



HAL
open science

**”Quand la sexualité vient aux adolescents...” :
l’information à la sexualité : par qui et comment ?
Quelle est la sexualité des adolescents ? Qu’en reste t-il ?
Sandra Soublin**

► **To cite this version:**

Sandra Soublin. ”Quand la sexualité vient aux adolescents...” : l’information à la sexualité : par qui et comment ? Quelle est la sexualité des adolescents ? Qu’en reste t-il ?. Gynécologie et obstétrique. 2008. dumas-00668626

HAL Id: dumas-00668626

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00668626>

Submitted on 10 Feb 2012

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.

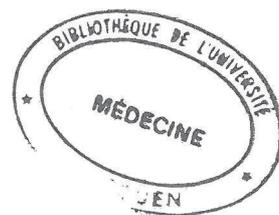
L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Hôpitaux de Rouen

Ecole de Sages femmes

« *Quand la sexualité vient aux adolescents...* »

L'information à la sexualité : par qui et comment ?
Quelle est la sexualité des adolescents ?
Qu'en reste t-il ?



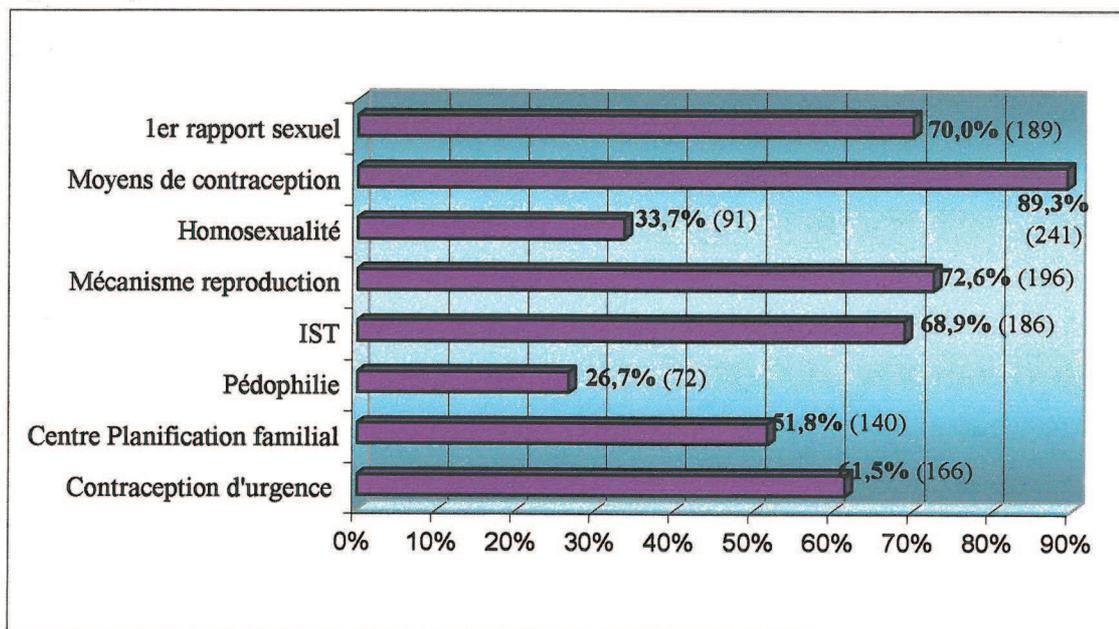
Mémoire présenté par
Sandra Soublin
Née le 30 octobre 1984

Diplôme d'état de Sage Femme

Promotion 2008

ERRATUM

1. Le graphique de la page 32 doit être remplacé par : (la légende n'étant pas entière sur le premier).



2. P.43 dans le tableau récapitulant les résultats au quiz : « Moyenne (/59) » est a remplacé par « Moyenne (/20) » comme indiqué dans la méthodologie page 21.

