



HAL
open science

La contraception d'urgence dans la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence

Sophie Will

► **To cite this version:**

Sophie Will. La contraception d'urgence dans la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence. Médecine humaine et pathologie. 2005. hal-01893125

HAL Id: hal-01893125

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01893125v1>

Submitted on 11 Oct 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 Albert FRUHINSHOLZ

NANCY

La Contraception d'urgence dans la prévention des grossesses
non désirées à l'adolescence

Mémoire présenté et soutenu par

Mlle WILL Sophie

Née le 21 octobre 1980

Promotion 2001/2005

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Mme Belgy et Mme Andrès pour leur encadrement et leurs conseils

Mme Pontus pour son aide précieuse, sa disponibilité et son soutien

Mr Catau pour sa documentation

Mr Chevalier pour son soutien et sa disponibilité

Frédéric pour sa patience, son soutien et son aide précieuse

Mes parents et mes sœurs pour leur présence, leur soutien

Un grand merci à tous les adolescents qui ont accepté de répondre à mes questionnaires.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
PREFACE	5
INTRODUCTION.....	6
Première Partie : Prise en charge des grossesses non désirées à l'adolescence	7
I. Adolescence et éveil sexuel	8
1. La période de l'adolescence	8
2. Eveil à la sexualité : quel interlocuteur privilégié ?	10
II. Pour une sexualité sans risque	16
1. Contraception programmée	16
2. La contraception d'urgence	18
III. Echec de prévention	26
1. Grossesse à l'adolescence	26
2. IVG : Solution choisie par 2/3 des mineures	27
Deuxième Partie : Description et résultats de l'enquête	33
Les connaissances sur la contraception d'urgence	33
I. Présentation de l'étude	34
1. But	34
2. Méthode d'évaluation	34
3. Population ciblée	35
4. Recueil des données	35
5. Limites et problèmes rencontrés	36
II. Les résultats	37
1. Identité de l'échantillon	37
2. A propos de la contraception	38
3. A propos de la pilule du lendemain ou contraception d'urgence (Norlevo®)	46
Troisième partie : Analyse et propositions	52
I. Autour d'un comportement sexuel à risque	53
1. Analyse des résultats	53
2. Propositions : développer les actions de prévention dans le domaine de la sexualité en milieu scolaire	55

II. Autour de l'IVG	58
1. Analyse : IVG solution banalisée ?	58
2. Proposition : renforcer l'information sur l'IVG	58
III. Autour des connaissances de la pilule du lendemain	60
1. Analyse des résultats	60
2. Proposition : développer les sources et les modalités d'accès à l'information sur la contraception d'urgence	62
IV. Autour des réticences à prendre la pilule du lendemain	68
1. Analyse des résultats	68
2. Proposition : prescription préventive	68
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES	80

PREFACE

Lors d'un stage en orthogénie, j'ai été très touchée par la détresse d'une adolescente qui refusait de se rendre au bloc opératoire. Assise sur le bord du lit en chemise d'opérée, elle m'expliquait, entre deux sanglots, qu'elle ne comprenait pas ce qui lui arrivait et qu'elle ne trouverait jamais la force de réaliser cette interruption de grossesse. Lors d'une de ses premières relations sexuelles, elle était intimidée et encore inexpérimentée. Le préservatif se rompt mais en toute naïveté, elle est certaine que le risque de grossesse ne peut pas arriver, pas à elle. Alors elle attend, dans la crainte et la peur de ses parents, entre autre, jusqu'au jour, où, totalement paniquée, elle décide de se confier à sa mère. Mais il est déjà trop tard : le test de grossesse est positif.

Face à cette souffrance et aux conséquences psychologiques que peut entraîner un tel acte sur une jeune fille en pleine construction physique, sexuelle et émotionnelle, il me semble primordial de développer les informations et de se donner tous les moyens possibles pour prévenir les grossesses non désirées.

Grâce à mon stage au centre de planification et d'éducation familiale à l'hôpital Villemin, j'ai compris toute l'importance du rôle de la sage femme dans le cadre de l'information des jeunes. Cette dernière entretient une relation privilégiée avec eux et véhicule ainsi plus librement et plus efficacement les messages de prévention des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG), des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et d'information sur la contraception. L'évocation de la pilule dite « du lendemain », d'accès désormais plus facile pour les mineures, depuis la loi du 04 juillet 2001, m'a interpellé. Son utilisation aurait pu éviter l'épreuve douloureuse qu'a traversée la jeune fille que j'avais rencontrée. J'ai alors souhaité m'intéresser à son impact sur le nombre d'IVG. Mais au cours des dix dernières années, le nombre d'IVG est resté stable. Pourquoi la pilule du lendemain, qui semble adaptée à la sexualité des jeunes et qui est désormais délivrée facilement, n'entraîne pas une diminution des interruptions de grossesse ? Est ce par méconnaissance de ce moyen ?

INTRODUCTION

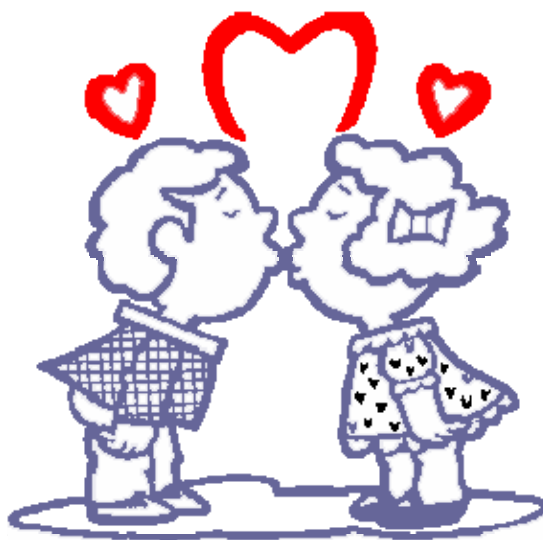
En France, chaque année, on compte 10000 grossesses chez les adolescentes dont 7000 aboutiront à une interruption volontaire de grossesse, source d'une souffrance qui ne me laisse pas indifférente. En terme de santé publique, ces chiffres sont alarmants. L'accès à la contraception devient alors une priorité du ministère de la santé. C'est pourquoi le 04 juillet 2001, une loi relative à la contraception d'urgence et à l'IVG est votée. Celle-ci facilite désormais la délivrance de la pilule du lendemain aux mineures. Or, depuis 2001, on n'observe pas de diminution significative du nombre d'IVG. Comment expliquer ce constat ?

Dans une première partie, j'aborderai la prise en charge des grossesses non désirées chez les adolescentes.

Je présenterai, ensuite, mon enquête sur les connaissances de la contraception d'urgence menée auprès de collégiens et lycéens ainsi que les résultats qui en découlent.

Enfin, je discuterai les résultats pour proposer de nouvelles réflexions afin d'entrevoir les possibilités de diminution le nombre d'IVG chez les mineures.

Première Partie : Prise en charge des grossesses non désirées à l'adolescence



I. Adolescence et éveil sexuel

1. La période de l'adolescence

La façon de percevoir l'adolescence n'a pas toujours été la même au travers des âges et des époques.

1.1. Période complexe

1.1.1. Définition

Il n'y a pas une mais de multiples définitions de l'adolescence. Toutes, cependant, retiennent la spécificité de cette période unique de la vie comme sa caractéristique dominante. L'adolescence est, en effet, une **période de transition** au cours de laquelle un sujet n'est plus tout à fait un enfant, mais pas encore l'adulte qu'il s'apprête à devenir. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle d'individus âgés **de 10 à 19 ans**. L'adolescence, qui commence avec le début de la puberté, est dominée par les **transformations** physiques et physiologiques, surtout sexuelles ; par la question centrale de la normalité, par les préoccupations liées à l'image corporelle et à la différence des sexes. Cette période est également caractérisée par des prises de risques et un manque d'appréciation des conséquences possibles ; par des réactions s'exprimant à l'extrême sur le mode de l'impulsivité, du conflit ou du repli.

1.1.2. En résumé

La période de l'adolescence se définit par l'apparition de changements et l'existence de possibilités considérables. On y observe un **triple remaniement** : de la relation avec son propre corps, avec sa sexualité et avec son environnement.

Toutes ces manifestations sont évidemment variables d'un adolescent à l'autre. De nombreux facteurs peuvent en moduler les expressions, en particulier la métamorphose corporelle plus

ou moins avancée, le milieu familial, social et environnemental et enfin la souplesse du contexte culturel.

1.2. Les « nouveaux » adolescents

L'évolution de la société a entraîné une modification des comportements et des mentalités. Ainsi les adolescents d'aujourd'hui sont bien différents de ceux de la génération précédente. Une croissance individuelle plus rapide, une libéralisation générale des mœurs, les classes mixtes, l'allongement des études et ainsi le retard dans l'entrée à la vie active ont transformé les schémas.

L'explosion de mai 1968 et la révolution contraceptive ont entraîné la dissociation de la sexualité et de la procréation. La libéralisation des relations sexuelles précoces est incontestable.

Il est important de prendre en compte cette évolution car la façon d'aborder un adolescent n'est plus la même, et, en particulier, lorsqu'on aborde la sexualité.

1.3. Sexualité à l'adolescence

1.3.1. Introduction

Rappelons pour commencer que l'adolescence est cette période charnière, de construction de la personnalité et de l'identité sexuelle. C'est la période des premières relations sexuelles, dans un climat très différent de celui de nos ancêtres. Le comportement sexuel des adolescents s'est, en effet, peu à peu transformé au cours des dernières décennies : plus grande précocité des rapports sexuels, multiplication des partenaires.

1.3.2. Epidémiologie

En France, l'âge moyen des premiers rapports sexuels, équivalents dans les deux sexes, se maintient depuis 1985 à 17 ans. En revanche, la distribution des âges au premier rapport montre une translation vers des âges plus jeunes : 21 % des garçons et 10 % des filles ont leur premier rapport à 15 ans (14).

1.3.3. Caractéristiques

L'entrée dans la vie sexuelle est progressive, mais elle reste bien souvent un moyen de prouver les compétences de son corps et son indépendance aux parents.

Les rapports sexuels à l'adolescence ont pour caractéristiques d'être spontanés, sporadiques (5 à 15 par an) et non planifiés (63% ont lieu pendant les périodes de vacances). De plus, les unions sont de courtes durées (14).

Ainsi, l'adolescent est un individu fragile, chez qui s'impose une maturité physique, avec le développement de la puberté, et sexuelle. Face à l'émergence d'une sexualité évidente, il est essentiel que l'adolescent trouve, dans son entourage, un référent en matière d'éducation à la sexualité. Différents acteurs peuvent intervenir.

2. Eveil à la sexualité : quel interlocuteur privilégié ?

On distingue quatre grands acteurs.

2.1. La famille

Théoriquement, les parents sont au premier plan et jouent le rôle des premiers acteurs dans l'éducation à la sexualité, mais, en pratique, ce n'est pas toujours aussi aisé.

2.1.1. Point de vue des parents

Il n'est pas facile pour les parents, qui sont très proches de leurs enfants, de parler de quelque chose d'aussi intime que la sexualité ; cela suppose qu'il leur faut implicitement soulever le voile sur leur propre vie. En fonction de l'éducation qu'ils ont, ou non, reçue de leurs propres parents, il ne leur est pas toujours facile de trouver les bons mots. Et surtout, de quoi parler ? Par où commencer ? Où s'arrêter ? Comment en parler ? Quels mots employer ? Ainsi même si le sujet n'est plus aussi tabou qu'autrefois, les parents ne sont pas toujours à l'aise face à ce thème délicat.

Il semblerait que la mère parle plus de sexualité que le père sans doute parce qu'elle se limite à la sexualité de la reproduction. Les frères et sœurs ne collaborent que très peu à un échange enrichissant en matière de sexualité.

Certains parents continuent à défendre la primauté de leurs responsabilités. Les familles reconnaissent volontiers que leur intervention éducative reste limitée, faute d'audace des parents et de réceptivité des enfants. On s'aperçoit que l'éducation sexuelle qui semblait aller de soi après les années 1968 n'est pas chose facile.

2.1.2. Point de vue des enfants

Pour l'adolescent, ses parents ne sont peut-être pas les interlocuteurs privilégiés pour parler de sexualité. La recherche de son identité entraîne un travail de séparation de ses parents et de deuil des images parentales idéalisées dans l'enfance. La difficulté d'établir un dialogue se comprend facilement. En matière de sexualité, l'enfant a envie qu'on lui parle de relation avec l'autre et donc aussi de la notion de plaisir et pas seulement de danger, de risques, de protection, sujets derrière lesquels, bien souvent, se cachent les parents.

Un deuxième acteur peut alors entrer en jeu.

2.2. Le milieu scolaire

2.2.1. Législation

La loi du 04 juillet 2001 (Annexe 2) a confié à l'école une mission éducative dans le champ bien spécifique de l'éducation à la sexualité. Celle-ci mentionne « qu'une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupe d'âge homogène. Elles sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées » (25).

Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue à cette formation.

Cette éducation, qui se fonde sur des valeurs humanistes de tolérance et de liberté, de respect de soi et d'autrui, doit trouver sa place à l'école, à la fois dans les institutions publiques et privées, sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun.

2.2.2. Organisation des séquences d'éducation

2.2.2.1. Objectifs

L'éducation à la sexualité a pour **objectifs** de :

- donner aux élèves les moyens de s'approprier progressivement les données essentielles de leur développement sexuel et affectif (comprendre et accepter leurs modifications corporelles...)
- comprendre l'importance du respect mutuel et la construction de sa propre image à travers la relation aux autres. (respect des autres, apprentissage de la vie en collectivité...)
- développer un esprit critique et mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux.
- susciter la réflexion et les aider à développer des attitudes de responsabilités individuelles, familiales et sociales. (contraception lors d'un rapport sexuel...)

2.2.2.2. Programmes

Les enseignements scientifiques liés aux sciences de la vie occupent une place spécifique mais non exhaustive dans ce domaine (Annexe 3). Ils procurent aux élèves les bases scientifiques, les connaissances et raisonnement qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques mis en jeu.

La section 9 de la loi du 04 juillet 2001 impose **trois séances d'informations annuelles**, à organiser au sein de chaque établissement. Celles-ci sont organisées afin de concrétiser, de mettre en lien les différentes connaissances théoriques et de les compléter notamment dans les domaines affectif, psychologique et social.

2.2.2.3. Personnels impliqués

A l'école primaire, cette mission éducative revient au professeur des écoles. Celui-ci peut bien sûr faire appel aux médecins, et infirmières scolaires.

En collège et lycée, ces séances peuvent être prises en charge par les enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé (infirmière scolaire).

Mais il me semble très intéressant et bénéfique pour tout le système que des partenaires extérieurs spécialisés dans ce domaine interviennent. Le professeur peut aborder les aspects physiologiques et anatomiques de la relation sexuelle mais comment aborder, sans erreur d'interprétation de la part de ses élèves et sans gêne du professeur, les notions de plaisir, d'amour, de relation physique. La complémentarité des professionnels trouve toute sa place dans cette situation.

2.3. Les Centres de Planification et d'éducation Familiale (CPEF)

2.3.1. Missions

Les CPEF ont pour principales missions de prévenir des IST et des IVG.

Tout d'abord, ils permettent un accès facilité pour les adolescents à un lieu spécialisé, ce qui est rare. Ensuite, lors des consultations, les différents intervenants des CPEF assurent une écoute, un soutien dans des démarches parfois peu claires pour les patientes. C'est un temps d'échanges, d'informations, de prise de conscience de ses responsabilités ainsi que des différentes solutions individuelles. Le climat de confiance est indispensable pour un suivi bénéfique. Enfin, leur mission éducative est très importante et se déroule de manière individuelle ou collective. Les médecins et sages-femmes expliquent la signification de la sexualité dans le cadre des relations humaines, la biologie et le fonctionnement de la reproduction humaine, les effets secondaires, la stérilité, la fertilité, et enfin les risques, les échecs et complications d'un moyen contraceptif.

2.3.2. Constitution

On retrouve une organisation commune à bon nombre de centres. Les différents acteurs qui les constituent sont les suivants :

- Plusieurs médecins, gynécologue obstétricien, qui assurent les consultations médicales et qui peuvent participer aux actions de prévention en matière de sexualité.

- Une ou plusieurs sages femmes qui réalisent des actions de prévention collective à la demande des établissements, collèges et lycées mais aussi individuelle, au centre par exemple. Elles réalisent le dépistage des IST et conseillent sur la contraception.
- Une conseillère conjugale et familiale qui assure les entretiens pré- et post-IVG, qui participe aux actions de prévention et qui aide les couples et les familles à résoudre leurs problèmes.
- Une ou plusieurs assistantes sociales, qui recherchent des solutions adaptées aux patients, à leurs problèmes sociaux, familiaux et administratifs. Elle assure les liaisons avec les partenaires concernés (DISAS, équipes médico-sociales), les entretiens pré-IVG et les accompagnements post-IVG.

2.3.3. Interventions des CPEF de Nancy

Ceux-ci interviennent dans les établissements primaires, collèges et lycées général et technique, publics et privés. Le CPEF de l'hôpital Villemin se déplace dans les centres des sourds et malentendants, des aveugles, les centres spécialisés de Flavigny, les centre de jeunes filles ; Il travaille en réseau avec le **collectif sida-hépatite**, « tox médecin ville hôpital » (ainsi des partenariats avec Aides, Antigone, Médecins du monde sont établis), la mission locale de Vandoeuvre.

2.4. Implication du ministère de la santé

2.4.1. INPES

Créé par la loi du 04 mars 2002, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé est un nouvel établissement public placé sous la tutelle du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Ses missions sont élargies. Ce centre assure l'expertise et les conseils en matière de prévention et de promotion à la santé, le développement de l'éducation à la santé, la mise en place de programmes de prévention.

2.4.2. DRASS

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales est un service déconcentré du ministère de l'emploi et de la solidarité. Elle agit sous l'autorité du préfet de la région. Elle

assure la mise en œuvre des politiques nationales, la définition et l'animation des actions régionales et interdépartementales dans les domaines sanitaires, social et médico-social.

Ainsi, l'adolescent trouve dans son environnement diverses ressources pour construire son identité sexuelle. Quel que soit l'acteur qui entre en scène, le jeune individu doit trouver des informations claires, justes, constructives auprès d'un interlocuteur digne de confiance, qu'il a envie d'écouter. La prévention en matière d'éducation à la sexualité est indispensable. Elle permet aux adolescents de prendre les décisions concernant leur vie sexuelle en toute connaissance et d'en apprécier les conséquences.

Après avoir caractérisé la période délicate de l'adolescence et les différents intervenants participant à son éveil à la sexualité, abordons maintenant les moyens qui s'offrent à l'adolescent pour vivre sa sexualité sans risque.

II. Pour une sexualité sans risque

Un éventail de solutions s'offre à la jeune fille. Devant l'émergence d'une sexualité programmée, l'adolescente peut anticiper et choisir un moyen de contraception qui lui convient, mais face à une sexualité non planifiée, elle peut aussi choisir la contraception d'urgence.

1. Contraception programmée

1.1. La demande de contraception

1.1.1. Les objectifs

Le premier consiste à choisir une contraception adaptée afin d'éviter une grossesse non désirée et la demande fréquente d'IVG qui s'ensuit. Le second est de prévenir les IST. Enfin, le troisième vise à sensibiliser l'adolescente à la nécessité d'un suivi gynécologique régulier.

1.1.2. Le déroulement de la consultation

La première consultation en vue d'une contraception est souvent à l'origine de contraintes et de craintes pour la jeune fille, angoissée par un examen gynécologique et un questionnement sur son activité sexuelle. La présence réelle ou virtuelle de la mère est un élément déterminant qui modifie l'entretien. Un temps de tête à tête avec l'adolescente est important pour lui laisser la possibilité de parler librement de ses difficultés relationnelles avec le monde des adultes, de sa sexualité, des notions de plaisir et de relation avec l'autre.

Il est important d'expliquer, de façon simple, l'anatomie et la physiologie gynécologique, dont l'adolescente a souvent une grande méconnaissance, pour ainsi lui faire prendre conscience de sa fertilité possible.

La contraception sera ensuite choisie en fonction de sa personnalité, de sa sexualité et des éléments médicaux.

1.2. Quelle contraception proposée ?

Une contraception doit être fiable, tolérée, réversible et ne pas compromettre la fertilité ultérieure.

1.2.1. Méthodes déconseillées

Les méthodes naturelles ne sont pas fiables. La méthode du retrait nécessite une discipline de la part du partenaire, difficile à cet âge, et entraîne un profond sentiment de frustration. Le calcul de l'ovulation n'est pas envisageable en raison d'une fertilité élevée à cet âge, de l'irrégularité des cycles, d'une sexualité souvent imprévisible

Les capes et préservatifs féminins entraînent des manipulations complexes pour l'adolescente et altèrent la spontanéité des rapports.

L'utilisation des **spermicides** est délicate. Ils sont insuffisants chez la femme fertile et donc peu adaptés.

Le stérilet risque de compromettre la fertilité ultérieure, entraîne un risque infectieux et une augmentation des grossesses extra-utérines.

L'anneau vaginal est disponible depuis janvier 2004. Il s'agit d'un anneau qui diffuse localement des oestrogènes et de la progestérone à faible dose. Il est inséré dans le vagin le premier jour des règles et reste en place pendant trois semaines. On en remet un une semaine après. Cette méthode est peu adaptée à l'adolescente qui ne maîtrise pas complètement son anatomie. De plus, il faut penser à le changer toutes les trois semaines.

1.2.2. Méthodes conseillées

L'efficacité contraceptive du **préservatif** est bonne si l'utilisation est correcte.

La **pilule oestroprogestative** correspond à la contraception de choix : elle est simple et efficace en cas de prise correcte (indice de Pearl à 0,1%), mais nécessite une contrainte de prise quotidienne et entraîne des risques d'oublis.

