourquoi? gêne

(plusieurs réponses possibles) peur d'un refus de leur part

sentiment d'être in

vous ne souhaitez pas les mettre au courant de votre vie intime

on ne parle pas de ces choses là à la maison

2. Dans ce cas, avez-vous pu trouver tout de même les informations qui vous étaient nécessaires?

Oui Auprès de qui ? Non

Le centre de planification et d'éducation familiale.

7. Savez-vous ce qu'est un centre de planification et d'éducation familiale ?

Oui Non

8. D'après vous, quels professionnels de santé peut-on rencontrer dans cet endroit ?

-
-
-
-

9. Que peut-on faire au centre de planification?

-
-
-
-

10. Savez-vous où se trouve le centre de planification le plus proche de votre domicile ou de votre lycée ?

Oui Non

11. Vous y êtes-vous déjà rendue ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ?

La contraception.

12. Trouvez-vous qu'il est facile pour vous de vous procurer un moyen de contraception?
Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

13. Comment décririez-vous la contraception en quelques mots (par exemple, au niveau du prix, des horaires et des endroits où on peut se la procurer, par rapport aux parents, ou autres.....) ?

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

14. Utilisez-vous un moyen de contraception ? Oui Non

Si oui, lequel ?

- Après de qui vous l'êtes-vous procurée? centre de planification
 sage-femme
 médecin généraliste ou gynécologue
 distributeur

15. D'après-vous, pour obtenir un moyen de contraception, il faut obligatoirement :

- l'autorisation des parents ? Oui Non
- la carte vitale ? Oui Non
- avoir un examen gynécologique? Oui Non

16. Y a-t-il un distributeur de préservatifs dans votre établissement ? Oui Non

Est-il difficile pour vous de vous procurer des préservatifs? Oui Non

Si oui, pourquoi?

.....

17. Pensez-vous qu'il existe un endroit où vous pouvez avoir une contraception **gratuitement et anonymement** ?

Oui Non

Si oui, où ?

.....

18. Peut-on être enceinte après un premier rapport sexuel ? Oui Non

La contraception d'urgence ou pilule du "lendemain".

19. Où peut-on se la procurer?

-
-
-
-

20. D'après-vous, l'obtention de la pilule du lendemain pour les jeunes filles mineures est :

- payante gratuite
- délivrée sans ordonnance une ordonnance est nécessaire
- carte d'identité nécessaire anonymat

21. Faut-il l'autorisation des parents pour l'obtenir? Oui Non

22. La contraception d'urgence peut-elle servir de contraception, de manière régulière comme une pilule,

pour chaque rapport sexuel? Oui Non

23. D'après-vous, de combien de temps disposez-vous pour prendre la contraception d'urgence, après un

rapport sexuel non ou mal protégé ?

24. 1. L'avez-vous déjà utilisée? Oui Non

Si oui, plusieurs fois? Oui Non

2. Où êtes - vous aller la chercher ? pharmacie

centre de planification et d'éducation familiale

infirmière scolaire

3. Face aux personnels de la pharmacie, du centre de planification, l'infirmière, avez-vous eu des difficultés?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....

L'information.

25. Quelles sont vos principales sources d'informations concernant les thèmes de la sexualité, contraception et prévention des I.S.T ? (trois réponses possibles à numéroté par ordre croissant)

.... famille

.... infirmière scolaire / professeur

.... intervention sage-femme ou médecin, en milieu scolaire

.... livres / brochures

.... internet

.... forum santé dans votre établissement

.... autres, précisez :

26. Dans le cadre scolaire, à quel(s) moment(s) avez-vous eu des séances d'informations sur les thèmes de la sexualité/ contraception/ prévention des infections sexuellement transmissibles?

4ème 3ème 2nde 1ère autres filières jamais

27. Vous sentez-vous assez informées sur ces sujets? Oui Non

28. Avoir une séance supplémentaire d'information vous intéresse-t-il ? Oui Non

29. Pensez- vous que les sites internet suffisent à répondre à vos questions et à vous informer ? Oui Non

30. Avez- vous connaissance des campagnes de prévention contraception actuellement en cours ?

Oui Non

Si oui, comment en avez-vous entendu parler?

.....
.....

31. Si une sage-femme tenait des permanences de consultations, **gratuites et anonyme**, une fois par mois dans votre établissement, iriez-vous la consulter pour aborder certains de ces thèmes (contraception, prévention, IST...)? Oui Non

Avez-vous des idées ou des propositions à faire pour faciliter l'accès à la contraception des jeunes filles?

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