Sommaire

INTRODUCTION	p.1
PARTIE I: REVUE DE LA LITTERATURE	
1) La sexualité humaine	p.2
1-1) Approche historique	p.2
1-2) Structuration de la sexualité	p.2
1-2-1) Le développement psycho sexuel des enfants et adolescents.	p.2
1-2-2) L'adolescence : temps de passage	p.4
1-3) La sexualité chez les adolescents	p.5
1-3-1) Le flirt : une vie sexuelle avant le coït	p.5
1-3-2) La sexualité des adolescents: épidémiologie	p.6
2) Contraception et interruptions volontaires de grossesses	p.7
2-1) Définitions	p.7
2-2) Législation	p.7
2-3) Différents procédés	p.8
2-3-1) Les contraceptions	p.8
2-3-2) Les Interruptions Volontaires de Grossesses	p.10
2-3-3) La contraception d'urgence	p.11
3) Education sexuelle	p.12
3-1) Rôle de l' Ecole	p.12
3-1-1) « De l'information sexuelle à l'éducation à la sexualité »	p.12
3-1-2) La sexualité dans les programmes.	p.13
3-2) Milieu familial	p.15
3-2-1) Rôle des parents	p.15
3-2-2) Les médias	p.17
3-3) Autres acteurs :	p.17
3-3-1) Centre de planification et d'éducation familial (CPEF)	p.17
3-3-2) Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)	p.18
3-3-3) Les pharmaciens	p.18
PARTIE II: ETUDE	
1) Méthodologie	p.19
2) Résultats	p.22

PARTIE III: DISCUSSION

1) L'information à la sexualité	p.50
1-1) Nos interventions.	p.50
1-2) les paradoxes en milieu scolaire.	p.50
1-3) le rôle indispensable des parents face aux médias et aux amis.	p.52
2) La sexualité des adolescents.	p.53
2-1) Importance du vocabulaire utilisé	p.53
2-2) le comportement sexuel de nos adolescents	p.54
2-3) Les paradoxes des adolescents	p.55
3) Contraception et IVG chez les adolescents	p.56
3-1) La Contraception des adolescents	p.56
3-2) Les IVG	p.58
3-3) la contraception d'urgence	p.58

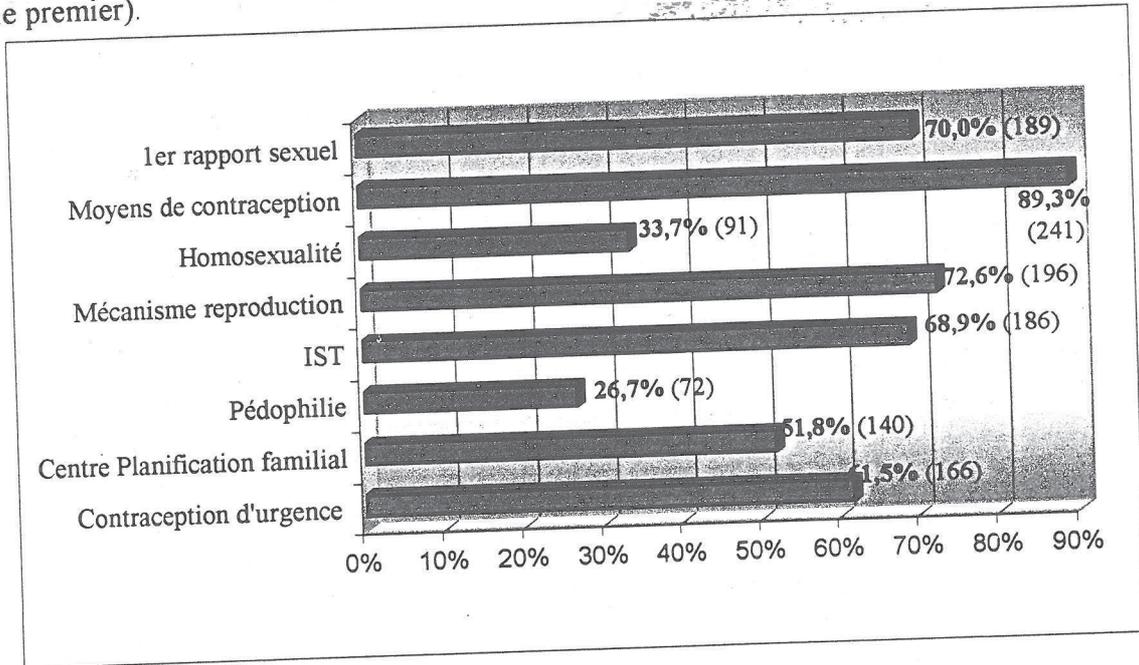
<i>CONCLUSION</i>	p.60
--------------------------	------