Il est important de faire comprendre à l'adolescente qui consulte en gynécologie que la « pilule » protège de la grossesse, mais pas des IST, et que la double protection « préservatif + pilule » est une option de choix.

Le patch oestro-progestatif, disponible depuis janvier 2004, diffuse les hormones à travers la peau. Le rythme est mensuel : un patch est collé (abdomen, fesses) pour une semaine, il doit être changé le même jour de la semaine pendant 3 semaines ; la jeune fille ne colle pas de timbre la 4^{ème} semaine. Les problèmes d'oublis sont possibles. Le coût est également à prendre en compte : 15euros par mois (3 patches).

L'implant progestatif peut-être une alternative intéressante à la pilule du fait d'une très grande efficacité et de sa simplicité d'utilisation.

1.3. Taux d'échec des méthodes contraceptives

Il est nettement plus élevé que chez les femmes plus âgées (10). Après avoir développé les différentes facettes de l'adolescence (I.1.), nous comprenons mieux les raisons possibles d'échec de contraception: fertilité très élevée, rapports sexuels sporadiques et imprévus, moins bonne observance de la contraception du fait d'une inexpérience des méthodes contraceptives et des raisons comportementales.

Face à un échec de contraception ou à un rapport non protégé, la jeune fille peut bénéficier d'une contraception d'urgence.

2. La contraception d'urgence

2.1. Les différentes méthodes hormonales

2.1.1. Définition

On désigne par contraception d'urgence l'ensemble des méthodes de contraception spécifiques qui peuvent être utilisées comme mesure d'urgence pour empêcher une grossesse à la suite d'un rapport sexuel non protégé. La contraception d'urgence est utilisée après le coït (post-coïtale) mais avant le commencement de la grossesse. Il s'agit donc d'une méthode de rattrapage dont l'utilisation doit rester occasionnelle.

2.1.2. Historique

2.1.2.1. Méthode de « Yuzpe »

Depuis 1982 et jusqu'à un passé récent, les gynécologues prescrivait une forte dose d'un oestroprogestatif, habituellement l'éthinylestradiol et le lévonorgestrel, selon la méthode dite de « Yuzpe ». Cette méthode consistait à prendre deux comprimés de Tétragynon le plus rapidement possible dans un délai de 72 heures suite au rapport sexuel non protégé puis deux autres comprimés 12 heures après la première prise. Ces comprimés empêchaient la nidation en altérant l'endomètre et en inhibant ou retardant l'ovulation.

2.1.2.2. Norlevo®

Des études comparatives effectuées par l'OMS montrent que la contraception d'urgence à base de lévonorgestrel uniquement est aussi efficace et mieux tolérée que l'administration classique d'oestroprogestatif. Dès 1996, le laboratoire HRA Pharma a initialisé le développement de Norlevo®, une spécialité dédiée à la contraception d'urgence, dépourvue d'oestrogènes. L'autorisation de mise sur le marché de ce produit a été obtenue en France en avril 1999 et son enregistrement dans la majorité des pays européens fin mars 2000.

2.2. Caractéristiques de Norlevo®

2.2.1. Composition

Norlevo® contenait 750 microgrammes de lévonorgestrel par comprimé ; la boîte étant constituée de deux comprimés. Depuis décembre 2004, le conditionnement de ce médicament s'est modifié : la boîte de Norlevo® contient désormais un seul comprimé avec une posologie de 1500 microgrammes de lévonorgestrel.

2.2.2. Indications thérapeutiques

Cette contraception d'urgence est à prendre dans les 72 heures qui suivent un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive, c'est à dire suite à :

- Une rupture ou un oubli d'un préservatif

- Un oubli de pilule au delà du délai maximal acceptable depuis la dernière prise
- un échec de la méthode de coït interrompu
- une absence de contraception fiable
- à un viol

2.2.3. Schéma posologique simplifié

Depuis novembre 2003, les deux comprimés (contenant 0,75 mg de progestérone) de la contraception d'urgence se prennent en même temps et non plus à 12 h de décalage. A ce jour, le traitement nécessite la prise d'un seul comprimé dosé à 1,5 mg de progestérone.

2.2.4. Mécanisme d'action

Le lévonorgestrel utilisé comme contraceptif d'urgence agit principalement par blocage de l'ovulation, empêchant la fécondation en cas de rapport sexuel non protégé. Parallèlement, les progestatifs perturbent la migration des spermatozoïdes dans la cavité utérine en modifiant la glaire cervicale.

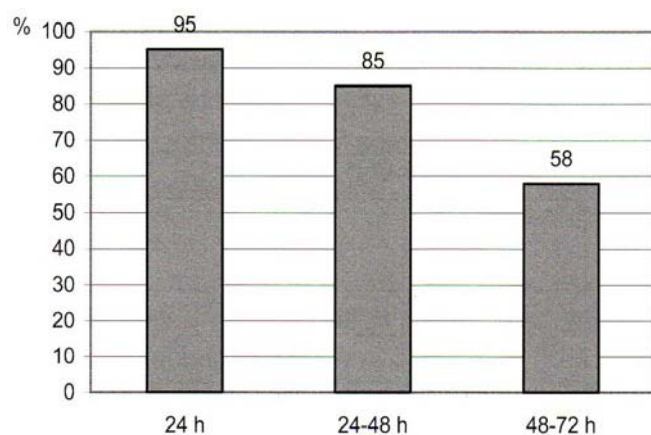
Le mécanisme hypothétique des progestatifs qui rendraient l'endomètre impropre à la nidation n'a pas été démontré.

2.2.5. Efficacité (24)

2.2.5.1. En fonction de la rapidité du traitement

Les études de l'OMS ont prouvé que plus la contraception d'urgence est prise rapidement après le rapport non protégé, plus elle est efficace. Si la pilule est prise dans les 24 heures qui suivent le rapport, elle est efficace à 95 %, contre 58% si elle est prise entre 48 et 72 heures.

TABLEAU 1 : pourcentage d'efficacité en fonction du délai de prise (24)



**2.2.5.2. Comparaison lévonorgestrel seul (Norlevo®)-
éthinyloestradiol+lévonorgestrel (Yuzpe)**

Une étude internationale réalisée par l’OMS a comparé ces deux méthodes et conclut une efficacité plus marquée pour Norlevo®.

TABLEAU 2 : efficacité comparée du Lévonorgestrel seul à la méthode Yuzpe (24)

	Levonorgestrel seul : Norlevo®	Levonorgestrel + éthynil estradiol : Yuzpe
Nombre de Femmes traitées	976	979
Nombre de Grossesses attendues	75	72
Nombre de Grossesses observées	11	31
Nombre de Grossesses évitées	64	41
Taux de succès théorique (%)	85	57
Taux de succès réel (%)	98,9	96,8

En effet, pour un même nombre de femmes traitées, le taux de succès réel est meilleur avec Norlevo®.

2.2.5.3. Comparaison prise unique- prise en deux fois

Selon une étude de l’OMS, la prise unique des deux comprimés de Norlevo® semble plus efficace que la prise fractionnée.

TABLEAU 3 : efficacité comparée du Lévonorgestrel seul en prise unique et en prise fractionnée de 12 heures d’intervalles (24)

	Prise unique	Prise fractionnée
Nombre de Femmes traitées	1356	1356
Nombre de Grossesses observées	20	24
Taux de grossesses évitées (%)	82	77
Taux de succès réel (%)	98,5	98,2

Cette étude nous montre bien que pour un même échantillon, le taux de succès réel de Norlevo® est légèrement supérieur si les 2 comprimés sont pris en même temps.

2.2.6. Effets indésirables

Norlevo® n’a pas les contre-indications liées à la présence d’estrogènes.

Les symptômes les plus fréquemment rapportés suite à la prise de Norlevo® sont des nausées, métrorragies et céphalées qui disparaissent très rapidement après la prise du médicament.

Depuis son lancement en France en 1999 et à l’étranger en juin 2000, Norlevo® a été délivré chez plus de 6 millions de femmes : aucun effet indésirable grave ou non prévu n’a été rapporté, attestant la très bonne tolérance du médicament.

Pour résumer, la contraception d'urgence par le lévonorgestrel seul, en une seule prise (un comprimé dosé à 1,5mg de progestérone), est plus efficace et mieux tolérée que la contraception d'urgence à base d'œstrogènes et de progestérone. Son efficacité est d'autant plus grande qu'elle est utilisée rapidement après le rapport non protégé.

2.3. Intérêt de cette contraception

La situation de l'adolescente vis à vis de cette contraception est particulière par plusieurs aspects. Tout d'abord, son activité sexuelle, épisodique et irrégulière, ne justifie pas à ses yeux la contrainte d'une contraception régulière. Ensuite, les oublis de pilule sont fréquents et plus risqués en terme de probabilité de grossesse que dans les autres tranches d'âge. Enfin, l'accident de préservatif (rupture) correspond à une réalité.

Ainsi, la contraception d'urgence est une piste intéressante pour prévenir les grossesses non désirées à l'adolescence, qui aboutiront 7 fois sur 10 à une demande d'interruption et donc à une souffrance potentielle.

De plus, avec la mise sur le marché d'un produit dénué d'effets secondaires, qui s'administre très facilement et qui a prouvé son efficacité, le gouvernement a fondé en lui un espoir pour diminuer le nombre d'IVG. Il lui accorde donc une législation spécifique.

2.4. Législation spécifique

2.4.1. Délivrance en pharmacie

2.4.1.1. Gratuité

Depuis le décret du 09 janvier 2002 (Annexe 4), le pharmacien doit délivrer gratuitement, sans ordonnance, la pilule du lendemain à une mineure, la minorité était justifiée par simple déclaration orale de la jeune cliente au pharmacien. En effet, « les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et non susceptibles de présenter un danger pour la santé dans les conditions normales d'emploi ne sont pas soumis à la prescription obligatoire. » (25).

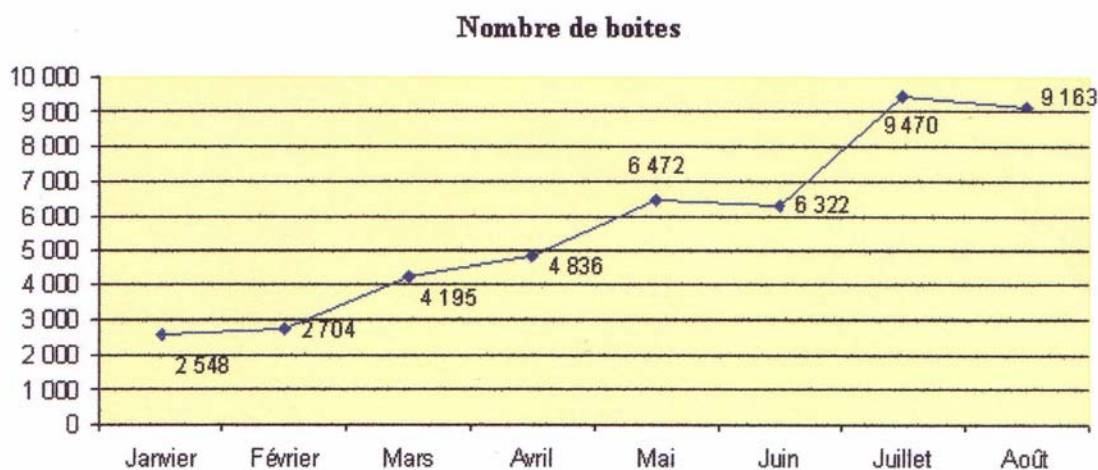
2.4.1.2. Conditions de facturation

Le paiement au pharmacien est effectué par la caisse primaire d'assurance maladie, le régime d'affiliation de la mineure étant par définition inconnu. Un numéro fictif de prescripteur doit être annoté et la vignette de Norlevo® jointe au support papier.

2.4.1.3. Nombre de boîtes de Norlevo® facturées

Elles sont facturées à l'assurance maladie dans le cadre du dispositif de gratuité pour les mineures.

Graphique 1 : nombre de boîtes facturées à l'assurance maladie de janvier à août 2002 en fonction du dispositif de remboursement (26)



Les statistiques mensuelles recueillies de janvier à août 2002 montrent une progression régulière du nombre total de boîtes de Norlevo® facturées à l'assurance maladie. Ainsi, 9163 boîtes ont été remboursées en août contre 2548 en janvier. Cette augmentation est due à la mise en place du dispositif de gratuité pour les mineures (Annexe 5).

2.4.1.4. Problèmes posés

La délivrance sans ordonnance et la gratuité de la pilule du lendemain peut néanmoins poser certains problèmes en terme de santé publique ; problèmes que les pharmaciens m'ont bien expliqués. Il s'agit tout d'abord d'un recours abusif à ce mode de contraception, puis d'une augmentation du nombre d'IST, et enfin une absence de suivi médical.

2.4.1.5. Informations

Le pharmacien donne une information complète : il doit disposer d'un endroit calme pour voir la jeune fille en privé. Il insiste sur les modalités de prise, sur son caractère occasionnel, sur la nécessité d'un suivi médical, sur l'importance d'un moyen de contraception fiable. Une orientation vers un CPEF est toujours proposée.

2.4.2. Délivrance en milieu scolaire

Depuis le décret du 27 mars 2001 (Annexe 6), les infirmières scolaires peuvent, à titre exceptionnel et si un médecin ou CPEF n'est pas immédiatement accessible, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence, à condition que celles-ci soient dans une situation d'extrême urgence.

Avant l'administration du médicament, l'infirmière doit s'entretenir avec l'élève afin de caractériser la « situation d'urgence ». Si la situation n'est pas extrêmement urgente, l'infirmière doit orienter l'élève vers un médecin ou un CPEF et doit lui proposer de s'entretenir également avec ses parents. Si la situation est très urgente, l'infirmière peut délivrer la pilule du lendemain, à la condition d'apporter une information claire, complète et intelligible. L'infirmière s'assure de la prise correcte du médicament. Cette administration fera ensuite l'objet d'un compte rendu. La professionnelle doit enfin assurer un suivi psychologique et médical à l'adolescente. Ce moment est également l'occasion de sensibiliser la jeune fille aux problèmes des IST et de l'importance d'une contraception fiable et d'un suivi régulier. Ainsi, de septembre 2001 à juin 2002, une enquête nationale a été menée auprès des infirmières scolaires, à la demande du ministère de la santé. 15 171 demandes de pilule du lendemain ont été faites auprès de l'infirmière scolaire. Parmi elles, 11 257 demandes émanaient de mineures. L'infirmière a délivré Norlevo® à 4 627 mineures. Elle a orienté 6 693 mineures vers un CPEF (26).

Il est indispensable que les adolescents puissent avoir accès à une contraception fiable et adaptée dès le début de leur vie sexuelle.

Lorsque la contraception a échoué ou n'a pas été prise, parfois aussi faute de connaissances ou de dialogue possible avec son entourage, il survient une grossesse qui, le plus souvent chez l'adolescente, n'est pas désirée. En effet, rares sont les jeunes qui ont un projet parental.

III. Echec de prévention

Avant de développer la solution la plus souvent choisie par une adolescente qui découvre une grossesse, à savoir l'IVG, abordons brièvement le problème de la grossesse à cet âge. Il est important de saisir la signification de cette grossesse pour éviter la répétition et les interruptions de grossesse multiples.

1. Grossesse à l'adolescence

Si la maternité précoce est inscrite dans l'histoire des femmes depuis toujours, la survenue d'une grossesse à l'adolescence interpelle et inquiète la société adulte actuelle.

1.1. Historique

La maternité précoce n'est pas un fait nouveau. Elle était la règle des temps anciens, jusqu'au 19^{ème} siècle. Elle a ensuite connu une forte réprobation sociale, obligeant les jeunes mères célibataires à cacher leur grossesse et à, bien souvent, abandonner leur enfant.

A notre époque, en France, la scolarisation de masse, les révolutions sexuelles, et notamment la révolution contraceptive, les références culturelles et ethniques en font un phénomène **marginal, accidentel**. Et comme l'a écrit Victor Hugo :

« il serait regrettable de gâcher la plus délicate des transitions , l'adolescence, ce commencement d'une femme dans la fin d'un enfant. » (12)

1.2. Epidémiologie

En France, en 2002, le taux de grossesse chez les adolescentes est estimé à 24 pour 1000. (Nombre total de grossesses : naissances, interruptions volontaires de grossesse, fausses couches, pour les jeunes femmes de 10 à 18 ans, sur le nombre total de femmes appartenant à ce groupe d'âge).

Par ailleurs, la proportion de grossesses chez les adolescentes (nombre de naissances chez les adolescentes sur le nombre total de naissances pour un pays donné) se maintient depuis dix ans aux environs de 0,85 % (14).

1.3. Le sens de la grossesse

Etre enceinte, c'est un événement qui a presque toujours une signification dans le développement et dans l'histoire d'une femme. Il est important de pouvoir en décrypter le sens. Ainsi, la sociologue Charlotte Le Van dégage cinq typologies de grossesses à l'adolescence :

- La grossesse accidentelle : elle est issue d'une relation passagère ou occasionnelle (rupture du préservatif, utilisation incorrecte de la pilule).
- La grossesse comme rite d'initiation : chez des jeunes filles originaires d'autres pays, elle est le témoin d'une société, d'une culture. Elle répète un schéma maternel. Il s'agit souvent d'une vérification de l'intégrité du corps et des organes sexuels.
- La grossesse SOS : elle représente un appel à l'aide, une manière d'attirer l'attention, une recherche d'un rapprochement mère-fille. Elle peut parfois exprimer une conduite agressive dirigée contre son propre corps.
- La grossesse insertion : par cette grossesse, la jeune fille est en quête d'une reconnaissance sociale.
- La grossesse identité : elle permet à l'adolescente d'exister. De plus, l'enfant vient combler un manque affectif, une sensation d'abandon.

La grossesse à l'adolescence est une réalité et aboutit 7 fois sur 10 à une Interruption Volontaire de Grossesse.

2. IVG : Solution choisie par 2/3 des mineures

Si une IVG à l'âge adulte cache souvent une ambiguïté face à la reproduction et un désir inconscient de grossesse ou encore un accident de contraception, en revanche, une IVG chez la jeune femme recouvre habituellement un manque de connaissances.

L'Interruption Volontaire de Grossesse reste le parent pauvre de la pratique médicale. Cet acte, dévalorisé et peu valorisant pour ceux qui la pratiquent, est pourtant encadré par la loi depuis plus de 30 ans.

2.1. Historique

1810	article 317 du code napoléonien : l'avortement est criminel
7 septembre 1941 :	l'avortement devient crime de l'état
1955 :	l'avortement thérapeutique est admis
Loi du 17 janvier 1975 :	loi Veil relative à l'IVG : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suspension pour cinq ans de l'article 317 réprimant l'avortement, celui-ci ne pouvant être effectué que par un médecin jusqu'à 10 semaine de grossesse sur une femme en situation de détresse ✓ Le consentement d'un parent est exigé pour une mineure
Loi du 31 décembre 1979 :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Article 317 est aboli lorsque l'avortement est réalisé dans le cadre légal préalablement défini ✓ La mineure doit-être consentante et la décision d'un juge des enfants peut pallier l'absence d'autorisation parentale
Loi du 31 décembre 1982 :	l'avortement est remboursé à 80 %
Loi du 27 janvier 1993 :	loi Neiertz : l'entrave à l'IVG est punie (amende et emprisonnement)
Loi du 04 janvier 2001 : (annexe 2)	réunion en un même texte des législations sur IVG et la contraception : <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'IVG peut-être pratiquée jusqu'à 12 semaines de grossesse ✓ l'entretien social est toujours obligatoire pour les mineures mais plus pour les majeures ✓ l'autorisation parentale n'est plus obligatoire pour la jeune fille mineure, une personne majeure choisie par la mineure devant alors l'accompagner
29 mars 2004 :	Création des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de IIIème génération : ainsi sont précisées les orientations du ministre pour les territoires de santé, les projets médicaux de territoire, les modalités de concertation avec les établissements, les professionnels, usagers élus. (établissements de santé pratiquant des IVG en mars 2004, dans le cadre des SROS périnatalité Lorraine, en annexe 7.)
novembre 2004 :	publication d'un décret qui autorise l'IVG médicamenteuse par la mifépristone en dehors des structures hospitalières, dans le cadre de réseaux où l'information et l'évaluation restent confiées à des services hospitaliers.

2.2. Les deux méthodes

2.2.1. IVG médicamenteuse

Réalisée par Mifepristone (Annexe 8), elle peut être pratiquée jusqu'à la 5^{ème} semaine de grossesse soit 7 SA. Cette méthode se déroule en trois étapes. Tout d'abord, le médecin donne à la mineure trois comprimés de Mifégyne® (anti-progestérone qui préparent à l'action des prostaglandines) qu'elle absorbe devant lui. Elle peut alors rentrer chez elle et revient 36 à 48 heures après pour prendre des prostaglandines (Cytotec®) qui favorisent les contractions utérines et donc l'expulsion de l'œuf. Enfin, 10 jours après, une consultation médicale est indispensable pour vérifier que la grossesse est interrompue. La part de la technique médicamenteuse demeure minoritaire, toutefois le nombre total des IVG médicamenteuses a sensiblement progressé au cours des dernières années. En France métropolitaine, le pourcentage d'IVG médicamenteuse est de 19,9% en 1998 contre 29,8% en 2002. (tout âge confondu)

Un échec de la méthode est observé dans 5% des cas et nécessite une IVG instrumentale.

2.2.2. IVG instrumentale

Elle consiste en une aspiration de l'œuf après dilatation du col utérin. Des prostaglandines peuvent-être administrées pour faciliter la dilatation. Elle peut se faire jusqu'à 12 semaines de grossesse ou 14 SA. Cette technique reste tout de même majoritaire (70,2%).