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

ERRATUM

1. Le graphique de la page 32 doit être remplacé par : (la légende n'étant pas entière sur le premier).



2. P.43 dans le tableau récapitulant les résultats au quiz : « Moyenne (/59) » est a remplacé par « Moyenne (/20) » comme indiqué dans la méthodologie page 21.

INTRODUCTION

Le stage réalisé dans le service d'orthogénie du CHU de Rouen au cours de notre troisième année d'études a confirmé des éléments retrouvés dans le service de suites de couches. Les couples ignorent certaines notions de la physiologie sexuelle et de la contraception ce qui entraîne des grossesses non désirées et parmi elles, un certain nombre d'interruptions volontaires de grossesse. Avoir une interruption volontaire de grossesse à 15-17 ans c'est appartenir à un groupe de femmes plus enclines que d'autres à recourir à ce mode de régulation des naissances.

Nous avons décidé de nous interroger sur les acteurs de l'éducation sexuelle en milieu scolaire, sur le rôle joué par les parents, sur les comportements sexuels des adolescents ainsi que sur leur niveau de connaissance en matière de contraception.

Dans une première partie, nous rappellerons la structuration de la sexualité chez l'homme et les généralités en matière de contraception et d'interruption volontaire de grossesse. Puis nous exposerons la méthodologie de notre enquête et les principaux résultats. Enfin, nous discuterons à partir de ces derniers.

PARTIE I :

Partie Théorique

1) LA SEXUALITE HUMAINE

La sexualité est une composante essentielle de l'épanouissement personnel. Elle accompagne l'enfant au cours de sa maturation, elle préside aux transformations de l'adolescence et est le fondement de la personnalité. La sexualité humaine suscite une réflexion sur le désir, le plaisir, l'identité et les rôles masculin et féminin. L'erreur fondamentale serait de la penser détachée de sa fonction symbolique ou de la limiter à un acte et d'oublier que l'essentiel est dans sa relation avec l'autre. La sexualité est la condition même du développement du psychisme et de la culture.

1-1) Approche historique(4)

Dans la plupart des pays occidentaux, pendant des siècles, la sexualité a été marquée par une rigidité morale, une défiance à l'égard du plaisir, une prévalence des valeurs familiales (l'homme est le chef de famille, sa femme et ses enfants sont sous son autorité). Après la deuxième guerre mondiale et principalement dans les années 60 cet ordre moral tend à basculer. On assiste à une déculpabilisation du plaisir, une réduction de la censure, à une augmentation de la permissivité, et à une acceptation de l'homosexualité. Les « événements » de mai 1968 sont déterminants dans cette émancipation, le slogan « il est interdit d'interdire » s'applique également à la vie sexuelle. Ces événements, comme toutes les « révolutions » incitent à l'excès, une complaisance à l'égard de certaines transgressions comme l'inceste, la pédophilie et le harcèlement sexuel s'installe.

Depuis quelques années, s'il n'est pas question de remettre en cause les conquêtes fondamentales comme l'émancipation des femmes, la contraception, le droit à l'homosexualité, la société devient plus dure envers ceux qui se rendent coupables de viols, d'inceste ou de harcèlement sexuel.

1-2) Structuration de la sexualité

1-2-1) Le développement psycho-sexuel des enfants et adolescents(61)

C'est à partir de son stade infantile que la sexualité est envisagée comme fondamentale dans l'organisation du psychisme. La sexualité infantile est indifférenciée et peu organisée. Elle diffère de celle de l'adulte par trois points essentiels. Les régions

corporelles sources pulsionnelles ne sont pas forcément les régions génitales. La sexualité infantile ne conduit pas à des relations sexuelles proprement dites, mais comporte des activités qui joueront un rôle dans le plaisir préliminaire. Enfin, elle a tendance à être autoérotique plutôt que dirigée sur des objets.

Il existe un enchaînement progressif de différentes périodes. On parle ainsi de stade oral, anal, et phallique ou urétral.

Le stade oral correspond à la phase d'organisation libidinale qui va de la naissance au sevrage, soit environ à la première année de la vie. Cette période est celle de la primauté de la zone buccale. Le but pulsionnel est double. Cette stimulation est d'ordre autoérotique mais c'est aussi le plaisir d'incorporer les objets.

Au cours des deuxième et troisième années, le développement de ses facultés à marcher, parler, penser, contrôler ses sphincters apportent progressivement à l'enfant une relative indépendance. Le plaisir anal existe dès le début de la vie mais ne constitue pas l'exutoire libidinal principal. A ce stade, il s'agit soit de conserver les objets à l'intérieur de soi, soit de les expulser. A cette période la mère et l'entourage sont des objets partiels fonctionnels à maîtriser et à manipuler.

Au-delà de la troisième année, la zone érogène prévalente est l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention (érotisme urétral mais également masturbation infantile à l'occasion de la toilette ou des jeux). C'est à cette période phallique ou urétrale que va se manifester la curiosité sexuelle infantile. L'enfant prend conscience de la différence anatomique des sexes, c'est-à-dire l'absence ou présence de pénis. Le garçon ressent une angoisse de castration et la fille manifeste sa curiosité du pénis soit en imaginant une poussée du clitoris, soit par le biais de comportement dit phallique : culte du garçon manqué et recherche du danger. C'est à cette époque que se structurent certains fantasmes et que se manifestent des penchants exhibitionnistes et voyeuristes. L'enfant élabore des théories sexuelles infantiles. Il imagine ainsi la fécondation orale par le baiser ou la naissance par le nombril.

C'est en quatre et sept ans que va s'organiser et se structurer la génitalité, en référence au mythe grec d'Œdipe. Le complexe d'Œdipe est le moment fondateur de la vie psychique assurant le primat de la zone génitale, le dépassement de l'autoérotisme et l'orientation vers des objets extérieurs.

La période sept- douze ans est considérée comme une phase de repos et de consolidations des acquis. Les instincts sexuels turbulents sommeillent. Le comportement est dominé par des sublimations partielles et des formations

réactionnelles telles que le dégoût ou la pudeur. L'enfant se tourne vers des domaines autres que sexuels comme l'école et les camarades.

A la puberté et à l'adolescence, le développement sexuel semble reprendre là où il avait été abandonné, à l'époque de la résolution du complexe d'Œdipe. Il se produit même une intensification des pulsions oedipiennes. C'est une crise narcissique et identitaire avec des doutes sur l'authenticité du soi, du corps et du sexe. Les processus physiologiques : premières menstruations, apparition des caractères sexuels secondaires, pilosité ; apparaissent de façon chaotique par à coup avec des régressions temporaires. Tout ceci accroît l'ambiance du paradoxe permanent.

1-2-2) L'adolescence : temps de passage(2-61)

L'adolescence envisagée en tant que phénomène social et pas seulement comme phénomène individuel existerait depuis moins d'un siècle. Son apparition en Europe correspond sociologiquement au moment où les jeunes ont été séparés de l'univers des adultes. Avant cette époque, les sociétés rurales et industrielles arrachaient très tôt les jeunes au monde de l'enfance. Dans nos sociétés occidentales contemporaines le sens des rites d'initiation qui autorisaient le petit homme à véritablement prendre sa place dans les institutions sociales a disparu. Les adolescents sont donc aujourd'hui abandonnés à leur corps et aux bouleversements biologiques.