Les conséquences physiques immédiates sont rares. Cependant, elles existent : il s'agit du décès de la patiente (20 sur 2 millions d'IVG), d'hémorragies (2 à 3 %) et de perforation utérine (1 %). Parmi les conséquences secondaires, des infections (1%), un échec de la méthode (0,5% par méthode chirurgicale), des béances du col a plus long terme font parti des risques suite à une IVG.

2.3. Les conséquences psychologiques

2.3.1. Les séquelles

2.3.1.1. A court terme

Une IVG laisse des séquelles psychologiques chez une adolescente en début de vie sexuelle, fragilisée par la période difficile qu'elle est en train de vivre. Une interruption de grossesse constitue une agression contre un corps que la jeune fille commence seulement à découvrir. Les conséquences psychologiques classiquement décrites dans la littérature sont la honte, la culpabilité, la dépression. Les psychologues commencent même à parler de « syndrome post-abortif ».

2.3.1.2. A plus long terme

Cet événement laisse des traces plus ou moins visibles, toujours susceptibles de réapparaître à certains moments très particuliers de la vie d'une femme concernant la question cruciale de sa fécondité et de sa capacité à enfanter. Il est apparu que lorsque rien ne se manifeste de l'ordre d'un deuil, d'une réflexion autour de la perte que représente cette IVG, alors celle-ci est susceptible de ressurgir de façon parfois violente. C'est dans les grossesses qui suivent une IVG que se donnent le mieux à voir les effets psychiques de celle-ci.

Une IVG médicamenteuse est à priori moins traumatisante qu'une IVG instrumentale car elle ne nécessite pas d'anesthésie. Mais, en réalité, le mode médicamenteux est parfois moins bien vécu. La jeune fille, en avalant les cachets, provoque l'interruption alors qu'avec le mode chirurgical, la femme est « passive ».

2.3.2. Les aides

Le soutien de la famille, le rôle de la mère dans la compréhension de ce geste est très important. Un temps de verbalisation, d'élaboration sur cette crainte de prévenir les parents est indispensable.

L'entretien social a alors toute son importance. Il permet aux jeunes femmes de trouver une écoute et de mettre des mots sur ce qui se passe en elles. En effet, il s'agit d'une consultation

individuelle au cours de laquelle une aide sociale, psychologique, des informations ou conseils appropriés sont proposés.

2.4. Epidémiologie et problème posé

On compte 220000 IVG chaque année (Annexe 9,G01) dont 10000 chez les jeunes filles mineures. Ce nombre est resté stable depuis 10 ans environ. On observe également que le nombre de conceptions diminue chez les adolescentes mais quand elles surviennent, elles aboutissent plus souvent à une IVG.

2.4.1. Les sources

Grâce aux **statistiques de la DRESS** publiées en octobre 2004, au **bilan des données régionales 2002-2003** relatives à l'IVG et aux statistiques locales des différents établissements nancéiens, j'ai pu recueillir les informations suivantes :

Tableau 1 : nombre d'IVG réalisées chez les mineures suivant les années et les lieux

	1998	2001	2002	2003	2004
France métropolitaine	10012	10153	10672		
Lorraine	382	362	406		
MRAP	34	24	37	39	37
Hôpital Villemin- Maringer	63		57	46	

- *Sur un plan national* : chez les mineures, le recours à l'IVG est en croissance régulière depuis 1996 (Annexe 9, G02). Le taux est passé de 7 IVG pour 1000 femmes en 1990 à 9,4 pour 1000 en 2002. Les données nationales les plus récentes concernent l'année 2002 (20).

- Sur le plan régional : pour les années 1998 et 2001 les chiffres ont été faciles à trouver, du fait du recul (20, 22, 23). Pour l'année 2003, j'ai recueilli les statistiques localement à la maternité régionale et au CHU de Nancy mais la DRASS n'a pas encore de résultats définitifs pour cette année.

2.4.2. Informations complémentaires

Une étude de la région Centre (22) a apporté quelques éléments d'informations complémentaires :

- Le délai moyen gestationnel à la date de l'IVG apparaît en moyenne un peu plus élevée chez les mineures comparativement aux majeures (9,3 semaines au lieu de 8,7 semaines, dans la région Centre)
- Il s'agit de la première IVG dans la grande majorité des situations (94% dans la région Centre, 75% dans la région Nord-Pas-de-Calais mais seulement 11,5% à la Réunion et 42% en Guadeloupe.)

2.4.3. Et depuis la loi du 04 juillet 2001 ?

Cette loi est effectivement la première à réunir en un même texte des dispositions concernant la contraception et les IVG. Parallèlement aux modifications apportées à la législation sur l'IVG, le gouvernement favorise l'accès à la contraception d'urgence pour les mineures, notamment.

Même s'il existe un nombre incompressible d'IVG, la diffusion gratuite, libéralisée, médiatisée de la pilule du lendemain devrait contribuer à diminuer un certain nombre d'IVG (dus au accident de contraception). Or, on s'aperçoit que cette diminution n'est pas significative. Comment expliquer ce phénomène ?

Est ce par méconnaissance de cette pilule par les adolescents ?

Afin de répondre à cette question, j'ai souhaité mener une enquête auprès de collégiens et lycéens à propos de leurs connaissances sur la pilule du lendemain. Je développerai dans un premier temps les buts et méthodes de l'étude pour ensuite présenter les résultats.

Deuxième Partie : Description et résultats **de l'enquête**

Les connaissances sur la contraception d'urgence



I. Présentation de l'étude

1. But

J'ai souhaité m'intéresser à une des causes probablement impliquée dans la stagnation du nombre d'IVG chez les mineures : la méconnaissance ou la mauvaise connaissance de la pilule du lendemain.

Cette étude permettra également de confirmer ou d'infirmer mon travail préliminaire ainsi que les données de la littérature. Elle ouvrira sur une discussion et sur la proposition de pistes de réflexion et d'action.

2. Méthode d'évaluation

J'ai choisi d'élaborer un questionnaire. Souhaitant interroger un grand nombre d'adolescents, le questionnaire m'a paru l'outil le plus approprié et le plus efficace pour recueillir mes données. Il permet de garder l'anonymat, les élèves peuvent ainsi parler de leur sexualité plus librement.

2.1. Mise en forme

Sa rédaction est assez courte et synthétique avec des mises en situations concrètes. J'ai ainsi voulu attirer et garder l'attention des jeunes tout au long de mon travail pour qu'ils répondent le plus sincèrement possible jusqu'à la dernière question.

2.2. Contenu

Le questionnaire se divise en trois parties :

- La première partie a pour but de caractériser brièvement l'individu : sexe, âge, type d'enseignement.

- La seconde partie s'intéresse à son éducation à la sexualité et à son comportement contraceptif en général.
- La troisième partie est consacrée à ses connaissances à propos de la pilule du lendemain, où Norlevo®.

3. Population ciblée

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les limites d'âges caractérisant l'adolescence sont vagues et mouvantes selon les auteurs. Afin de recueillir un panel le plus riche et le plus représentatif, je me suis basée sur deux constatations :

- l'âge moyen du premier rapport sexuel, qui accorde l'unanimité à beaucoup d'auteurs, aux alentours de 17 ans.
- Les enseignements en matière de sexualité et de développement pubertaire peuvent commencer en 5^{ème} mais se font principalement en 4^{ème}.

Il m'a alors paru judicieux d'interroger des élèves de 4^{ème} en terminale, jusqu'à l'âge de la majorité, à la fois dans des établissements publics et privés, d'enseignement général et technique, de ville et de campagne.

4. Recueil des données

La distribution de mes questionnaires s'est étendue de juin à décembre 2004, à 315 adolescents, grâce à la collaboration généreuse de Madame Pontus, sage femme au CPEF de l'hôpital Villemin et de Madame Guillaume, sage femme et conseillère conjugale au CPEF de la maternité régionale de Nancy.

J'ai donc eu l'occasion de distribuer mes questionnaires en début d'intervention, avec Madame Pontus, dans différents collèges et lycées. Ainsi, les éventuelles questions que pouvaient susciter mon document ne restaient pas sans réponse et permettaient d'ouvrir le débat. Il s'agit là de ma principale méthode de recueil. Nous avons ainsi sondé les classes suivantes :

- 2 classes de 4^{ème} du collège de Custines
- 2 classes de 3^{ème} du collège du Haut de Penoy
- 3 classes de 2nd, et une classe de 1^{ère} du lycée CHOPIN à Nancy.
- Les sections esthéticiennes, coiffeuses, pâtisseries, bouchers, boulangers du CEPAL (Centre Enseignement Promotion des métiers de l'Alimentation) de Laxou

J'ai également distribué par l'intermédiaire de madame Guillaume mes questionnaires aux adolescents qui se rendaient au CPEF de la maternité. Le public est ici différent puisqu'il connaît déjà l'existence du CPEF.

5. Limites et problèmes rencontrés

5.1. Etablissements privés

Au cours de mes stages au CPEF de l'hôpital Villemin, je n'ai pas eu l'occasion de diffuser mon questionnaire dans les **établissements privés**. Je suis tout de même intervenue dans une classe de seconde d'un lycée privé pour une de mes actions, développée en troisième partie.

5.2. Limites d'âge

J'ai recueilli un certain nombre de questionnaires remplis par des personnes majeures, en provenance notamment de certains élèves du CEPAL. J'ai ainsi étendu ma limite d'âge à 20 ans.

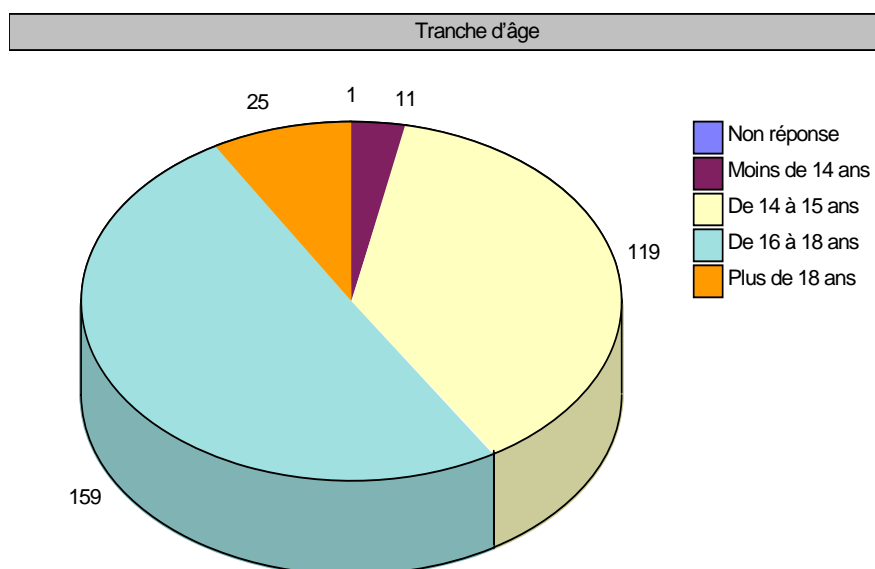
II. Les résultats

1. Identité de l'échantillon

1.1. Le sexe

Sur 315 personnes interrogées, on compte 212 filles et 103 garçons. J'ai souhaité évaluer les connaissances des garçons également car lors d'un rapport hétérosexuel, les deux partenaires sont impliqués. Ainsi les connaissances contraceptives du garçon peuvent influencer l'attitude de sa partenaire, suite à un rapport à risque. J'ai tout de même interrogé majoritairement les filles (67,3%) car elles restent les principales concernées.

1.2. L'âge



La tranche d'âge la plus représentée au cours de mon enquête est celle des 16-18 ans ; ce qui correspond à l'âge moyen du premier rapport sexuel (17 ans). La classe d'âge des [14-16]ans se place en seconde position. Il s'agit des adolescents qui vont découvrir les premières relations et pour qui l'information est essentielle. 25 personnes de plus de 18 ans ont répondu. Leurs connaissances reflètent une certaine expérience et une certaine maturité.

1.3. Le type d'enseignement suivi

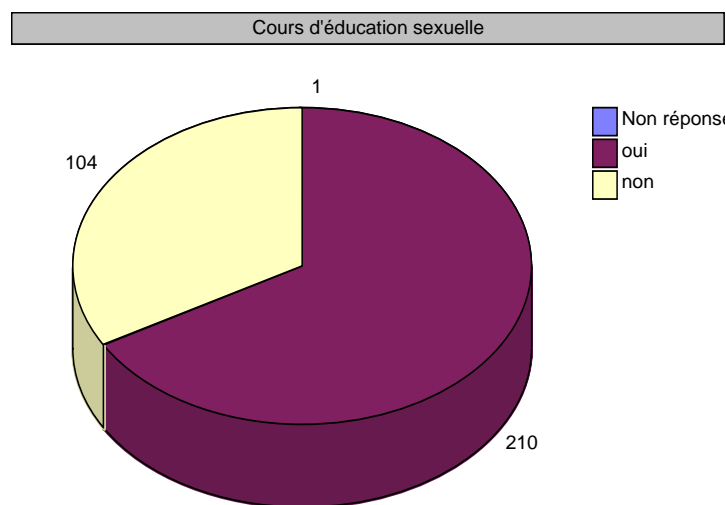
56% des élèves suivent un enseignement général (176 élèves sur 315) contre 42% qui suivent un enseignement professionnel (133 sur 315). 6 personnes n'ont pas répondu à cette question. Cette répartition correspond globalement à la répartition générale des élèves.

Nous étudierons un peu plus loin l'influence du type d'enseignement sur les connaissances des jeunes en matière de sexualité, et notamment sur la pilule du lendemain.

2. A propos de la contraception

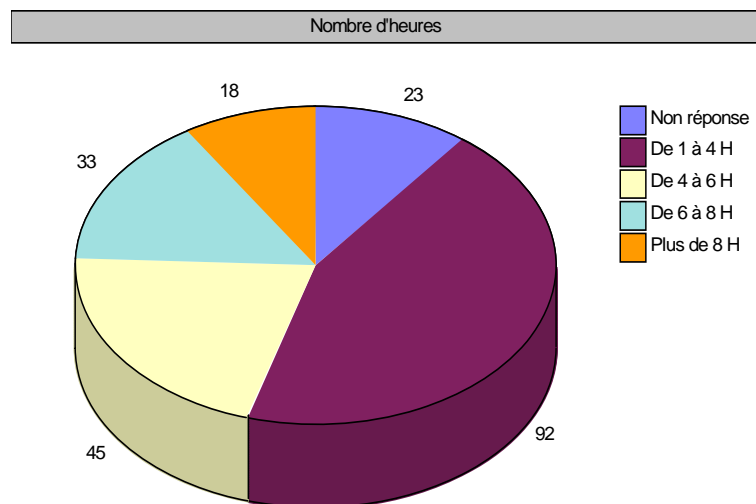
Après avoir précisé l'identité des jeunes, je me suis attachée à leur « comportement sexuel ». Le premier point qui m'a intéressée est l'enseignement d'une éducation à la sexualité.

2.1. Education à la sexualité



67% des élèves interrogés ont suivi un enseignement à la sexualité. Mais 33% n'ont reçu aucune heure. Rappelons qu'il s'agit d'une priorité nationale et que cet enseignement est encadré par la loi du 04 juillet 2001. Il existe donc des établissements qui accordent peu d'intérêt à cette loi. Nous verrons alors l'influence de cet enseignement sur les connaissances de la pilule du lendemain.

2.2. Le nombre d'heures



La majeure partie des adolescents interrogés (51,3% ; soit 96 élèves sur 187) a suivi 4 heures et plus. Cette observation est encourageante. Elle montre un effort dans le suivi des cours, une implication des organisateurs et un certain respect de la loi.

2.3. Education sexuelle en famille

(Annexe 10 : graphique 1)

J'ai obtenu 37% de « non réponses » à cette question : en effet, j'ai ajouté cette question suite à la distribution des questionnaires témoins (une soixantaine environ).

Parmi les réponses obtenues, une répartition à peu près similaire est observée : 34% d'adolescents parlent librement de sexualité en famille et 29% n'y parviennent pas.

2.4. Contraception lors d'un rapport sexuel

J'ai formulé la question suivante au passé et au futur :

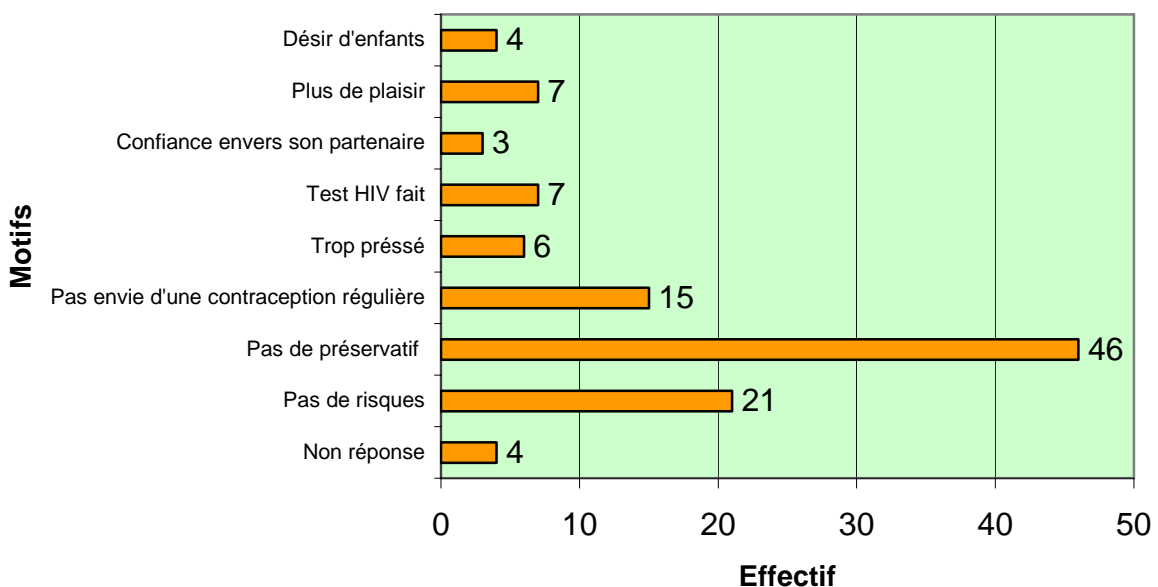
« Envisageriez-vous d'avoir, ou avez-vous déjà eu, un rapport sexuel sans contraception (préservatifs, pilule,...) »,

Ainsi, tous les adolescents se sentaient concernés et pouvaient répondre sans gêne. Soit ils parlaient de leur expérience, soit ils se mettaient en situation. Ce dernier cas de figure peut parfois être différent de la réalité mais donne une bonne appréciation de la pensée des adolescents en général.

J'ai recueilli 3 « non réponse ». 67,3% des élèves interrogés n'ont pas eu ou n'envisagent pas un rapport sexuel sans contraception. Mais, **31,7% ont eu ou envisagent d'avoir un rapport sexuel sans contraception.** Ces adolescents prennent tous un risque non seulement d'IST mais aussi de grossesse et c'est principalement sur cette « population » qu'il faut agir. Voyons maintenant les raisons pour lesquelles ils agissent ou agiraient ainsi.

2.4.1. Raisons d'un tel comportement

Motifs d'un rapport sexuel sans contraception



Les caractéristiques des relations sexuelles à l'adolescence sont confirmées par cette analyse, à savoir :

- la spontanéité, l'imprévu des rapports (46 élèves sur les 99 qui envisagent d'avoir un rapport sexuel sans contraception n'avaient pas de préservatifs à disposition (soit 42,2%) ; 6 étaient trop pressés (5,5%))
- la naïveté (21 élèves estiment ne prendre aucun risque 19%)
- l'absence de contraintes (15 adolescents n'ont pas envie de prendre la pilule quotidiennement (14%))

Motifs d'un rapport sexuel avec contraception

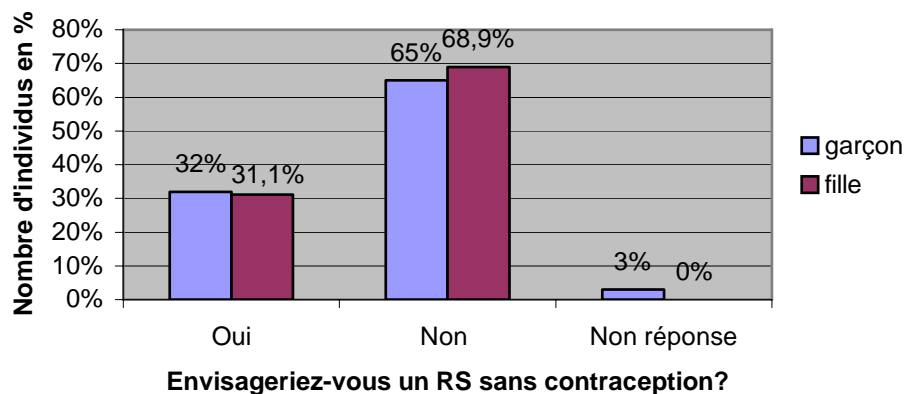
(Annexe 10 : graphique2)

Le risque de grossesse est envisagé au même titre que celui des IST. 79% des élèves qui n'envisageraient pas un rapport sexuel sans contraception sont sensibilisés par le risque de grossesse et 76% par le risque d'IST. (Plusieurs réponses étaient possibles).

Envisageons successivement l'influence du sexe, de l'âge, de l'enseignement suivi, de la possibilité de parler en famille et enfin de l'éducation à la sexualité reçue ou non sur le comportement contraceptif.

2.4.2. Influence du sexe

Utilisation d'une contraception lors d'un rapport sexuel (RS) en fonction du sexe



On observe une répartition similaire du pourcentage de filles et de garçons qui envisagent une contraception lors d'un rapport sexuel (65% de garçons contre 68,9% de filles). Le sexe a donc peu d'influence.

2.4.3. Influence de l'âge

L'âge moyen de l'échantillon qui a répondu « oui » à la question :

« Avez-vous déjà eu ou envisageriez-vous d'avoir un rapport sexuel sans contraception ? »

est de 17,08 ans contre 15,64 ans pour celui qui a répondu « non ». Les plus âgés semblent ainsi prendre davantage de risques, cette tranche d'âge est d'ailleurs plus concernée par la sexualité.

2.4.4. Influence du type d'enseignement suivi

(Annexe 10 : graphique 3)

Parmi les élèves qui envisagent d'avoir un rapport sexuel sans contraception, on retrouve deux fois plus d'élèves suivant un enseignement professionnel (44,4%) qu'un enseignement général (20,5%).

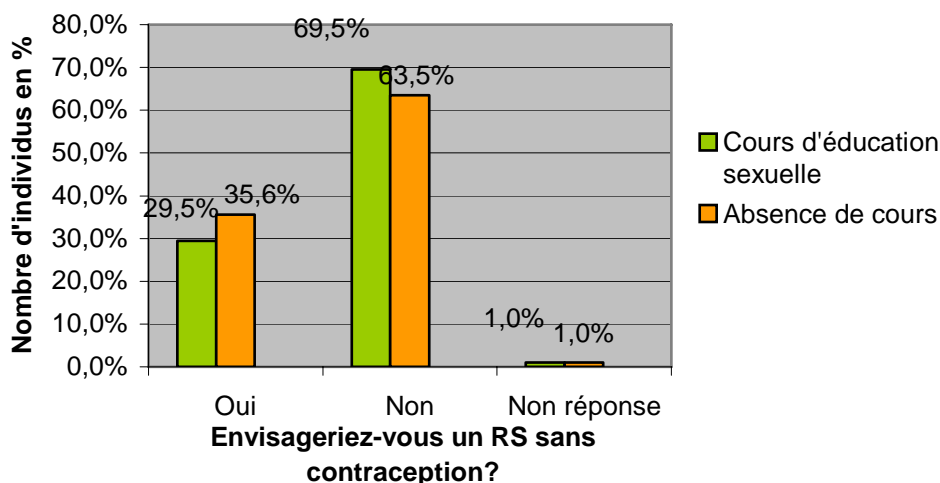
2.4.5. Influence de la liberté de parler de sexualité en famille

(Annexe 10 : graphique 4)

Parmi les élèves qui envisagent ou qui ont eu un rapport sexuel sans contraception, 42,6% parlent librement de sexualité en famille contre 34,1%; ces résultats ne mettent pas en évidence une influence positive d'un dialogue en famille sur le comportement contraceptif. Les hypothèses possibles seront énoncées en troisième partie.

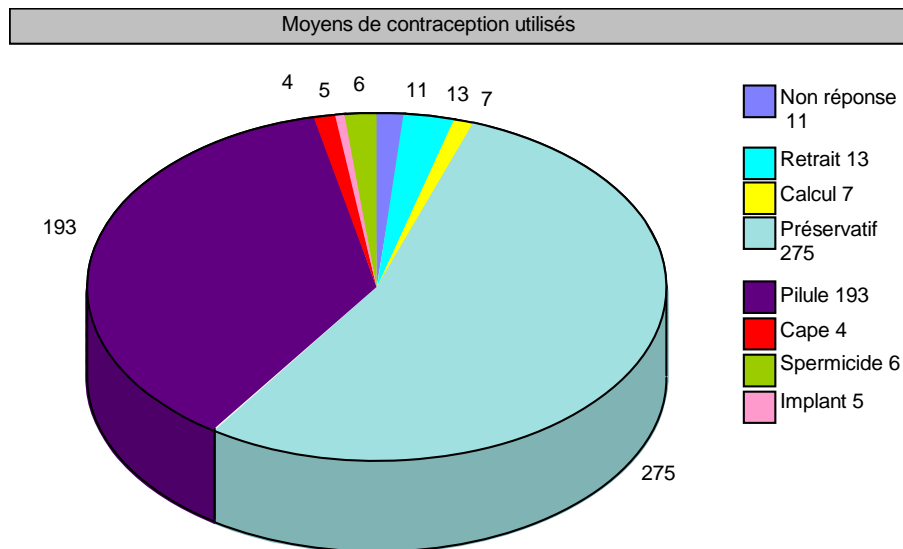
2.4.6. Influence des cours d'éducation à la sexualité

Influence de l'éducation à la sexualité sur l'utilisation d'une contraception lors d'un RS



Parmi les jeunes qui envisagent ou qui ont eu un rapport sexuel sans contraception, 35,6% n'avaient pas eu de cours d'éducation à la sexualité contre 29,5% qui en avaient reçus. Les cours d'éducation à la sexualité permettent aux adolescents d'envisager plus facilement une contraception au cours d'un rapport physique.

2.5. Moyens de contraception utilisés ou envisagés

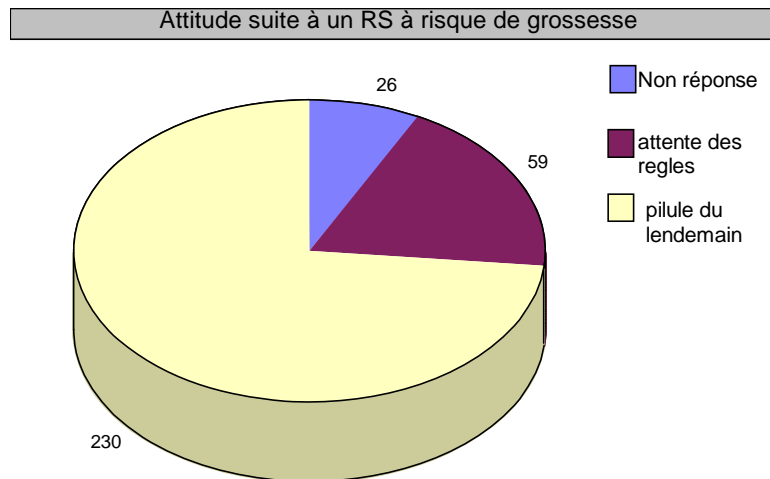


Pour compléter ce graphique, un seul élève déclare utiliser la pilule du lendemain comme moyen de contraception.

On note facilement la prédominance de l'utilisation de la pilule (91% des filles) et du préservatif (87% des élèves interrogés). Ces deux moyens sont les plus efficaces et les mieux adaptées aux adolescents (II.1.2.).

Pour poursuivre les mises en situation, intéressons nous au comportement des adolescentes face au risque de grossesse. (L'opinion des garçons est à prendre en compte. Ils peuvent tout à fait conseiller leur partenaire).

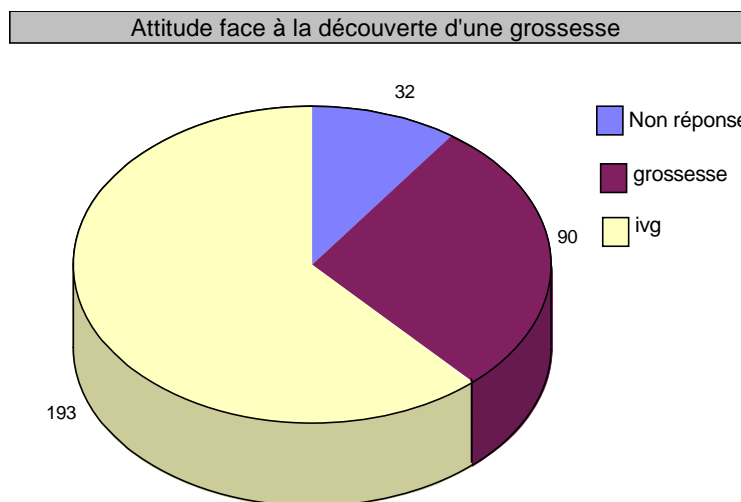
2.6. Que faire suite à un rapport sexuel à risque ?



La pilule du lendemain serait choisie par 80,7% des jeunes filles, si celles-ci la connaissent, après un rapport à risque. Elle semble donc bien adaptée à cette catégorie de population.

Quelle est maintenant l'attitude des adolescentes face à la découverte d'une grossesse.

2.7. Que faire devant la découverte d'une grossesse ?



68,2% des jeunes filles choisiraient (avec ou sans l'aide du partenaire) d'interrompre la grossesse. Une grossesse non désirée à l'adolescence aboutit quasiment 7 fois sur 10 à une IVG.

3. A propos de la pilule du lendemain ou contraception d'urgence (Norlevo®)

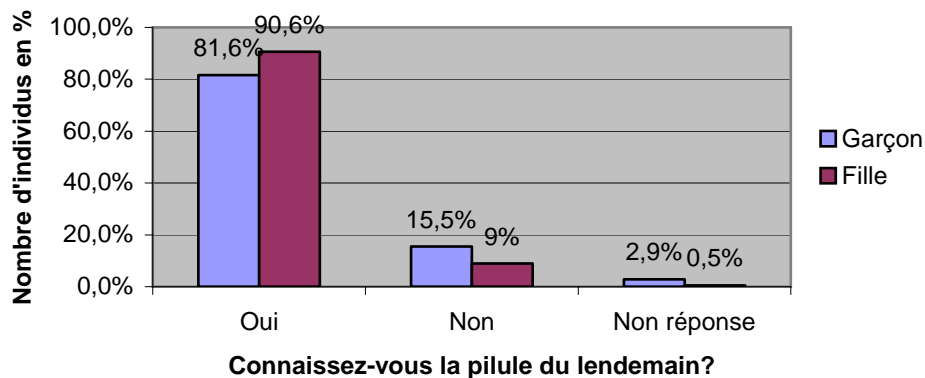
3.1. Les connaissances

(Annexe 10 : graphique 5)

88,7% des jeunes interrogés affirment connaître la pilule du lendemain. Voyons alors successivement l'influence du sexe, de l'âge, du type d'enseignement suivi, de la possibilité de parler en famille et de l'enseignement d'une éducation sexuelle sur la connaissance de la pilule du lendemain.

3.1.1. Influence du sexe

Influence du sexe sur la connaissance de la pilule du lendemain



Les filles semblent la connaître un peu mieux (90,6%) mais les garçons paraissent bien au courant (81,6%).

3.1.2. Influence de l'âge

La moyenne de l'âge des adolescents interrogés qui déclarent connaître la pilule du lendemain est de 16,24 ans ; moyenne très légèrement plus jeune que celle de l'âge du premier rapport sexuel. Ce constat est donc positif. Celle des adolescents interrogés qui ne la connaissent pas est de 14,77 ans. Les plus jeunes la connaissent moins, mais sont parallèlement moins concernés par la sexualité.

3.1.3. Influence du type d'enseignement suivi

(Annexe 10 : graphique 6)

92,5% des élèves qui suivent un enseignement professionnel ont entendu parler de la pilule du lendemain contre 84,1% des élèves qui suivent un enseignement général. La pilule du lendemain serait plus connue en milieu professionnel.

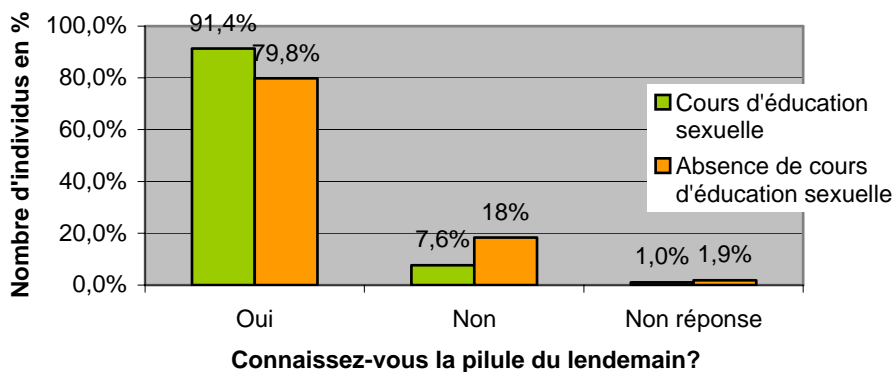
3.1.4. Influence de la possibilité de parler de sexualité en famille

(Annexe 10 : graphique 7)

Le fait de parler librement de sexualité en famille ne semble pas intervenir. (95,4% des jeunes qui peuvent parler en famille en ont déjà entendu parler contre 94,5% des adolescents qui ne le peuvent pas.)

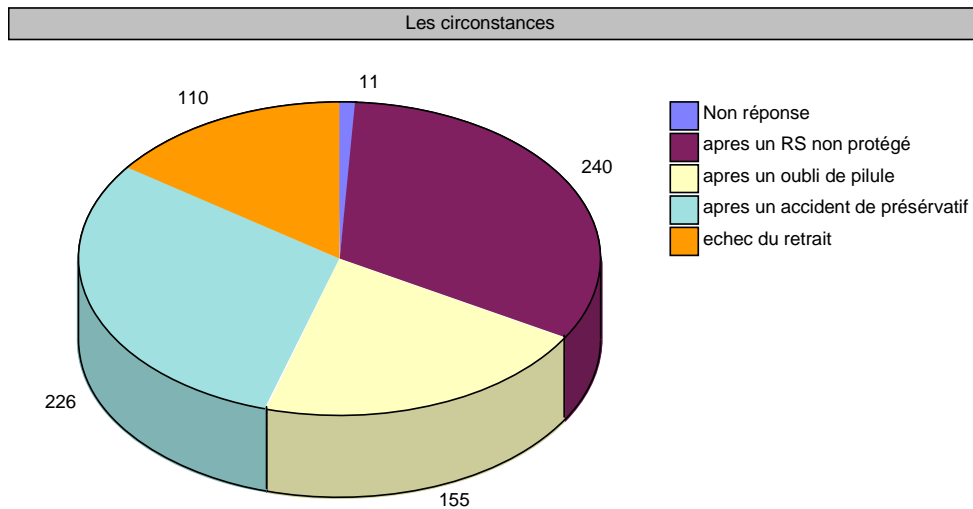
3.1.5. Influence des cours d'éducation à la sexualité

Influence de l'éducation à la sexualité sur la connaissance de la pilule du lendemain



Les adolescents qui ont reçus des cours d'éducation sexuelle disent connaître la pilule du lendemain (91,4%) un peu plus que ceux qui n'en ont pas eu (79,8%).

3.2. Dans quelles circonstances prendre la pilule du lendemain ?

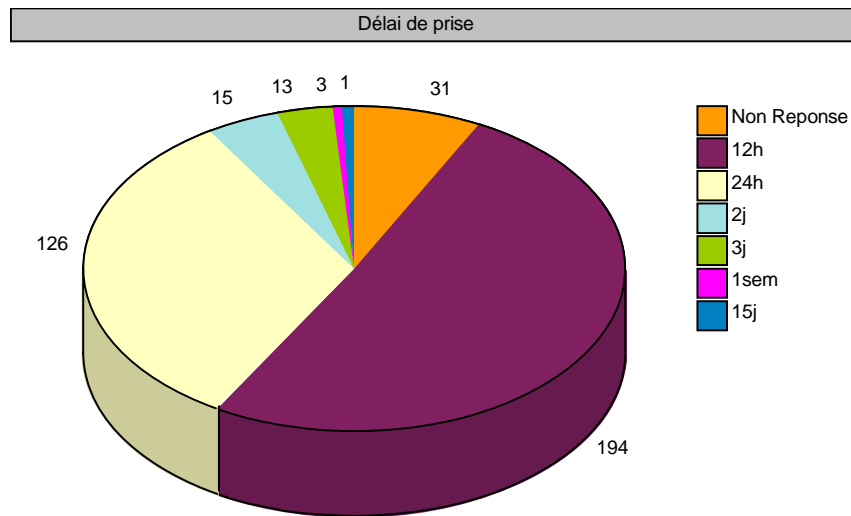


Les deux circonstances les plus citées sont les suivantes :

- Après un rapport sexuel non protégé (79%)
- Après un accident de préservatif (74%)

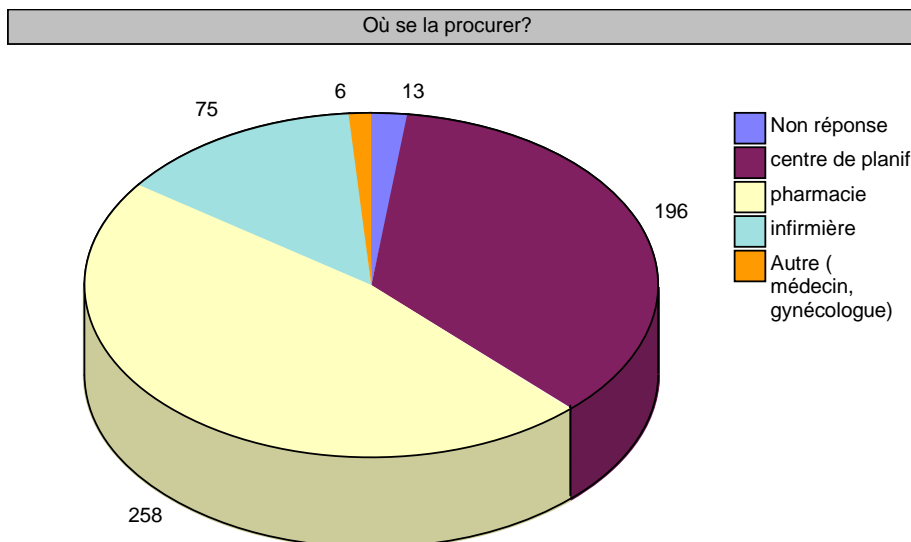
48 élèves ont donné les 4 propositions ; soit 15,8% des individus interrogés seulement. L'information complète est très peu connue.

3.3. Dans quel délai prendre la pilule du lendemain ?



68,3% des élèves prendraient cette pilule dans les 12 heures qui suivent un rapport sexuel à risque ; 44,3% la prendraient dans les 24heures. Seulement 1,4% de l'échantillon prendrait la pilule après le délai autorisé, à savoir après 72 heures.

3.4. Quels sont les endroits où on peut se procurer la pilule du lendemain ?

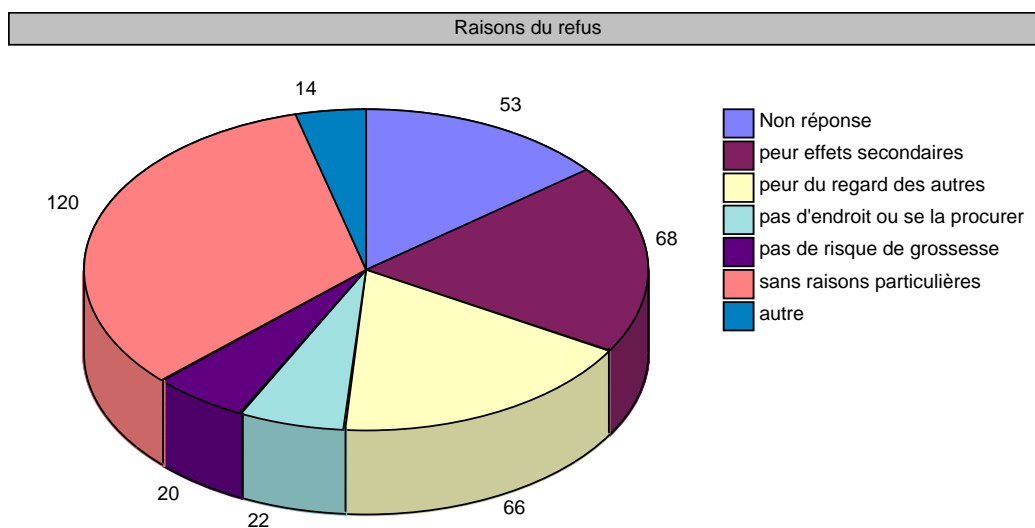


La pharmacie et le centre de planification sont les deux endroits les plus cités. **Seulement 25%** des élèves interrogés savent qu'ils peuvent se la procurer par l'infirmière scolaire. De plus, **20% des élèves** (60 parmi mon échantillon) m'ont donné les trois réponses. Ce résultat est insatisfaisant.

3.5. Peut-on se procurer cette pilule gratuitement ?

J'ai obtenu 24 non réponses à cette question. 83,2% des élèves (242 sur 291) savent qu'ils peuvent se la procurer gratuitement jusqu'à 18 ans. Il y a tout de même 17% d'individus (49 sur 291) qui ne le savent pas, ce qui peut-être un obstacle pour aller la chercher.

3.6. Raisons qui justifieraient un refus de prendre la pilule du lendemain



53 personnes se sont abstenues. 120 élèves (48,8%) n'ont pas de raisons particulières qui justifieraient le refus.

Parmi les raisons énoncées, les deux réponses les plus fréquemment citées sont : la peur du regard des autres (25,2%) et la peur des effets secondaires (26%).

Parmi les personnes qui ont répondu « autre », les motifs avancés sont les suivants :

- « Il faut la payer »

- « Désir de grossesse »
- « Contre l'avortement »
- « Je ne la connais pas »
- « Je la prends sans hésitation »

Trois points fondamentaux sont à retirer de cette étude. Tout d'abord, il existe encore beaucoup d'adolescents qui prennent un risque lors de leurs rapports physiques, donc un risque potentiel de grossesse. Ensuite, l'interruption de grossesse est une solution évidente pour la majorité des jeunes filles qui découvrent une grossesse. Enfin, même si la majorité des adolescents ont déjà entendu parler de la pilule du lendemain, ils sont peu nombreux à bien la connaître. Nous allons analyser chacun des points précédents et proposer des pistes de réflexion.

Troisième partie : Analyse et propositions



I. Autour d'un comportement sexuel à risque

Beaucoup d'adolescents prennent des risques lors de leurs relations physiques. Après avoir discuté les résultats, nous proposerons des actions dans le but de réduire ces prises de risques.