L'adolescence est pour le sujet un temps de transition : passage de l'enfance à l'âge adulte, passage de la sexualité infantile à la sexualité adulte avec ses responsabilités, engagement dans la vie sociale, professionnelle et affective avec ses choix déterminants qui donnent ou non place dans les institutions. Le temps de passage est un temps de mutation subjective, de bouleversement intérieur qui n'est pas sans effet sur les relations avec l'entourage et l'expression même de son être au monde. L'adolescent change physiquement et la poussée pubertaire accomplit en lui une transformation éprouvante. Il n'est pas rare que l'adolescence soit un moment de chagrin, de nostalgie, de repli sur soi.

Le passage de l'adolescence est un passage difficile et risqué. A cause de ce risque et des inquiétudes qu'il génère chez les parents en particulier, on considère trop souvent l'adolescence comme une crise passagère, comme un moment à passer dont on espère qu'il sera de durée brève. Ce n'est pas tenir compte de ce temps d'existence

comme un temps de maturation déterminant, de construction qui fonde l'équilibre d'une position adulte.

Pour les adolescents des deux sexes, construire sa sexualité adulte, c'est d'abord construire son rapport à son propre corps et quitter les rapports aux autres établis sur le modèle de la sexualité infantile inscrite dans la seule tendresse. Devenir adolescent c'est assurer dans le rapport à soi même et aux autres la part du désir qui va s'exprimer dans le rapport sexuel et dans l'orgasme. Pour l'adolescent, il faut mettre en œuvre des moyens psychiques et réels pour combattre la tentation de retomber dans l'infantile. « Sortir » sera un de ces moyens, « désidéaler » ses parents en sera un autre. Mais quand ceux-ci sont inefficaces, le sujet peut croire trouver refuge dans l'ascétisme, la fugue ou la drogue. Le moyen le plus naturel pour quitter les désirs de l'infantile est la rencontre d'autres objets d'amour. La sexualité adolescente est une force constructive à condition que les parents respectent cette force séparatrice et ne viennent pas surveiller et encadrer leur cher petit.

L'adolescence est autant une période d'opportunité, pendant laquelle de nouvelles pistes et de nouvelles idées sont explorées, qu'une période de vulnérabilité et de prises de risques, pour une part centrée autour du corps. La majorité des adolescents traverse cette période sans trop de conséquences en terme de fécondité ultérieure. Néanmoins, de nombreux comportements propres à l'adolescence tels que la spontanéité, les conduites d'essais, voire de prise de risques et la volatilité peuvent générer des problèmes de santé liés à la sexualité : grossesse non désirée (qui conduisent à des interruptions volontaires de grossesse ou à des accouchements chez des toutes jeunes filles) et des infections sexuellement transmissibles avec leurs risques propres et celui non négligeable de stérilité ultérieure. A l'adolescence, tout se vit sur le mode de l'urgence et le passage à l'acte avec une pensée magique : l'invulnérabilité.

1-3) La sexualité chez les adolescents.

1-3-1) Le flirt : une vie sexuelle avant le coït

C'est une nouveauté relationnelle apparue progressivement au cours de la première moitié du XXème siècle. Il s'agit d'un échange affectif accompagné de baisers et de caresses y compris génitales avec un partenaire qui n'est pas le futur conjoint. Dans la génération née vers 1900, plus de la moitié des couples attendaient d'être mariés pour avoir des relations génitales et même s'embrasser sur la bouche.

1-3-2) La sexualité des adolescents : épidémiologie.

Selon l'étude Durex réalisée en 2001(62), l'âge moyen de l'échange du premier baiser est de 15,5 ans dans les années 70 et de 14 ans en 1994. Il s'écoule environ 3,5 années entre le premier baiser et le premier coït.