1. Analyse des résultats

Le sexe n'influence pas les prises de risques. Nous verrons alors quels sont ces jeunes qui prennent des risques. Enfin, nous parlerons de l'impact positif des cours d'éducation sexuelle.

1.1. Implication des garçons

1.1.1. Constat

Tout d'abord, j'ai été agréablement surprise par l'enthousiasme et le sérieux dont les garçons ont fait preuve pour remplir le questionnaire. Ensuite, aux vues des résultats, force est de constater qu'ils sont aussi sensibilisés que les filles aux risques d'un rapport sexuel sans contraception. Ainsi, 65 % des garçons et 68,9 % des filles n'envisagent pas d'avoir un rapport sexuel sans contraception. Enfin, ils sont une grande majorité (81,6%) à avoir entendu parler de la pilule du lendemain. Au cours des interventions auxquelles j'ai pu assister dans le cadre de l'éducation sexuelle, les garçons n'hésitaient pas à poser des questions à ce propos.

1.1.2. Interprétation

C'est un élément déterminant pour la prise en charge et le bien-être du couple. Le garçon peut conseiller et orienter son amie suite à un rapport sexuel non protégé, si celle-ci n'est pas bien au courant. Cette constatation est encourageante. Elle traduit une évolution de la société vers une égalité des sexes. En effet, les garçons s'impliquent au même titre que les filles dans le domaine de la sexualité et ce dernier n'est plus l'exclusivité des filles. La relation amoureuse est au centre des dialogues et la performance sexuelle n'est pas l'objectif premier des jeunes, dans leur discours tout du moins.

Dans un souci de prévention efficace, essayons maintenant de caractériser les jeunes qui prennent plus de risques lors de leurs relations.

1.2. Quels sont ces jeunes qui prennent des risques ?

On constate qu'il y a encore beaucoup de jeunes qui envisageraient ou qui ont eu un rapport sexuel sans contraception (**31,4%**), et donc un rapport sexuel à risque, non seulement de grossesse mais aussi d'infections sexuellement transmissibles.

- Il s'agit principalement des personnes **plus âgées** (moyenne : 17,08 ans). On peut imaginer une grande naïveté au cours de leur première relation sexuelle. Une autre hypothèse peut-être émise: ces adolescents « plus murs » ont déjà eu des relations physiques. Avec cette expérience, ils se sentent plus en confiance : ils pensent maîtriser la méthode du retrait ou sont persuadés que certains jours du cycle ne sont pas à risques, par exemple. Ils veulent découvrir le plaisir sans préservatif alors que la partenaire ne prend pas encore la pilule (contrainte quotidienne inutile alors qu'elle ne souhaite pas s'investir trop longtemps dans la relation.). Une relation de confiance a pu s'instaurer entre les deux partenaires : après s'être soumis au dépistage du VIH, ceux-ci souhaitent vivre une sexualité libre, en ignorant le risque de grossesse.

Les plus jeunes (moyenne : 15,08 ans) n'envisagent pas une telle attitude. Ils sont cependant moins concernés par la sexualité mais leur raisonnement est satisfaisant.

- Les adolescents qui suivent **un enseignement professionnel** prennent plus de risques lors de leur sexualité. Les arguments que l'on peut avancer sont les suivants : plus grande naïveté de ces adolescents du fait d'une moindre information, attitude moins responsable, plus indisciplinée des élèves qui s'orientent vers cette filière : refus des contraintes, spontanéité plus présente lors des rapports, défaut d'appréciation des conséquences, plus grande expérience en matière de sexualité leur faisant oublier les risques.
- Le fait de **parler librement de sexualité** en famille influencerait de façon négative le comportement sexuel, constatation surprenante. La manière dont la sexualité est abordée ainsi que les dialogues entrepris seraient intéressants à connaître. Les hypothèses probables pourraient être les suivantes : mauvaises informations par les parents, ou informations mal entendues et donc mal comprises par le jeune, attitude contradictoire

permanente des enfants, confiance et amour entre les partenaires au centre des dialogues sans aborder la contraception ?

Les individus plus âgés, qui suivent un enseignement professionnel et qui n'abordent pas le thème de la sexualité en famille ont un comportement sexuel plus à risque. Intéressons nous maintenant aux cours d'éducation à la sexualité.

1.3. Impact des cours d'éducation à la sexualité

Les adolescents qui ont reçu des cours d'éducation sexuelle semblent plus sensibles face aux risques d'un rapport sans protection. En effet, un pourcentage plus faible d'élèves envisage d'avoir un rapport sexuel sans contraception lorsqu'ils ont suivi des cours dans ce domaine (29,5% contre 35,6%). Ils sont également plus informés sur la pilule du lendemain (91,4% contre 79,8%).

Ainsi, les informations dispensées lors de ces cours sont utiles, entendues et bien intégrées. La pilule du lendemain est un concept qui paraît être abordé lors des interventions. Les cours d'éducation à la sexualité sont essentiels et doivent donc être poursuivis et renforcés.

Quelles propositions peut-on soumettre afin d'aider ces jeunes à prendre moins de risques ?

2. Propositions : développer les actions de prévention dans le domaine de la sexualité en milieu scolaire

L'éducation à la sexualité répond à un véritable besoin.

Cette éducation en milieu scolaire permet à tous les adolescents, quel que soit leur niveau socio-économique, de recevoir une information dans ce domaine. Tous les établissements devraient être sensibilisés à cette importance.

2.1. Sensibiliser les établissements

Il faut profiter de la loi du 04 juillet 2001 qui encadre cette éducation pour rappeler à tous les établissements l'importance de suivre cette directive. Une meilleure prise en charge des jeunes dans le domaine de la sexualité entraînera une plus grande responsabilité et une

moindre naïveté lors de leur entrée dans leur vie sexuelle. La pilule du lendemain devrait être abordée systématiquement lorsqu'on parle de rapports sexuels.

Conformément à la loi précédemment citée, c'est à chaque établissement que revient l'organisation des séances d'éducation à la sexualité. J'ai alors souhaité faire part aux infirmières scolaires de Nancy des retours de mon enquête. D'une part, dans les établissements qui ont accepté de me recevoir, ces résultats refléteront les connaissances de leurs élèves et permettront d'insister sur la nécessité de poursuivre cet enseignement. D'autre part, pour les autres établissements, connaître les manques des élèves permet de prendre conscience de l'importance de réaliser ces séances. (Liste des établissements concernés en annexe 12)

Le courrier récapitulatif (annexe 11) se découpe en trois parties. La première partie informe sur le nombre d'IVG réalisée en France, en Lorraine, à Nancy au cours des années. La seconde partie résume les principaux résultats de l'enquête. Enfin les conclusions essentielles, avec les propositions concrètes, sont indiquées en troisième partie.

L'éducation à la sexualité doit ensuite s'adapter aux différents publics concernés.

2.2. Les différents publics

- Les garçons sont aussi bien informés que les filles : l'éducation s'adresse **aux deux sexes**.
- **Les plus jeunes** (moyenne d'âge : 15,64 ans) affirment ne pas envisager un rapport sexuel sans contraception ; ils sont cependant moins expérimentés et donc plus à risque d'échec de contraception. (classique exemple du préservatif mal mis qui se rompt). L'information a donc toute son importance auprès d'un jeune public, ***avec une priorité au développement de l'information de plus en plus tôt***. Plus cet enseignement sera abordé précocement dans la scolarité, expliqué avec des mots et des schémas simples, mieux il sera intégré.

Un projet « Pilote » est mené depuis deux ans auprès des élèves de CM2 par le CPEF de l'hôpital Villemin. Ce projet, en partenariat avec les infirmières et médecins scolaires, se déroule sur trois séances. Au cours de la première séance, une vidéo montre les

différences entre les filles et les garçons ; l'anatomie de l'appareil génital masculin et féminin est expliquée à partir de simples planches anatomiques. Les changements corporels ainsi que la grossesse sont abordés lors de la deuxième séance. Enfin un jeu de l'oie, synthétisant les différentes interventions, est proposé à la troisième séance. Il pose des questions autour des thèmes de la sexualité et fait participer activement les élèves. Suite à un premier essai, un sondage a révélé la satisfaction de 90% des parents. Ce projet, mis en place par l'inspection académique, mériterait d'être étendu à d'autres classes.

- **Les plus âgés et les élèves suivant un enseignement professionnel** semblent prendre plus de risques avec leur sexualité. L'information apportée à ces élèves doit s'orienter différemment, axée principalement sur la prise de risques. Une séance pourrait s'organiser sous forme de table ronde. A partir de mises en situation concrètes (« Vous souhaitez avoir une relation sexuelle avec votre ami(e) mais vous n'avez pas de préservatifs et la jeune fille ne prend pas encore la pilule, que faites vous ? », « quels risques pensez vous courir après un rapport sans protection ? », « Pourquoi prendre ce genre de risques ? »), un échange entre les élèves et un intervenant du CPEF pourrait s'instaurer. Instructive et facilement réalisable, cette séance ferait réfléchir et participer activement les élèves.

Après avoir révélé que 31,7% des adolescents prennent un risque lors de leurs relations sexuelles, l'enquête indique que deux tiers des jeunes choisissent l'IVG devant la découverte d'une grossesse.

II. Autour de l'IVG

L'étude a permis de développer un point plus précis, celui du choix de l'IVG.

1. Analyse : IVG solution banalisée ?

Devant la découverte d'une grossesse, la solution la plus envisagée par le jeune couple est l'IVG (68,2%). Cette observation confirme les données mentionnées en première partie (III.2.). On comprend facilement le choix de l'adolescente : une grossesse à cet âge vient bouleverser le déroulement de sa vie : familiale, sociale, scolaire. Celle-ci n'est souvent pas prête, psychologiquement et matériellement à accueillir un enfant. Mais le fait que 7 jeunes filles sur 10 choisissent cette solution suscite réflexion. L'interruption de grossesse représente une conduite à tenir évidente pour certaines, décidée rapidement et de façon catégorique. Elle est la seule solution possible devant la découverte d'une grossesse. Ce comportement me pose plusieurs interrogations : ces adolescentes sont-elles vraiment informées sur les conséquences, surtout psychologiques, qu'entraînent un tel acte ?

Quelles propositions concrètes peut-on envisager face à ce constat ?

2. Proposition : renforcer l'information sur l'IVG

Une information complète, précise, approfondie, entraînant une réflexion sur les conséquences d'une interruption me semble indispensable.

Cette information pourrait être donnée par les intervenants des CPEF. Une seconde méthode me semble très intéressante : utiliser les Travaux Pratiques Encadrés (TPE) mis en place au lycée (ces TPE sont actuellement au cœur des débats avec la loi Fillon). Au cours de ces enseignements, chaque groupe d'élèves travaille autour d'un thème choisi, qui sera évalué. La motivation de la note incite les jeunes à réaliser un travail de qualité. De plus, il est communément admis qu'un travail est mieux intégré lorsque celui-ci est réalisé par la personne concernée. Le thème de l'IVG aurait ici toute son importance.

Je travaille, à ce propos avec une étudiante de 1^{ère} SMS du lycée Sainte Catherine à Forbach.

La troisième grande conclusion de l'étude montre une connaissance limitée de la part des jeunes sur la contraception d'urgence.

III. Autour des connaissances de la pilule du lendemain

Après avoir analysé en détails les résultats de l'étude, je me suis intéressée plus particulièrement à deux projets.

1. Analyse des résultats

1.1. La contraception d'urgence : une solution à connaître

80,7% des filles prendraient la pilule du lendemain devant un rapport sexuel à risque. Norlevo® paraît être une solution intéressante, facilement envisageable pour éviter une grossesse non désirée. Elle est adaptée à la sexualité non planifiée, sporadique, des adolescents. Mais la prise de conscience du risque est le problème principal. L'adolescence est cette période d'insouciance, de spontanéité, où l'anticipation et l'appréciation des conséquences témoignent déjà d'une grande maturité. Ainsi, on comprend facilement les répliques de certaines jeunes filles :

« Une grossesse, ça ne risque pas de m'arriver, peut-être aux autres mais pas à moi. ».

Quelles sont les caractéristiques de l'échantillon qui prétend connaître la pilule du lendemain ?

1.2. Qui prétend connaître la pilule du lendemain ?

88,7% des adolescents interrogés ont déjà entendus parler de la pilule du lendemain.

- **Les filles** sont un tout petit peu plus nombreuses (90,6% contre 81,6 % des garçons) à en avoir entendu parler ; elles sont directement concernées.
- Les adolescents **plus âgés** (moyenne : 16,53 ans) semblent la connaître davantage. On peut émettre plusieurs hypothèses face à ce constat. Ces adolescents sont directement

concernés par la sexualité. Ils trouvent un entourage plus propice à l'information (école, famille, radio, télévision...), manifestent un grand intérêt et une meilleure réceptivité du fait d'un investissement personnel plus marqué. Ils entament des recherches actives autour de ce thème.

- **Les élèves qui suivent un enseignement professionnel** ont davantage entendu parler de la pilule du lendemain (92,5% contre 84,1% en établissement général). Par ailleurs, on constate que ces mêmes élèves envisagent ou ont plus de rapports sexuels sans contraception. Ce comportement peut les pousser à connaître davantage la pilule du lendemain. Cette méthode convient à leur sexualité plus insouciance.
- **Le fait de pouvoir parler librement de sexualité en famille** n'intervient pas dans les connaissances sur la contraception d'urgence. On peut déjà émettre une hypothèse: la pilule du lendemain est un concept récent mise sur le marché en 1999 ; celle-ci n'existait pas du temps des parents. Peu connu par les parents, elle n'est donc pas forcément abordée.

Ils sont très nombreux à avoir entendu parler de la pilule du lendemain. Il s'agit principalement des adolescents de sexe féminin, plus âgés, qui suivent un enseignement professionnel. Mais la connaissent ils vraiment bien ?

1.3. La pilule du lendemain est-elle réellement connue ?

Un point essentiel est à retenir de cette étude : alors que la grande majorité des élèves ont déjà entendu parler de la pilule du lendemain (88,7%), ils sont peu nombreux à bien la connaître (environ 20%).

1.3.1. Dans quelles circonstances doit-on la prendre ?

Seulement **15,8%** des élèves connaissent toutes les situations dans lesquelles il faut la prendre. Le rapport sans protection et la rupture du préservatif sont bien mentionnés. Dans ces deux cas, l'adolescent est conscient du risque qu'il prend. La rupture du préservatif est évidente. Au contraire, l'oubli de pilule peut-être compris trop tard ou la jeune fille ne réalise pas bien le risque encouru dans ce cas de figure. De même, l'échec de la méthode du retrait n'est pas facile à « diagnostiquer ».

1.3.2. Dans quels endroits peut-on se la procurer ?

Seulement **20%** des élèves interrogés connaissent les différents endroits où se procurer la pilule du lendemain. La pharmacie est le lieu le plus connu, c'est un endroit adapté au besoin donc sa connaissance est évidente. Viennent ensuite les CPEF. Il faut au préalable que l'adolescente connaisse leur existence. Très peu d'élèves savent qu'ils peuvent se la procurer par l'infirmière scolaire. L'explication tient peut-être au fait que la loi est plus restrictive sur ce point : elles ne peuvent la délivrer qu'en cas d'extrême urgence. Mais un manque d'information est à constater ; où plutôt, un manque d'informations détaillées.

1.3.3. Peut-on obtenir cette pilule gratuitement ?

Il y a tout de même **17%** des jeunes qui ne savent pas que cette pilule est disponible gratuitement pour les mineures. Cette méconnaissance est la conséquence d'une information peu précise ou d'un désintérêt des adolescents.

Ainsi, on constate que la pilule du lendemain est un concept entendu par la majorité des jeunes mais connu très superficiellement. Quelles réalisations peut-on mettre en œuvre pour améliorer ce constat ?

2. Proposition : développer les sources et les modalités d'accès à l'information sur la contraception d'urgence

2.1. La contraception d'urgence : une solution adaptée

L'enquête a montré que devant la découverte d'une grossesse, 7 jeunes filles sur 10 choisiraient l'IVG.

De plus, suite à un rapport sexuel à risque 80,7% des jeunes filles prendraient la pilule du lendemain pour éviter le risque de grossesse.

Quand on demande pour quelles raisons elles ne la prendraient pas alors qu'elles la connaissent, j'ai enregistré beaucoup de non réponses : 53 sur 315 soit 17%; et 46 % n'ont pas de raisons particulières.

La pilule du lendemain est alors une méthode d'urgence qui mérite d'être parfaitement connue. Celle-ci répond à un réel besoin de la jeune population face à son comportement sexuel : spontané, imprévisible, naïf, fuyant les contraintes.

2.2. Les informations indispensables

2.2.1. Les circonstances

Il est essentiel que la jeune population sache qu'après tout rapport mal protégé (les différentes situations sont à citer) ou non protégé, la contraception d'urgence est indiquée.

2.2.2. Les lieux

Les jeunes doivent être informés sur les endroits où se procurer la pilule du lendemain : pharmacie, CPEF, infirmière scolaire.

2.2.3. La gratuité

La gratuité pour les mineures est à mentionner. Mais attention, il faut insister sur les abus dommageables. En effet, après avoir discuté avec plusieurs pharmaciens, certains m'ont exprimé leur agacement face aux demandes abusives de certaines adolescentes qui viennent en chercher une par semaine. La question de la minorité dépend de la bonne foi des clientes ; dans cette situation également, les pharmaciens se sentent parfois abusés.

2.2.4. Le moment de la prise

Parmi les élèves qui ont répondu à la question, il n'y a que 1, 4 % qui prendraient Norlevo® après 3 jours. Il faut tout de même rappeler que plus le comprimé est pris précocement après le rapport à risque, plus il est efficace.

2.2.5. Les effets secondaires (cités par 26%)

Norlevo® contient de la progestérone uniquement et n'a pas de contre indications ; ce qui lui permet d'être délivré sans ordonnance. Cependant, les effets indésirables déjà rencontrés doivent être connus.

2.3. Les propositions

Toutes les modalités de diffusion de cette contraception d'urgence doivent être mis en jeu. J'ai travaillé plus particulièrement sur deux projets.

2.3.1. Plaquette informative

L'élaboration d'une plaquette informative, qui répondrait spécifiquement aux besoins des jeunes, m'a intéressée.

2.3.1.1. Création d'un prototype (annexe 13)

2.3.1.1.1. Le format

Lors de mes recherches sur la pilule Norlevo®, j'ai vu différentes plaquettes d'information, bien colorées et qui attirent l'œil, disponibles dans les CPEF, chez les gynécologues, en pharmacie. Par ailleurs, en discutant avec différents pharmaciens, j'ai été attirée par le format « carte de visite » d'une information sur la contraception d'urgence. J'ai eu envie de conserver ce modèle. Très pratique et très discret, il peut se glisser facilement dans un portefeuille ou encore dans une poche. J'ai souhaité m'inspirer de ce format pour créer un nouveau modèle.

2.3.1.1.2. Le contenu

- Il doit être clair, précis et synthétique. J'ai utilisé un axe du temps pour schématiser la conduite à tenir suite à un rapport sexuel à risque.
- Il doit être adapté aux besoins des adolescents : j'insisterai donc sur les points détaillés à la question 2.2. : « les informations indispensables ».
- Il doit mentionner les adresses des CPEF, pour orienter les adolescents et assurer un suivi à plus long terme.

2.3.1.1.3. La mise en page

Elle doit attirer l'œil, être originale et illustrée.

2.3.1.2. Evaluation du prototype

Afin de voir si cette plaquette répond aux attentes et convainc les jeunes, j'ai choisi de l'évaluer auprès d'une classe de seconde du lycée Saint Pierre Fourier, lycée privé à Lunéville. Avec la collaboration du chef d'établissement et du professeur de biologie, j'ai pu intervenir dans un cours de SVT. Un prototype pour deux élèves était disponible. Ils ont pris le temps de l'observer puis nous avons échangé autour des items suivants : le format, la présentation, les couleurs, les illustrations, le contenu.

2.3.1.3. Proposition au laboratoire

Cette étude m'a prouvé l'importance de réaliser cette plaquette. L'évaluation a ensuite validé la pertinence de ce projet. Ces deux raisons m'ont poussé à proposer cette maquette au laboratoire afin qu'il puisse la diffuser à grande échelle. J'ai accompagné ma lettre de demande des conclusions de l'évaluation, afin de lui donner plus de poids (Annexe 14). Le laboratoire, intéressé par mon courrier, m'a ensuite contacté. La plaquette leur a paru pertinente. Il a donc accepté de financer sa diffusion.

J'ai ensuite pensé à une diffusion de l'information différente, complémentaire, plus économique et réalisable à grande échelle.

2.3.2. Diaporama internet

2.3.2.1. Pourquoi cet outil ?

A notre époque, la technologie et l'informatique font désormais partie intégrante de notre quotidien. Internet, source d'informations, de culture, d'échanges, de communication est omniprésent : dans les écoles, les foyers, les entreprises... Il permet la diffusion d'informations, à moindre coût, à un grand nombre d'internautes. Les jeunes sont un des publics les plus concernés par internet. De plus, il fait maintenant partie intégrante des outils pédagogiques. Face à la modernité de cette révolution, à son utilisation quotidienne, à la diffusion et à la réception facilitées de l'information, j'ai choisi d'utiliser ce moyen pour diffuser les informations sur la contraception d'urgence.

2.3.2.2. Sous quelle forme diffuser l'information ?

J'ai voulu créer un diaporama power point sur le thème de la contraception d'urgence. A l'aide d'images, d'animations et d'humour, le document est plus attrayant et par conséquent mieux assimilé.

2.3.2.3. Son contenu

2.3.2.3.1. La présentation

En tapant l'adresse suivante :

http://www.juliewill.co.uk/contraception_files/frame.htm

(Cette adresse sera plus courte mais elle est en cours de réalisation), vous pourrez découvrir la première page (en cours de réalisation). Celle-ci s'adresse aux adolescents qui souhaitent connaître un peu mieux la contraception d'urgence. En cliquant sur le terme : « contraception d'urgence », ils pourront découvrir le diaporama en direct, mais sans les animations. Ils pourront également le télécharger. Cette opération prendra un peu plus de temps mais le jeune pourra en disposer sur son ordinateur et profitera des animations. L'adresse sera communiquée par les CPEF lors de leurs interventions, elle est également disponible sur le courrier destiné aux infirmières scolaires. Enfin, elle se trouve sur la plaquette informative.

Le diaporama, gravé sur CD, est également disponible au CPEF de l'hôpital Villemin. Les professionnels auront ainsi la possibilité d'illustrer leurs interventions grâce à cet outil.

2.3.2.3.2. Le diaporama

- La première diapositive présente le sujet : la contraception d'urgence.
- Les cinq diapositives suivantes sont consacrées à la période de l'adolescence : période complexe au cours de laquelle le jeune individu se construit une identité, découvre un nouveau corps, laisse exprimer ses sentiments et bientôt sa sexualité. Ces images ont pour but de rassurer l'adolescent sur cette période particulière de la vie.
- L'image qui suit pose une problématique : devant l'émergence d'une sexualité, comment prévenir une grossesse non désirée ? Elle permet de poser une réflexion.

- La pilule du lendemain est ensuite évoquée : définition, circonstances, délai de prise du comprimé, endroits où se la procurer, effets secondaires.
- Deux informations essentielles sont ensuite traitées sous forme de question : « Peut on utiliser cette pilule régulièrement ? », « Protège-t-elle des IST ? ». Ces images ont pour but d'attirer l'attention des internautes sur deux dérives possibles.
- L'avant dernière diapositive conseille sur le comportement à suivre après la prise de la contraception d'urgence (utilisation d'une contraception locale jusqu'aux règles suivantes, test de grossesse devant un retard de règles). Elle explique de façon claire la conduite à tenir.
- Enfin, la dernière diapositive insiste sur l'importance d'un suivi gynécologique, pour parler de sexualité et choisir une contraception adaptée.

Même si cette cause n'est pas exclusive dans la stagnation du nombre d'IVG chez les mineures, la connaissance limitée de la contraception d'urgence est un élément de réponse.

Le dernier point soulevé par l'enquête tient aux réticences des élèves à prendre la contraception d'urgence.

IV. Autour des réticences à prendre la pilule du lendemain

L'analyse de ce thème a permis la proposition d'une solution.

1. Analyse des résultats

La **peur du regard des autres** (cités par 25,2 %) et les **effets secondaires** (cités par 26%) sont les principales réticences des jeunes pour ne pas prendre cette pilule.

La première réticence (« peur des effets secondaires ») est justifiée. L'adolescente ne maîtrise pas les changements qui s'imposent à son corps au cours de la puberté. Toute manifestation inconnue et inhabituelle fait peur (saignements, nausées, vomissements, céphalées, douleurs abdominales basses).

On comprend, ensuite, aisément la seconde réticence (« peur du regard des autres »). Aller chercher la pilule du lendemain, c'est reconnaître avoir eu une relation sexuelle, avec, en plus, la prise d'un risque au cours de ce rapport. Il faut ensuite formuler sa demande avec un cortège de mots à dire à un inconnu. L'adolescent, pour se construire, attache beaucoup d'importance à l'image que l'entourage leur renvoie. Ainsi cette démarche est très délicate et parfois même impossible pour certaines.

Devant ce constat, la prescription préventive de la pilule du lendemain doit être évoquée.

2. Proposition : prescription préventive

2.1. Les besoins

La peur du regard des autres est un argument avancé par 25,2% des élèves interrogés en réponse à un refus de prendre la pilule du lendemain.

Ensuite, la prescription de cette pilule est une véritable urgence car son efficacité maximale se situe dans les 12 heures qui suivent un rapport à risque. Il est donc essentiel que les patientes puissent l'obtenir rapidement.

Enfin, elles doivent se la procurer facilement si on veut qu'elles l'utilisent. Il est difficilement envisageable de manquer les cours pour un risque hypothétique de grossesse. De plus, les jeunes filles habitant en milieu rural n'ont pas de pharmacies sur place.

Que peut-on proposer pour améliorer ce constat ?

2.2. Proposition

2.2.1. Développement

Le gynécologue ou encore le médecin généraliste prescrirait en même temps que la contraception, par exemple, une pilule du lendemain. (Un médecin généraliste s'est intéressé à leur rôle dans la prescription, les conseils et le suivi de la contraception de leur patiente. Ce sujet a fait l'objet de sa thèse, étude « Pilule » (9). Il a abordé l'aspect préventif de la contraception d'urgence).

Les parents qui abordent facilement le sujet avec leurs enfants, pourraient disposer d'une boîte de contraception d'urgence à la maison.

2.2.2. Dérives

Il faut émettre certaines réserves suite à cette proposition. En effet, la prescription préventive de pilule du lendemain pourrait amener à une consommation abusive et ainsi freiner la prise d'une contraception régulière. Ensuite, les jeunes filles pourraient se déresponsabiliser face aux conséquences d'un rapport sexuel sans protection. Une confusion dans les esprits pourrait s'installer : la contraception d'urgence est une solution suite à un rapport sexuel à risque et non un argument qui permet d'avoir un rapport à risque. Enfin, le risque d'augmentation des IST est probable.

2.2.3. Conclusion

La prescription préventive de la contraception d'urgence ne conviendra certes pas à toutes les jeunes filles mais peut être ajoutée au catalogue des disponibilités pour venir en aide à certaines.

Améliorer, renforcer l'information sur les comportements à risques, sur l'IVG, sur la pilule du lendemain, est la piste de travail élémentaire. L'idéal serait une éducation qui responsabilise au maximum les adolescents.

Ainsi, beaucoup d'adolescents prennent encore des risques au cours de leurs relations et l'IVG est une solution adoptée par deux tiers des adolescentes. On est donc bien en présence d'un véritable problème de santé publique. La pilule du lendemain, qui semble être une solution adaptée à la sexualité des adolescents, est véritablement peu connue. Cette cause peut alors être impliquée dans la non diminution du nombre d'IVG chez les mineures.

CONCLUSION

Les grossesses non désirées aboutissent sept fois sur dix à une interruption volontaire, source d'une souffrance qu'il convient de préserver. La pilule du lendemain est une contraception d'urgence qui semble adaptée à la sexualité imprévisible et insouciante des adolescentes. Son accès est facilité depuis la loi du 04 juillet 2001. Mais depuis cette date, le nombre d'IVG n'a pas diminué chez les mineures.

Après avoir mené une enquête à propos des connaissances sur la contraception d'urgence des collégiens et lycéens, nous avons pu constater que peu d'adolescents la connaissent bien.

Il est alors indispensable de renforcer l'éducation en matière de sexualité et l'information sur la contraception d'urgence, tous les moyens de diffusion devant être développés. Deux projets m'ont particulièrement tenu à cœur : la création d'une plaquette informative et un site web.

Mais l'IVG n'est pas seulement un problème de contraception. Continuer à considérer l'IVG comme un échec de contraception entretient l'espoir qu'un jour l'avortement disparaîtra. Penser ainsi, c'est ignorer la complexité du comportement humain. Il ne faut ni opposer contraception et avortement en pensant que l'un est le substitut automatique de l'autre, ni croire qu'ils vont automatiquement de pair. La décision de recourir à l'IVG n'est pas de même nature que celle de prendre une pilule. L'IVG est une solution, certes radicale, mais qui doit être le début d'une réflexion : pourquoi en arriver là ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages

1. DEBESSE Maurice .*L'adolescence*.- 15^e ed. Paris : Presses universitaires de France, 1976, 126p. (Collection « Que sais-je ? »)
2. BAYEN Jeanne Françoise. *Adolescents, aujourd'hui : leurs visages, leurs difficultés, leurs choix*. Paris : Robert Laffont, 1981. 237p. (Collection « Réponses »)
3. BRACONNIER A., MARCELLI D. *L'adolescence aux 1000 visages, itinéraires et embûches*. Paris : Editions universitaires, 1988. (Collection « adolescences »)
4. TREMBLAY R. *Paroles d'amour et de plaisir. L'adolescence, le passage d'un détroit*. Toulouse : Eres, 1999. 120p.
5. SERFATY D. *Contraception*. 2^e ed. Paris : Masson, 2002. 436p.
6. ALVIN P., MARCELLI D. *Médecine de l'adolescent pour le praticien*. Paris : Masson, 1999. 310p.

2. Mémoires

7. HUGUENEL Delphine. *Les adolescents et la contraception d'urgence*. Mém : sage-femme : Nancy : 2000, 57 p.

3. Thèses

8. COTTET, Virginie. *IVG à l'adolescence : passage à l'acte où rite de passage*. Thèse Docteur en médecine. Nancy I: Université Henry Poincaré, 2004, 118p.
9. MENIERE, Renaud. *De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale*. Thèse Docteur en médecine. Nancy I: Université Henry Poincaré, 2004, 95p.

4. Périodiques

10. NISSAND I. *La prévention de l'IVG chez les adolescents*. Gyn.Obs., 1999, n° 407, pp. 1-3
11. MIMOUN S. *L'adolescente et sa première contraception*. Gynécologie et psychosomatique, 1999, n° 25, pp. 3-5
12. UZAN M. *Particularités de la grossesse et des IVG chez les adolescents*. Les dossiers de l'obstétrique, 1999, n° 274, pp. 16-20
13. BARJOT Ph. *Contraception progestative*. La lettre du gynécologue, 2003, n° 286, pp. 8-10
14. SEINCE S., PHARISIEN I., UZAN M. *Grossesse et accouchement des adolescentes*. Profession Sage-Femme, 2003, n° 105, pp. 23-26
15. BETTOLI L. *Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? Quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ?* Thérapie familiale, Genève, 2003, n° 2, pp. 179-191
16. JACQUEMIN H. *L'adolescente et sa mère face à face devant une demande de contraception en consultation de gynécologie*. Les dossiers de l'obstétrique, 2002, n° 306, pp. 27-32
17. TOUITOU S. *Contraception de l'adolescente*. Réalités en gynécologie-obstétrique, 2003, n°82, pp. 21-26
18. BERTHELEMY S. *La contraception d'urgence : quelle dispensation à l'officine ?* Gyn.Obs., 2004, n° 483, pp. 17-22
19. LEVY D.P., ULMANN A. *La contraception d'urgence chez l'adolescent*. La lettre du gynécologue, 2004, n° 288, pp. 7-9
20. VILAIN A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2002*. DREES, Etudes et résultats, 2004, n° 348, 8p.
21. GROUSSIN-WEYLAND M. *La contraception de l'adolescente*. Association de pédiatrie ambulatoire de Meurthe et Moselle, 2004, 6p.
22. Ministère de la santé, de la famille, et des personnes handicapées. *Bilan des données régionales 2002-2003 relatives à l'interruption volontaire de grossesse*. Paris : 2003, 13p.
23. ARH. *Enquête DHOS IVG-juillet 2003 Lorraine*. 2003,4p.
24. Laboratoire HRA Pharma. *Norlevo®*. Paris : 2003,34p.

5.Sites internet

25. Légifrance. *JO n°156 du 07 juillet 2001 page 10823* [en ligne]. Disponible sur :<<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0000140L>>. (consulté le 19.03.2004).

26. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. *Rapport relatif à la contraception d'urgence dans les établissements d'enseignement et dans les pharmacies*[en ligne].2003. Disponible sur :
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_urgence/1contraception.htm#1>.(consulté le 16.10.2004).

27. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. *Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003* [en ligne]. Disponible sur :<<http://www.education.gouv.fr/bo/2003/9/ensl.htm>>. (consulté le 06.09.2004).

28. Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception. *Le point sur la contraception d'urgence* [en ligne]. Disponible sur :<http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/contraception_urgence.html>. (consulté le 25.03.2004)

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
PREFACE	5
PREFACE	5
INTRODUCTION.....	6
Première Partie : Prise en charge des grossesses non désirées à l'adolescence	7
I. Adolescence et éveil sexuel	8
1. La période de l'adolescence	8
1.1. Période complexe	8
1.1.1. Définition	8
1.1.2. En résumé	8
1.2. Les « nouveaux » adolescents	9
1.3. Sexualité à l'adolescence	9
1.3.1. Introduction	9
1.3.2. Epidémiologie	9
1.3.3. Caractéristiques	10
2. Eveil à la sexualité : quel interlocuteur privilégié ?	10
2.1. La famille	10
2.1.1. Point de vue des parents	10
2.1.2. Point de vue des enfants	11
2.2. Le milieu scolaire	11
2.2.1. Législation	11
2.2.2. Organisation des séquences d'éducation	12
2.3. Les Centres de Planification et d'éducation Familiale (CPEF)	13
2.3.1. Missions	13
2.3.2. Constitution	13
2.3.3. Interventions des CPEF de Nancy	14
2.4. Implication du ministère de la santé	14
2.4.1. INPES	14
2.4.2. DRASS	14
II. Pour une sexualité sans risque	16

1. Contraception programmée	16
1.1. La demande de contraception	16
1.1.1. Les objectifs	16
1.1.2. Le déroulement de la consultation	16
1.2. Quelle contraception proposée ?	17
1.2.2. Méthodes conseillées	17
1.3. Taux d'échec des méthodes contraceptives	18
2. La contraception d'urgence	18
2.1. Les différentes méthodes hormonales	18
2.1.1. Définition	18
2.1.2. Historique	19
2.2. Caractéristiques de Norlevo®	19
2.2.1. Composition	19
2.2.2. Indications thérapeutiques	19
2.2.3. Schéma posologique simplifié	20
2.2.4. Mécanisme d'action	20
2.2.5. Efficacité (24)	20
2.2.6. Effets indésirables	22
2.3. Intérêt de cette contraception	23
2.4. Législation spécifique	23
2.4.1. Délivrance en pharmacie	23
2.4.2. Délivrance en milieu scolaire	25
III. Echec de prévention	26
1. Grossesse à l'adolescence	26
1.1. Historique	26
1.2. Epidémiologie	26
1.3. Le sens de la grossesse	27
2. IVG : Solution choisie par 2/3 des mineures	27
2.1. Historique	28
2.2. Les deux méthodes	29
2.2.1. IVG médicamenteuse	29
2.3. Les conséquences psychologiques	30
2.3.1. Les séquelles	30

2.3.2. Les aides	30
2.4. Epidémiologie et problème posé.....	31
2.4.1. Les sources	31
2.4.3. Et depuis la loi du 04 juillet 2001 ?	32
Deuxième Partie : Description et résultats de l'enquête.....	33
Les connaissances sur la contraception d'urgence.....	33
I. Présentation de l'étude.....	34
1. But.....	34
2. Méthode d'évaluation	34
2.1. Mise en forme	34
2.2. Contenu	34
3. Population ciblée	35
4. Recueil des données.....	35
5. Limites et problèmes rencontrés.....	36
5.1. Etablissements privés.....	36
5.2. Limites d'âge.....	36
II. Les résultats	37
1. Identité de l'échantillon	37
1.1. Le sexe	37
1.2. L'âge	37
1.3. Le type d'enseignement suivi	38
2. A propos de la contraception.....	38
2.1. Education à la sexualité	38
2.2. Le nombre d'heures	39
2.3. Education sexuelle en famille	39
2.4. Contraception lors d'un rapport sexuel	40
2.4.1. Raisons d'un tel comportement	40
2.4.2. Influence du sexe	42
2.4.3. Influence de l'âge.....	42
2.4.5. Influence de la liberté de parler de sexualité en famille	43
2.4.6. Influence des cours d'éducation à la sexualité.....	43
2.5. Moyens de contraception utilisés ou envisagés	44
2.6. Que faire suite à un rapport sexuel à risque ?	45

2.7. Que faire devant la découverte d'une grossesse ?	45
3. A propos de la pilule du lendemain ou contraception d'urgence (Norlevo®)	46
3.1. Les connaissances	46
3.1.1. Influence du sexe	46
3.1.2. Influence de l'âge.....	47
3.1.4. Influence de la possibilité de parler de sexualité en famille	47
3.1.5. Influence des cours d'éducation à la sexualité	47
3.2. Dans quelles circonstances prendre la pilule du lendemain ?.....	48
3.3. Dans quel délai prendre la pilule du lendemain ?	49
3.4. Quels sont les endroits où on peut se procurer la pilule du lendemain ?.....	49
3.5. Peut-on se procurer cette pilule gratuitement ?	50
3.6. Raisons qui justifieraient un refus de prendre la pilule du lendemain	50
Troisième partie : Analyse et propositions	52
I. Autour d'un comportement sexuel à risque	53
1. Analyse des résultats	53
1.1. Implication des garçons	53
1.1.1. Constat.....	53
1.1.2. Interprétation	53
1.2. Quels sont ces jeunes qui prennent des risques ?	54
1.3. Impact des cours d'éducation à la sexualité.....	55
2. Propositions : développer les actions de prévention dans le domaine de la sexualité en milieu scolaire	55
2.1. Sensibiliser les établissements	55
2.2. Les différents publics	56
II. Autour de l'IVG	58
1. Analyse : IVG solution banalisée ?	58
2. Proposition : renforcer l'information sur l'IVG	58
III. Autour des connaissances de la pilule du lendemain.....	60
1. Analyse des résultats	60
1.1. La contraception d'urgence : une solution à connaître	60
1.2. Qui prétend connaître la pilule du lendemain ?	60
1.3. La pilule du lendemain est-elle réellement connue ?	61
1.3.2. Dans quels endroits peut-on se la procurer ?	62

1.3.3. Peut-on obtenir cette pilule gratuitement ?	62
2. Proposition : développer les sources et les modalités d'accès à l'information sur la contraception d'urgence	62
2.1. La contraception d'urgence : une solution adaptée	62
2.2. Les informations indispensables	63
2.2.1. Les circonstances	63
2.2.2. Les lieux.....	63
2.2.3. La gratuité.....	63
2.2.4. Le moment de la prise.....	63
2.2.5. Les effets secondaires (cités par 26%).....	63
2.3. Les propositions.....	64
2.3.1. Plaquette informative.....	64
2.3.2. Diaporama internet.....	65
IV. Autour des réticences à prendre la pilule du lendemain.....	68
1. Analyse des résultats	68
2. Proposition : prescription préventive	68
2.1. Les besoins	68
2.2. Proposition	69
2.2.1. Développement	69
2.2.2. Dérives	69
2.2.3. Conclusion.....	70
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES	80

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

ANNEXE 2 : Loi du 04 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception

ANNEXE 3 : Programmes d'enseignement

ANNEXE 4 : Décret 2002-39 du 09 juillet 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence

ANNEXE 5 : Evolution du nombre de boîtes de Norlevo® délivrées selon le mode de remboursement

ANNEXE 6 : Décret 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

ANNEXE 7 : Etablissement de santé pratiquant des IVG en Lorraine-mars 2004

ANNEXE 8 : Protocole mifégyne®

ANNEXE 9 : Tableaux DRESS

ANNEXE 10 : Graphiques deuxième partie

ANNEXE 11 :Lettre aux établissements

ANNEXE 12 :Liste des établissements

ANNEXE 13 : Prototype de la plaquette informative

ANNEXE 14 : Lettre au laboratoire HRA-Pharma

ANNEXE 1 : Questionnaire

Je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à l'impact de la pilule du lendemain sur le nombre d'interruptions volontaires de grossesse réalisées chez les mineures. Vous serait-il possible de répondre aux questions suivantes ?

I. Vous êtes

- Un garçon Une fille
- Votre âge :ans
- Vous suivez un enseignement: Professionnel
 Général ou technique

II. A propos de la contraception

- **Avez-vous eu des cours d'éducation sexuelle ?** : Oui Non
- **Si oui, combien d'heures avez-vous eu ?** :.....H
- **Envisageriez-vous d'avoir, ou avez-vous déjà eu, un rapport sexuel sans contraception (préservatifs, pilule...)** ? Oui Non

⇒ **Si vous avez répondu OUI, pour quelle(s) raison(s) ?** :

- Il n'y a aucun risque
- Pas de préservatifs à disposition
- Pas envie de prendre une contraception
- Autre (précisez) :

⇒ **Si vous avez répondu NON, pour quelle(s) raison(s) ?** :

- Risque de Maladies Sexuellement Transmissibles (Sida, Hépatite C ...)
- Risque de grossesse
- Autre (précisez) :

- **Quel(s) moyen(s) de contraception utiliseriez-vous, ou avez-vous utilisé ?**
 Méthode du retrait



- Calcul de l'ovulation
- Préservatif
- Pilule
- Cape
- Spermicide
- Implant

- **Pouvez-vous librement parler de sexualité en famille ?**

Oui Non

- **Vous avez eu un rapport sexuel sans protection et vous savez que vous risquez, entre autre, d'être enceinte, que faites-vous ? (si vous êtes un garçon : que conseillez-vous à votre copine ?) :**

Vous attendez vos règles avec anxiété ; une grossesse, ça ne peut pas vous arriver.

Vous prenez la pilule du lendemain.

- **Vous apprenez que vous êtes enceinte. Que faites vous ? (si vous êtes un garçon : que conseillez-vous à votre copine ?) :**

Vous poursuivez la grossesse.

Vous interrompez la grossesse.