Il y a un demi-siècle, l'âge médian du premier rapport sexuel féminin était de 20,6 ans, deux ans de plus que les hommes. Entre les années 1960 et 1970, l'âge du premier rapport des femmes a fortement baissé et s'est rapproché de celui des hommes. On observe une stabilisation dans les années 80 et 90. Dans les années 2000, une nouvelle baisse s'est amorcée. Aujourd'hui ne subsiste qu'un écart de quelques mois, 17,6 ans pour les femmes et 17,2 pour les hommes(61).

Pour 63% de la population le premier rapport sexuel se produit en été et se déroule pour quatre jeunes filles sur dix et pour un garçon sur trois sous le toit familial. Lors de ce premier rapport sexuel, 40% des jeunes (les deux sexes confondus) ont été déçus ; 11% ont été agréablement surpris. Ce sont les jeunes filles les plus généralement déçues.

Les filles ont en moyenne leur première relation sexuelle avec un garçon ayant trois ans de plus qu'elles à la différence des garçons qui ont leur premier rapport avec des jeunes filles du même âge. 70% des jeunes filles ont leur première relation sexuelle avec un garçon qui a déjà eu au moins une expérience sexuelle. Ce n'est le cas que pour 50% des garçons(62)

60% des jeunes filles interrogées avouent avoir accepté leur premier rapport sexuel par amour contre seulement 38% chez les garçons. L'attirance, le désir physique arrive en tête des motivations avec 46,3% des suffrages chez les garçons. La curiosité est citée à 12,6% chez les garçons contre seulement 7,8% chez les femmes. Seules 7 femmes sur mille ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel pour faire comme les amies, contre 2,9% des hommes(61).

Un chiffre important à relever : 4,7% des femmes déclarent avoir été forcées contre 3 garçons pour mille(61).

2) CONTRACEPTIONS ET INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSES.

2-1) Définitions

L'organisation Mondiale de la Santé définit la contraception comme « *l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter* ». La contraception désigne des procédés temporaires et réversibles(9).

L'interruption volontaire de grossesse ou IVG est un avortement provoqué à la demande de la patiente. En France, une IVG peut être pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse, soit avant la fin de la quatorzième semaine d'aménorrhée. La loi (article L 2212-1 du Code de la santé publique) permet à toute femme enceinte, majeure ou mineure, qui s'estime placée dans une situation de détresse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse.

La contraception d'urgence est une méthode contraceptive exceptionnelle qui permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé, c'est-à-dire en l'absence de contraception ou en cas d'échec de la méthode contraceptive utilisée. Ce n'est pas une interruption volontaire de grossesse, si la grossesse est déjà en cours, la contraception d'urgence n'aura pas d'effet.

2-2) Législation(Annexe II)

La loi du 31 juillet 1920 ou loi du Salut Public, qui faisait de l'avortement un crime, resta en vigueur jusqu'en 1967 en matière de contraception et jusqu'en 1974 en ce qui concerne les interruptions volontaires de grossesse. En 1967, la loi Neuwirth, relative à la régulation des naissances est votée. Cette loi autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures, et interdit toute publicité commerciale ou propagande anti-nataliste.

Après une longue procédure législative et des débats très vifs, la loi autorisant l'interruption volontaire de grossesse dite loi Veil est promulguée le 17 janvier 1975 (loi

n° 75-17). Cette loi autorise l'IVG dans un délai de 10 semaines, sur simple demande à un médecin. Elle laisse la possibilité à tout médecin ou à tout établissement hospitalier privé de refuser de donner suite à une demande d'IVG. Elle s'efforce de limiter les IVG à des cas de nécessité et d'empêcher qu'elles ne deviennent un moyen de réguler les naissances. Votée initialement pour une durée de 5 ans les dispositions de la loi de 1975 seront rendues définitives le 31 décembre 1979.

L'accès à l'IVG sera favorisé par la loi relative à la couverture des frais afférents à l'IVG et aux modalités de financement (loi n° 82-1172).