III. A propos de la pilule du lendemain (ou Norlevo) : (Plusieurs réponses sont possibles)

- **Avez-vous déjà entendu parler de la pilule du lendemain ?**

Oui Non

- **Dans quelle(s) circonstance(s) pouvez-vous (ou votre copine, si vous êtes un garçon) la prendre ? :**

Après un rapport sexuel non protégé

Après un oubli de pilule, si vous avez eu un rapport sexuel

dans les jours précédents

Après un accident de préservatif

Si échec du retrait avant éjaculation

Autre (précisez) :

- **Après le rapport sexuel « à risque », à quel moment la prenez-vous (ou votre copine, *si vous êtes un garçon*) ? :**
 - 12 h après
 - 24 h après
 - 2 jours après
 - 3 jours après
 - 1 semaine après
 - 15 jours après

- **Où pouvez-vous (ou votre copine, *si vous êtes un garçon*) vous la procurer ?**
 - Au centre de planification
 - En pharmacie
 - Après de votre infirmière scolaire
 - Autre (précisez) :

- **Pouvez-vous (ou votre copine, *si vous êtes un garçon*) obtenir cette pilule gratuitement ?**
 - Oui Non

Si oui, jusqu'à quel âge ? ans

- **Vous avez eu un rapport sexuel sans protection et vous connaissez la pilule du lendemain mais vous (ou votre copine, *si vous êtes un garçon*) ne la prenez pas. Pour quelle(s) raison(s) ? :**
 - Peur des effets secondaires
 - Peur du regard des autres (en allant la chercher)
 - Pas d'endroit pour se la procurer à proximité
 - Pas de risque de grossesse
 - Sans raisons particulières
 - Autre (précisez) :

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

ANNEXE 2

J.O n° 156 du 7 juillet 2001 page 10823

Lois

LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1)

NOR: MESX0000140L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu les décisions du Conseil constitutionnel no 2001-446 DC du 27 juin 2001 et no 2001-449 DC du 4 juillet 2001 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Article 1er

L'intitulé du chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Article 2

Dans la deuxième phrase de l'article L. 2212-1 du même code, les mots : « avant la fin de la dixième semaine de grossesse » sont remplacés par les mots : « avant la fin de la douzième semaine de grossesse. »

...

Article 5

I. - Les deux premiers alinéas de l'article L. 2212-4 du même code sont ainsi rédigés :

« Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

« Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche. »

II. - Le troisième alinéa du même article est supprimé.

...

TITRE II CONTRACEPTION

Article 21

Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique, les mots : « sur prescription médicale » sont supprimés.

Article 22

Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l'éducation est complété par une section 9 ainsi rédigée :

« Section 9

« L'éducation à la santé et à la sexualité

« Art. L. 312-16. - 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 no 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. »

Article 23

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 6121-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Une information et une éducation à la sexualité et à la contraception sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées. »

Article 24

I. - L'article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5134-1. - 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 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 oeuvre d'un suivi médical.

ANNEXE 3 : Programmes d'enseignement

(Extraits de : *Programmes et accompagnement. Sciences de la Vie et de la Terre. Enseigner au collège*. Paris : 2002, ministère de l'éducation nationale)

5^{ème} ou 4^{ème} : La Transmission de la vie chez l'Homme :

- Transformations pubertaires
- Fécondation et développement de l'embryon, du fœtus ; échanges mère- fœtus
- Concernant la maîtrise de la reproduction et les IST, le programme n'imposant rien dans ces domaines, il appartient au professeur de juger des prolongements éducatifs souhaitables et possibles avec chaque classe.

3^{ème} : Responsabilité Humaine : santé et environnement

L'objectif fondamental de cette partie est d'engager une réflexion sur les responsabilités individuelles et collectives dans les domaines de la santé et de l'environnement, fondée sur les bases scientifiques acquises tout au long de la scolarité au collège, et particulièrement au cours de l'année de troisième. Ainsi, tout au long de l'année, l'élève, ou un groupe d'élèves, construit progressivement deux exposés, l'un relatif à la responsabilité humaine en matière de santé, l'autre relatif à la responsabilité humaine en matière d'environnement.

Exemple d'activités : localisation sur un schéma d'appareil reproducteur du niveau d'action d'un contraceptif, identification d'une cause de stérilité à partir d'une hystérographie, d'un spermogramme...

(Extraits de : *Programmes et accompagnement. Sciences de la Vie et de la Terre. Enseigner au lycée.*)

2nd : Cellule, ADN et unité du vivant

Parenté et diversité des organismes : le développement embryonnaire conduit à la mise en place du plan d'organisation en suivant un programme génétiquement déterminé.

1^{ère} SES, L : Procréation

Ce thème a pour objectif de montrer que les connaissances des étapes d'un processus biologique ont permis d'agir sur le contrôle de la procréation et de lutter contre les pathologies associées. Ce thème est d'une grande importance pour les adolescents, au regard des problèmes de santé individuelle sous-jacents ainsi que des conséquences sociales et éthiques qu'il évoque.

Notion et contenus :

- des processus biologiques contrôlés par les hormones (cycle menstruel, cycle ovarien ; production de gamètes mâles ; rencontre des gamètes ; début de grossesse)
- maîtrise de la reproduction (régulation des naissances ; aide médicalisée à la procréation)

ANNEXE 4

Laboratoire HRA Pharma – NORLEVO® 750 microgrammes, comprimé
Brochure scientifique – Octobre 2003

Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence

NOR: MESP0123909D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 5134-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 221-1 et L. 262-1 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés du 25 juillet 2001,

Décrète :

Article 1

La délivrance aux mineures des médicaments indiqués dans la contraception d'urgence et non soumis à prescription médicale obligatoire tels que définis au deuxième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est effectuée dans les conditions définies à l'article R. 5015-48 et au quatrième alinéa de l'article R. 5089-9 du même code. La délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical. Cette information est complétée par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur ces sujets. Le pharmacien communique également à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche.

Article 2

La minorité à laquelle est subordonnée la gratuité de la délivrance prévue à l'article L. 5134-1 est justifiée par la simple déclaration orale faite au pharmacien par l'intéressée.

Article 3

Lorsque la délivrance à une mineure de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence a été effectuée, le pharmacien adresse à la caisse d'assurance maladie dont il dépend une facture établie sur une feuille de soins ne comportant pas l'identification de l'assuré et du bénéficiaire et utilisant un support papier, sur laquelle est collée la vignette de la boîte délivrée. Cet envoi peut faire l'objet d'une transmission électronique.

Article 4

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique au plus tard avant le 1er décembre de chaque année au ministère chargé de la sécurité sociale le nombre de boîtes de médicaments mentionnés à l'article 1er délivrées à des mineures et facturées aux caisses d'assurance maladie entre le 1er septembre de l'année précédente et le 31 août de l'année en cours.

Article 5

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 9 janvier 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Élisabeth Guigou

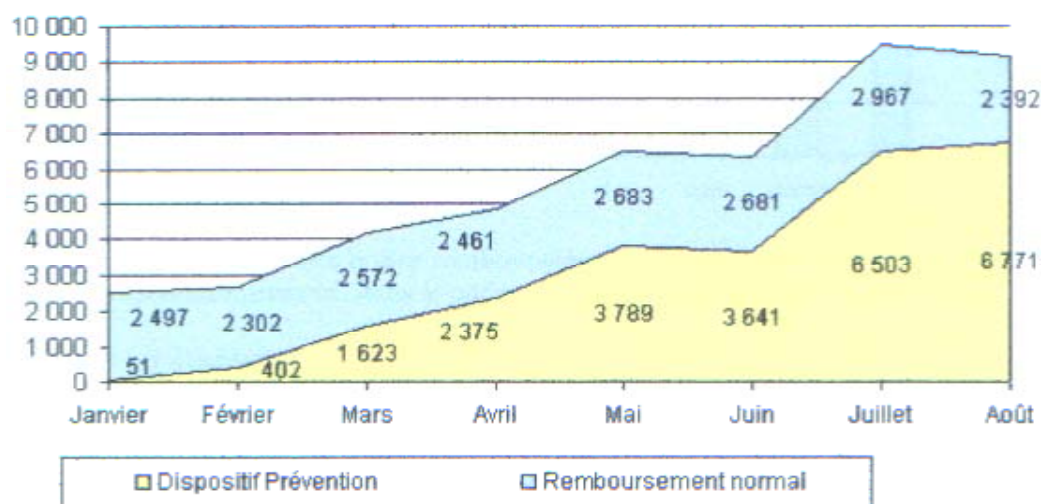
Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Laurent Fabius

Le ministre délégué à la santé,
Bernard Kouchner

La secrétaire d'Etat au budget,
Florence Parly

ANNEXE 5

Evolution du nombre de boîtes de Norlevo® délivrées selon le mode de remboursement



Le nombre de boîtes destinées aux majeures et remboursées à 65 % est relativement stable et se situe aux alentours de 2500 par mois (remboursement normal), alors que le nombre de boîtes délivrées aux mineures ne cessent d'augmenter, avec une augmentation très importante en juillet et août (dispositif prévention). Cette constatation montre que beaucoup d'adolescents sont informés sur la gratuité de la pilule.

ANNEXE 6

Laboratoire HRA Pharma – NORLEVO[®] 750 microgrammes, comprimé
Brochure scientifique – Octobre 2003

Décret no 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi no 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

NOR: MENE0100458D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'éducation nationale et du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 4161-1, L. 4311-1, L. 5134-1 et L. 6211-8 ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'éducation du 19 janvier 2001 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement agricole du 6 février 2001,

Décrète :

Art. 1er. - Les conditions dans lesquelles une contraception d'urgence peut être administrée aux élèves des établissements d'enseignement du second degré, en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, sont déterminées par le protocole national annexé au présent décret.

Art. 2. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'éducation nationale, le ministre de l'agriculture et de la pêche, la ministre déléguée à la famille et à l'enfance, le ministre délégué à la santé, le ministre délégué à l'enseignement professionnel et la secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 27 mars 2001.

Lionel Jospin
Par le Premier ministre :

Le ministre de l'éducation nationale,
Jack Lang

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
Jean Glavany

La ministre déléguée à la famille
et à l'enfance,
Ségolène Royal

Le ministre délégué à la santé,
Bernard Kouchner

Le ministre délégué
à l'enseignement professionnel,
Jean-Luc Mélenchon

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes
et à la formation professionnelle,
Nicole Péry

ANNEXE PROTOCOLE NATIONAL SUR LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN MILIEU SCOLAIRE

Le présent protocole détermine les modalités d'administration de la contraception d'urgence non soumise à prescription obligatoire aux élèves externes et internes des établissements d'enseignement du second degré.

Il appartient à ces établissements de respecter les dispositions suivantes et d'adapter en conséquence leur mode de fonctionnement :

1. Peuvent administrer cette contraception d'urgence les infirmières et les infirmiers rattachés à un établissement et y disposant d'un local permettant le respect de la confidentialité.

2. Toute décision concernant l'administration d'une contraception d'urgence doit être précédée d'un entretien avec l'élève, qu'elle soit mineure ou majeure.

Cet entretien doit permettre à l'infirmière ou à l'infirmier d'apprécier si la situation de l'élève correspond aux critères d'urgence et de détresse caractérisée prévus par le cinquième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique et aux conditions d'utilisation prévues par l'autorisation de mise sur le marché.

Chaque fois, il sera indiqué à l'élève que la contraception d'urgence ne constitue pas une méthode régulière de contraception et qu'elle peut ne pas être efficace dans tous les cas. Elle sera également informée que ce médicament ne saurait lui être administré de manière répétée et que son usage ne peut être banalisé.

Lorsque les indications du médicament ne permettent plus l'administration d'une contraception d'urgence, l'élève devra impérativement être orientée vers un centre de planification ou d'éducation familiale, l'hôpital ou un médecin généraliste ou gynécologue en cas de retard de règles.

3. La mise en place d'une éventuelle contraception d'urgence suppose de prendre en compte deux types de situations :

L'élève mineure :

L'infirmière ou l'infirmier recherche les modalités les plus appropriées en fonction de l'âge et de la personnalité de l'élève aux fins d'informer celle-ci des différentes possibilités de contraception d'urgence, de lui indiquer les structures existantes pour se procurer de tels médicaments (pharmacie, centre de planification ou d'éducation familiale) et de lui proposer d'entrer en contact avec un médecin. L'infirmière ou l'infirmier propose également à l'élève, qui peut le refuser, de s'entretenir avec l'un des titulaires de l'autorité parentale ou avec son représentant légal de la démarche d'aide et de conseil mise en oeuvre.

Si aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée, l'infirmière ou l'infirmier pourra, à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence à l'élève concernée aux fins de permettre d'éviter une grossesse non désirée à un âge précoce.

Il conviendra dans ce cas de s'assurer de la prise effective par l'élève du médicament et du respect de la posologie.

L'élève majeure :

L'infirmière ou l'infirmier informe l'élève des différentes possibilités d'accès à la contraception d'urgence (médecin, pharmacie, centre de planification ou d'éducation familiale, urgences hospitalières) en l'aidant si nécessaire à prendre rapidement un rendez-vous et lui propose d'entrer en contact avec sa famille.

Si aucun médecin ou centre n'est immédiatement accessible et si l'élève est dans une situation de détresse caractérisée, l'infirmière ou l'infirmier pourra, à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence à l'élève concernée aux fins de permettre d'éviter une grossesse non désirée.

4. L'administration de ce médicament doit faire l'objet de la part de l'infirmière ou de l'infirmier d'un compte rendu écrit, daté et signé sur le « cahier de l'infirmière » ou tout autre document prévu à cet effet dans l'établissement.

A la fin de chaque année scolaire, l'infirmière ou l'infirmier, quel que soit son établissement d'exercice, établit et adresse à l'infirmière ou à l'infirmier conseiller technique auprès de l'inspecteur d'académie pour les établissements relevant du ministère de l'éducation nationale et à la direction régionale de l'agriculture et de la forêt pour les établissements relevant du ministère de l'agriculture et de la pêche un état faisant apparaître le nombre de demandes de ce médicament de la part des élèves mineures et majeures, ainsi que le nombre d'élèves auxquelles une contraception d'urgence a été administrée ainsi que le nombre d'élèves mineures et majeures orientées vers d'autres structures.

5. L'infirmière ou l'infirmier organise un suivi de chaque élève à laquelle une contraception d'urgence a été administrée.

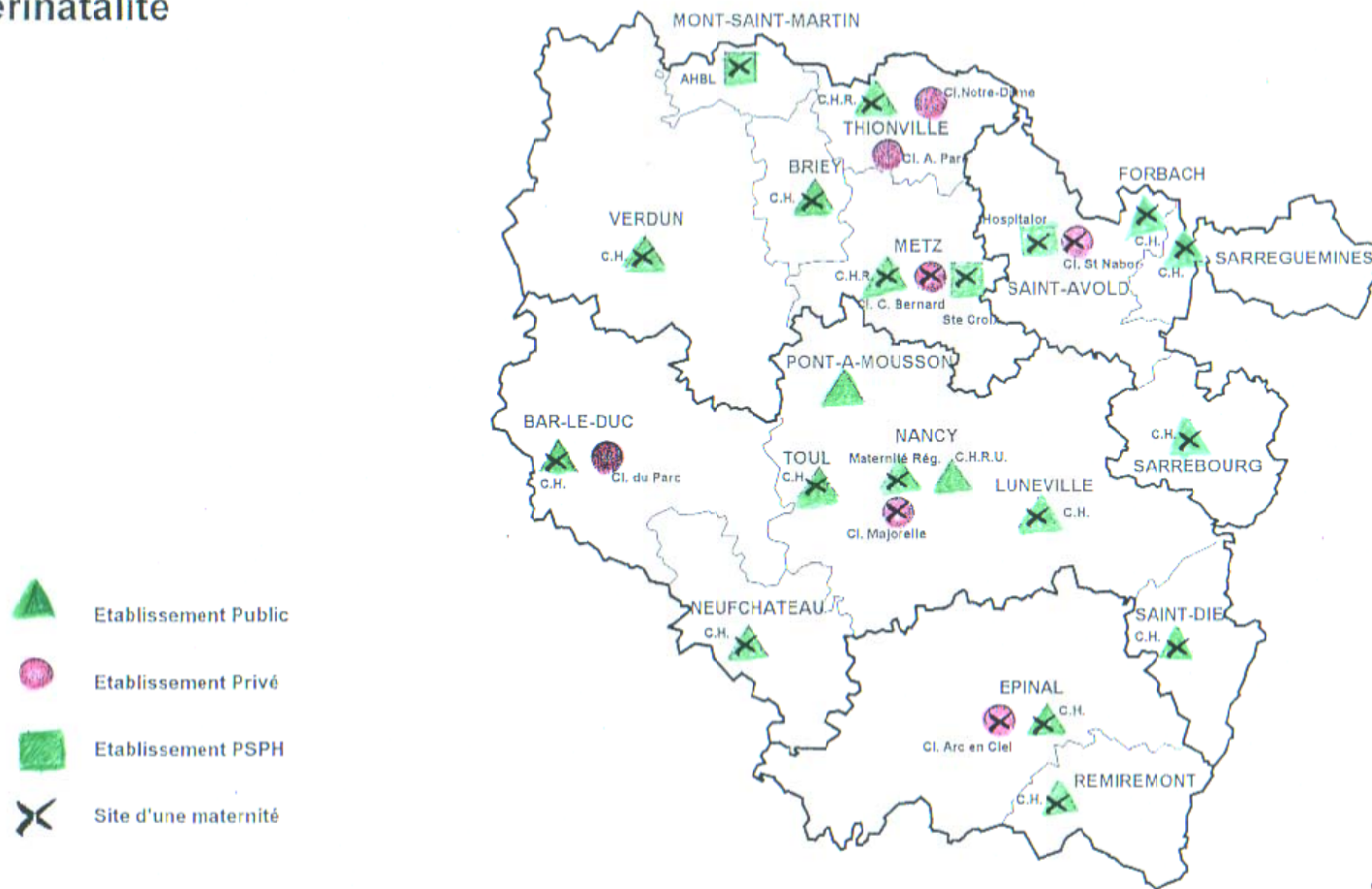
Dans tous les cas, il lui appartient de veiller à la mise en oeuvre d'un accompagnement psychologique de l'élève et d'un suivi médical par un centre de planification ou d'éducation familiale, ou d'un médecin traitant ou spécialiste visant à :

- s'assurer de l'efficacité de la contraception d'urgence, notamment en conseillant un test de grossesse lorsqu'il est constaté un retard de règles ;
- prévenir les maladies sexuellement transmissibles et le sida, notamment en vue d'un dépistage et, éventuellement, d'un traitement précoce ;
- discuter d'une méthode de contraception régulière adaptée à son cas.

SROS
Périnatalité

ETABLISSEMENTS DE SANTE PRATIQUANT DES IVG

MARS 2004



ANNEXE 8 : Protocole Mifégyne®

Lisez attentivement cette notice,

et faites vous expliquer par le médecin, ou le personnel infirmier, les points qui ne vous paraissent pas clairs.

Avant de prendre MIFEGYNE®

le médecin, ou le personnel infirmier, vous fera signer un formulaire attestant que vous avez lu et compris cette notice.

PREPARATION DU COL UTERIN A L'INTERRUPTION CHIRURGICALE DE GROSSESSE DU PREMIER TRIMESTRE

INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTES

Si vous êtes bien sûre de vouloir interrompre votre grossesse, MIFEGYNE® peut faciliter l'intervention chirurgicale. Ce médicament bloque l'action de la progestérone, hormone du maintien de la grossesse. MIFEGYNE® permet donc l'interruption de la grossesse. Elle permet également de ramollir et de dilater le col de l'utérus. L'administration d'un comprimé de MIFEGYNE®, 36 à 48 heures avant l'aspiration, facilite le geste opératoire instrumental.

L'EMPLOI DE MIFEGYNE® NE PEUT SE FAIRE QUE DANS LE RESPECT DES REGLEMENTS EN VIGUEUR CONCERNANT L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (Lois de 1975, 1979 et 2001).

MIFEGYNE®, ne doit pas être utilisée dans les cas suivants :

- si la grossesse n'est pas confirmée,
- si la grossesse dépasse 14 semaines d'aménorrhée,
- en cas de suspicion de grossesse extra-utérine,
- en cas d'insuffisance surrénale,
- en cas d'asthme sévère,
- en cas d'allergie à la mifépristone.

De plus, le traitement est déconseillé en cas d'insuffisance rénale et d'insuffisance hépatique, ou en cas d'allaitement.

L'utilisation de MIFEGYNE® implique des contraintes que vous devez connaître :

❶ MIFEGYNE® doit être administrée, 36 à 48 heures avant l'aspiration, de façon à obtenir l'efficacité maximale du traitement préparateur.

❷ Avant l'aspiration, des saignements utérins peuvent se produire et, dans de rares cas, une expulsion peut avoir lieu.

Vous devez impérativement retourner au centre pour vérifier que l'évacuation a été complète. Le médecin vous indiquera où téléphoner et où vous rendre en cas de besoin.

❸ Si vous décidez de mener votre grossesse à son terme après avoir pris MIFEGYNE®, aucune garantie ne peut être donnée sur l'absence totale de risque pour l'enfant à naître. Parlez-en à votre médecin.

❹ Si vous êtes d'un groupe sanguin Rhésus négatif, la prévention de l'immunisation Rhésus doit être pratiquée.

❺ Vous ne devez pas être enceinte à nouveau dans le cycle suivant la prise du traitement. Une contraception efficace devra être mise en route précocement.

❻ N'oubliez pas de signaler à votre médecin tout autre traitement en cours (notamment anticoagulants, anti-inflammatoires y compris l'aspirine, corticoïdes) et tout problème de santé que vous pourriez avoir, ou si vous allaitez.

N'hésitez pas à poser des questions, l'équipe soignante est là pour vous accompagner.

DEROULEMENT DE LA METHODE

Vos rendez-vous

Jour 0

Jour de la première consultation

Vous demandez une IVG.

Votre médecin a jugé que vous pouvez bénéficier de la méthode chirurgicale dans le cadre de la loi. A partir de ce jour 0, vous avez une semaine de réflexion.

Jour 7

Prise de MIFEGYNE®

Vous confirmez votre demande d'IVG.

Vous n'avez pas de contre-indication à l'emploi de MIFEGYNE®. Vous avez lu la notice d'information sur MIFEGYNE®. Vous avez obtenu les précisions complémentaires que vous souhaitez, et vous avez signé le formulaire attestant que vous êtes informée. Vous avez un comprimé de MIFEGYNE® en présence du médecin ou du personnel infirmier. Vous rentrez chez vous avec un nouveau rendez-vous 36 à 48 heures plus tard, en sachant où téléphoner et où vous rendre en cas de nécessité. Des saignements utérins peuvent se produire un ou deux jours plus tard.

Jour 9

Intervention

Vous revenez au centre indiqué pour l'IVG chirurgicale.

L'aspiration est effectuée sous anesthésie locale ou générale. Vous restez au repos pendant quelques heures, puis, vous rentrez chez vous avec, le cas échéant, une ordonnance pour une contraception.

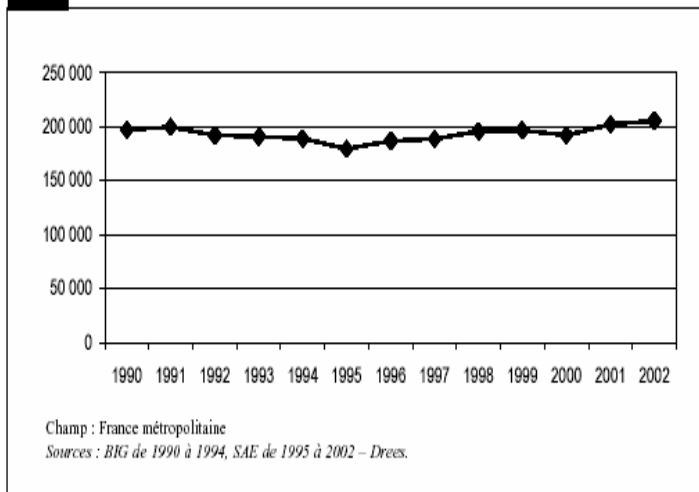
ANNEXE 9 : Tableaux DRESS

T-02 les interruptions volontaires de grossesse selon la région d'intervention en 2002

Région	IVG	IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	% IVG médicamenteuses	IVG auprès de mineures	% d'IVG en secteur public
ÎLE-DE-FRANCE	59 296	20,3	31,1	2 198	45%
CHAMPAGNE-ARDENNE	3 473	10,8	36,3	262	75%
PICARDIE	5 289	11,6	40,3	414	98%
HAUTE-NORMANDIE	4 669	10,6	25,0	351	83%
CENTRE	6 638	11,6	50,4	393	96%
BASSE-NORMANDIE	3 371	10,1	35,0	221	91%
BOURGOGNE	3 924	10,8	22,0	220	88%
NORD-PAS-DE-CALAIS	11 796	11,8	42,0	937	96%
LORRAINE	6 533	11,6	39,7	406	71%
ALSACE	5 115	11,5	58,3	298	80%
FRANCHE-COMTE	3 038	11,4	25,2	198	96%
PAYS DE LA LOIRE	7 732	9,9	28,9	438	92%
BRETAGNE	7 577	11,2	33,2	459	82%
POITOU-CHARENTES	4 262	11,4	37,4	265	70%
AQUITAINE	9 483	13,7	30,5	430	69%
MIDI-PYRENEES	8 545	14,1	42,4	367	43%
LIMOUSIN	1 823	11,8	36,0	119	87%
RHÔNE-ALPES	17 903	12,8	27,1	811	83%
AUVERGNE	3 171	10,7	30,5	195	89%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	9 167	16,6	40,3	479	64%
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	21 360	19,7	37,9	1 093	61%
CORSE	1 462	23,8	64,8	66	77%
France métropolitaine	205 627	14,3	34,9	10 622	68%
Guadeloupe	4 791	41,2	27,6	730	66%
Martinique	2 606	25,2	41,9		
Guyane	1 692	37,3	48,3	463	70%
Réunion	4 385	21,6	25,9		
DOM	13 474	28,8	32,4	1 193	69%
France entière	219 101	14,8	34,7	11 815	76%

Sources : SAE, PMSI - Drees ; Insee

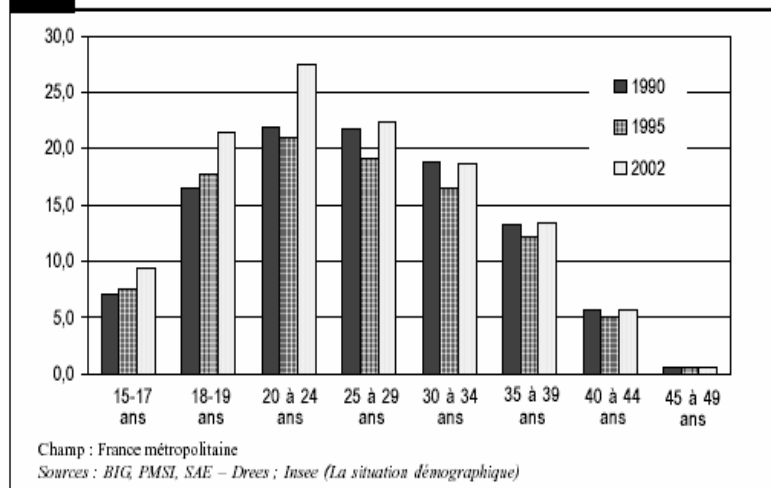
G-01 évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse



10

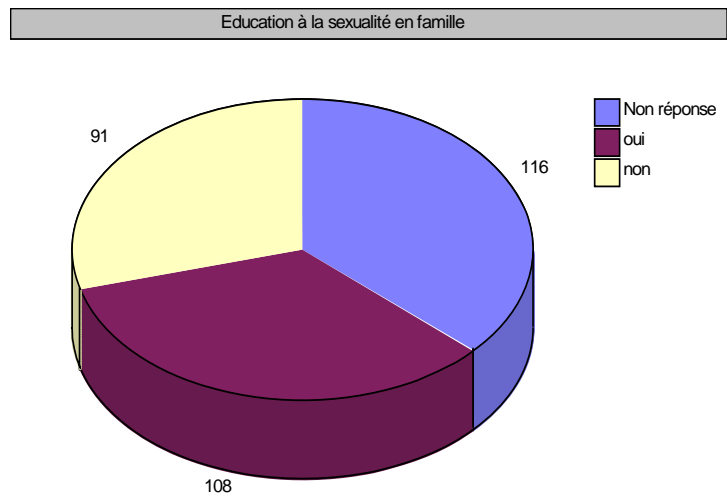
Sophie Will juin 2005

G-02 nombre moyen d'IVG pour 1 000 femmes



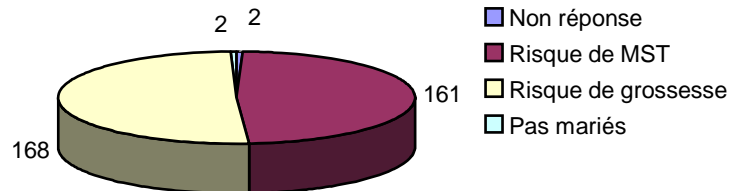
ANNEXE 10 : Graphiques deuxième partie

Graphique 1



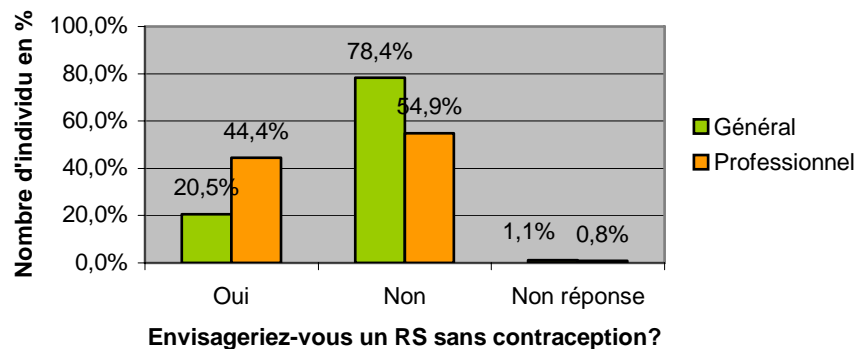
Graphique 2

Les motifs d'une contraception lors d'un rapport sexuel



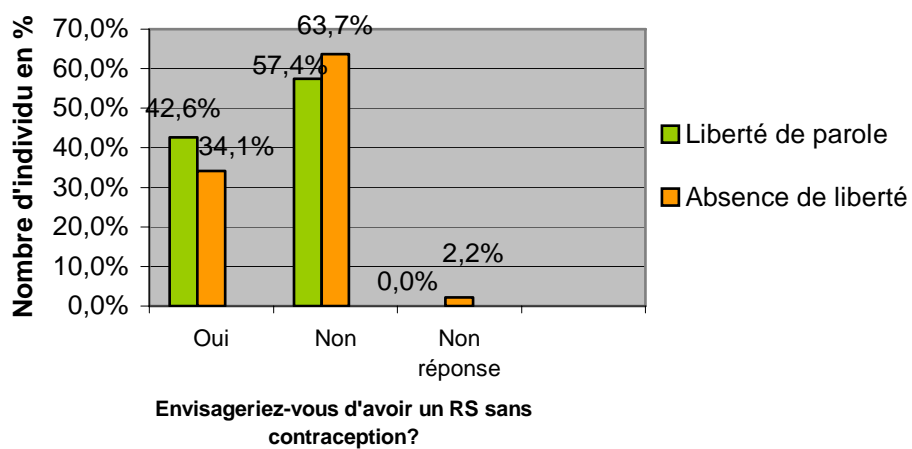
Graphique 3

Influence du type d'enseignement sur l'utilisation d'une contraception lors d'un RS

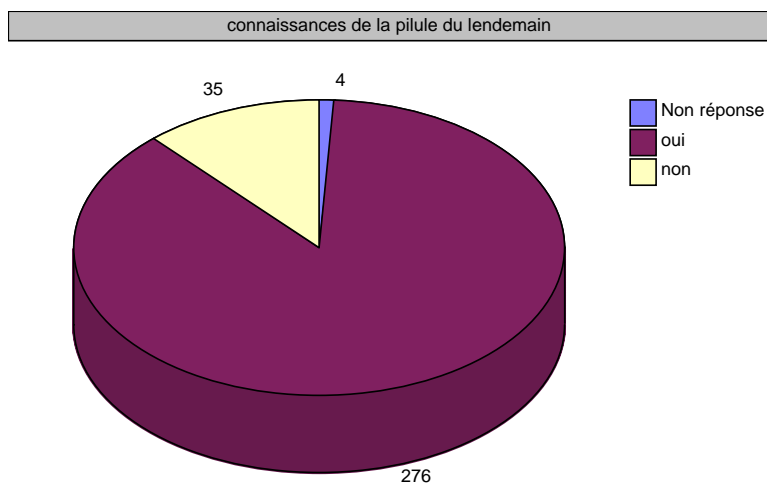


Graphique 4

**Influence de la parole en famille sur l'utilisation
d'une contraception lors d'un RS**

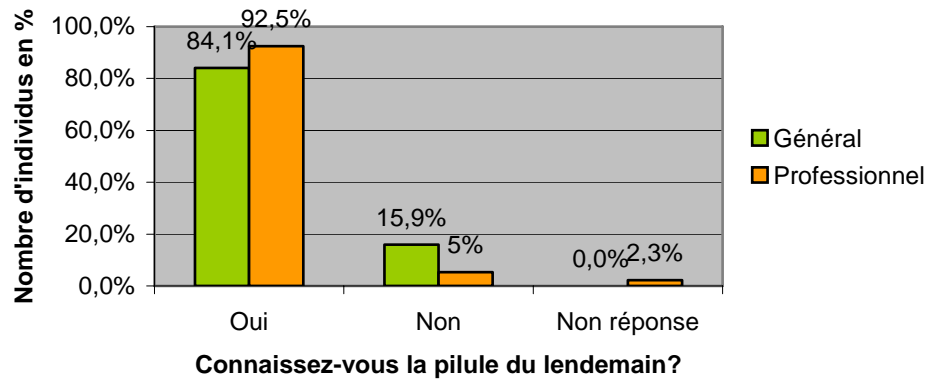


Graphique 5



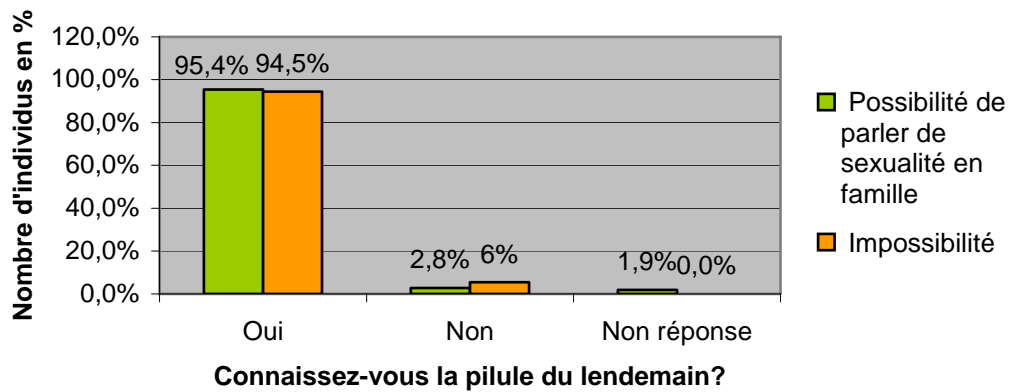
Graphique 6

Influence du type d'enseignement sur la connaissance de la pilule du lendemain



Graphique 7

Influence de la possibilité de parler de sexualité en famille sur la connaissance de la pilule du lendemain



ANNEXE 11 : Lettre aux infirmières scolaires

M^{lle} WILL Sophie

Etudiante 4^{ème} année

Ecole de Sages-femmes A.Fruhinsholf

54000 NANCY

à

l'intention des infirmières scolaires

Objet : Maintien et développement
des cours d'éducation à la sexualité

A Nancy, le 15 février 2005.

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année à l'école de Nancy et, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je me suis intéressée à la contraception d'urgence dans la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence.

J'ai souhaité vous faire parvenir les conclusions de mon enquête afin de vous sensibiliser à l'importance de mettre en place, ou de poursuivre, les séances d'éducation à la sexualité dans votre collège et lycée.

Bilan de la situation actuelle :

Nombre d'IVG réalisées chez les mineures suivant les lieux et les années :

	1998	2001	2002	2003
France métropolitaine	10012	10153	10672	
Lorraine	382	362	406	
Nancy	97		94	85

Face à la stagnation du nombre d'IVG chez les mineures depuis la délivrance facilitée de la contraception d'urgence(janvier 2002) , j'ai souhaité interroger les adolescents à propos de leurs connaissances sur la pilule du lendemain. Voici mes principaux résultats :

Résultats de l'enquête

1. Echantillon

Sur 315 élèves interrogés, on compte :

- 212 filles et 103 garçons
- 11 élèves de moins de 14 ans ; 119 entre 14 et 16 ans ; 159 entre 16 et 18 ans ; 25 entre 18 et 20 ans
- 133 adolescents suivant un enseignement professionnel et 176 un enseignement général

2. A propos de la contraception :

- 33 % des élèves n'ont reçu aucune heure d'éducation à la sexualité.
- 45,7 % des adolescents ne peuvent aborder le thème de la sexualité en famille.
- 99 élèves (soit 31,7%) envisagent ou ont eu un rapport sexuel sans contraception (principaux motifs évoqués par ordre décroissant : pas de préservatifs à disposition, pas de risques, pas envie de prendre quotidiennement la pilule).
- Les deux moyens de contraception les plus utilisés sont la pilule et le préservatif.
- Suite à un rapport sexuel à risque, 80,7% des jeunes filles prennent la pilule du lendemain si elles la connaissent.
- Devant la découverte d'une grossesse, 68,2 % choisissent de l'interrompre.

3. A propos de la pilule du lendemain :

- 88,7% estiment la connaître.
- Mais seulement 15,8% connaissent les différentes situations dans lesquelles elle est utile, à savoir l'absence de protection, la rupture du préservatif, l'oubli de pilule (de plus de 12 h pour une OP), l'échec de la méthode du retrait).

- 20%, uniquement, m'ont cités les trois endroits où se la procurer, à savoir : en pharmacie, dans un centre de planification et d'éducation familiale et auprès de l'infirmière scolaire.
- 17% ne savent pas que les mineures peuvent l'obtenir gratuitement.
- Les deux raisons principalement évoquées, en réponse à un refus de prendre cette pilule, sont : la peur du regard des autres (25,2 %) et la peur des effets secondaires (26 %).

En conclusion :

1. Les garçons semblent aussi bien informés que les filles sur les risques d'un rapport sexuel sans contraception et sur la pilule du lendemain. C'est un élément déterminant pour la prise en charge et le bien-être du couple et traduit une évolution de la société vers une égalité des sexes. Le garçon s'implique au même titre que la fille en matière de sexualité.
2. On constate qu'il y a encore beaucoup d'adolescents qui envisageraient ou qui ont eu un rapport sexuel sans contraception, et donc un rapport sexuel à risque. Il s'agit principalement des adolescents plus âgés, qui suivent un enseignement professionnel et qui n'ont pas reçu de cours d'éducation à la sexualité.
3. Les adolescents qui ont reçu des cours d'éducation sexuelle semblent plus sensibles face aux risques d'un rapport sans protection et mieux informés sur la pilule du lendemain. **Les cours d'éducation à la sexualité sont essentiels et doivent donc être poursuivis et renforcés.**
4. Devant la découverte d'une grossesse, la solution la plus envisagée par le jeune couple est l'IVG (68,4%). Par ailleurs, 80,7% des filles prendraient la pilule du lendemain devant un retard de règles. Ce moyen paraît être une solution intéressante et facilement envisageable pour éviter une IVG. Il mérite d'être parfaitement connu.
5. **L'information sur la pilule du lendemain doit-être renforcée** puisque les adolescents sont peu nombreux à bien la connaître. (un diaporama informatif est disponible sur

ANNEXE 12 : Prototype de la plaquette informative



▪ Ne protège pas des MST.

▪ N'est pas une contraception.



Pensez à consulter :



CPEF Hôpital Villemin, 45 rue
Nabécor 54000 NANCY
03 83 85 24 90

CPEF Maternité régionale, 10
rue du Dr Heydenreich BP 4213 54042
NANCY Cedex
03 83 34 43 18

Contraception d'urgence

Norlevo®, à
connaître absolument :
disponible gratuitement pour
les mineures :

- ✓ En pharmacie
(sans ordonnance, anonyme)
- ✓ Au CPEF
(Centre de Planification et d'Education
Familiale)
- ✓ Par l'infirmière
scolaire

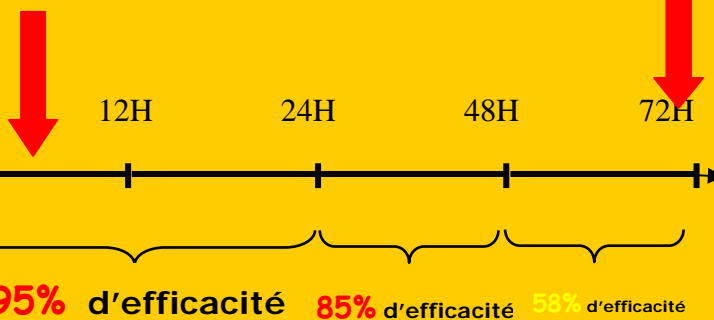
J'ai eu un rapport sexuel à
risque :

- Sans protection
- Rupture du préservatif.
- Oubli de pilule.
- Echec du coït

Je prends au plus
vite le comprimé de

Norlevo®

Mais pas de
panique je peux
le prendre
jusqu'à 3 jours.



ANNEXE 13 : Lettre au laboratoire

M^{lle} WILL Sophie
17, rue Provençal
54 000 NANCY
06. 21. 78. 29. 49
will.sophie @ wanadoo. fr

à Laboratoire HRA PHARMA
19, rue Frédéric Lemaître
75 020 PARIS
01. 40. 33. 11. 30

A Nancy, le 04 février 2005

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année à l'école de Nancy et, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je me suis intéressée à la contraception d'urgence dans la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence.

Au cours de mon enquête, j'ai interrogé 315 adolescents à propos de leurs connaissances sur la pilule du lendemain. Même si la plupart des jeunes ont déjà entendu parler de cette pilule, ils sont peu nombreux à bien la connaître. Suite à cette constatation, j'ai élaboré une plaquette d'information.

Ce prototype a été testé auprès de lycéens.

(Vous trouverez ci-joint les conclusions de mon évaluation ainsi que le prototype du dépliant.)

La pertinence affirmée de ce moyen de communication m'incite à vous solliciter pour assurer sa production et sa diffusion à grande échelle.

.../...

Objet: Evaluation de la plaquette informative

J'ai soumis mon prototype à une classe de seconde du lycée CHOPIN de NANCY.

4 items ont été abordés. Les commentaires sont les suivants :

1. Premier item: Le format:

Discret, pratique, la plaquette peut se glisser facilement dans un porte-feuille. Son format a plu à l'unanimité des élèves.

2. Deuxième item: Les couleurs:

Vives et attrayantes, elles ont été appréciées par la totalité de la classe. Deux garçons auraient préféré un ton plus foncé.

3. Troisième item: Les illustrations:

Bien intégrées, en quantité suffisante, elles animent la plaquette informative.

4. Quatrième item: Le contenu:

Clair, synthétique, bien réparti, les adolescents n'ont pas manifesté d'objections. Certains ne connaissaient pas le terme "coit". On pourrait éventuellement remplacer "coit interrompu" par "méthode du retrait".

En conclusion, cette plaquette leur semble utile, originale, claire, attrayante et discrète. Elle a conquis l'ensemble de la classe.