Le 4 octobre 2000, un projet de loi est déposé en conseil des ministres par Martine Aubry, réformant les lois Neuwirth sur la contraception et Veil sur l'IVG, allongeant le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse et assouplissant les conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les mineures. Ainsi le 13 décembre 2000, est promulguée la loi n°2000-1209 relative à la contraception d'urgence et le 4 juillet 2001, ce sera la loi n° 2001-588 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception qui sera votée.

2-3) Différents procédés

2-3-1) Les contraceptions

De nombreuses méthodes de contraception sont utilisées par les humains, dont la disponibilité, l'efficacité et la facilité d'utilisation varient grandement. On distingue les méthodes naturelles, les méthodes barrières, les contraceptions hormonales et les dispositifs intra utérins.

■ Les méthodes naturelles se contentent de prévenir la fécondation par le contrôle de l'éjaculation pendant le coït, ou en tenant compte des périodes naturelles de non fécondité de la femme. Ces méthodes n'ont pas l'efficacité de la contraception hormonale ou du dispositif intra utérin, mais elles ne doivent pas être dédaignées ou négligées pour autant. Elles présentent l'avantage important de se passer du médecin et de ne pas nécessiter d'accessoires comme le préservatif. Leur efficacité est proportionnelle au soin avec lequel on les utilise. De ce fait, elles ne sont pas adaptées aux adolescents et aux adultes ayant des partenaires multiples ou occasionnels.

■ Les méthodes « barrières » consistent à empêcher le passage des spermatozoïdes dans l'utérus, et/ou à les détruire dans le vagin. Elles imposent l'utilisation de préservatifs masculins ou féminins, de spermicides, de diaphragmes et de capes cervicales.

Le préservatif masculin est le contraceptif mécanique le plus utilisé au monde. C'est le moyen le plus efficace à ce jour de prévenir les contaminations par les infections sexuellement transmissibles. Il est souvent omis de préciser qu'ils constituent une contraception insuffisante. Or, c'est le moyen le plus utilisé par les jeunes lors de leur première relation sexuelle. Les avantages de ce contraceptif reposent sur une grande disponibilité (pharmacies, grandes surfaces), l'absence de risque pour la santé et la protection simultanée des deux partenaires.

■ Il existe actuellement sept méthodes différentes de contraception hormonale : les pilules combinées estro-progestatives, les pilules progestatives, l'implant progestatif, les progestatifs injectables, les patchs, l'anneau vaginal et le dispositif intra-utérin hormonal.

Les pilules combinées, sont les plus employées en France. L'utilisation de la pilule augmente avec l'âge en ce qui concerne les filles. Cette contraception est très efficace (indice de Pearl IP (0,1-0,8)), très pratique puisque indépendante de l'acte sexuel. Il existe des plaquettes de 21, 22 ou 28 comprimés. La prise en continue de la pilule (28 jours) semble réduire les oublis après la semaine d'arrêt.

Les pilules progestatives ou « micropilules » sont moins répandues chez les adolescentes en raison du risque théorique de spotting ou d'aménorrhée, présentent l'inconvénient d'être prise à heure fixe (moins de 3 heures de décalage (excepté Cérazette)).

L'implant progestatif, (Implanon), bâtonnet contenant de l'étonogestrel présente comme avantages, une grande efficacité (IP=0,05) et un confort d'utilisation (mis en place pour trois ans) mais a comme inconvénients de provoquer l'irrégularité des règles ainsi qu'une augmentation de l'acné et une prise de poids.

Le patch (IP=0,71-0,88) libère des hormones (œstrogènes et progestérones) pendant une semaine et doit être mis 3 semaines consécutives. Le changement hebdomadaire peut présenter un avantage pour les femmes ou jeunes filles qui oublient de prendre leur pilule régulièrement.

L'anneau vaginal (IP= 0 ,65) est un anneau flexible qui agit comme une pilule en délivrant des hormones. Sa mise en place pour 3 semaines peut présenter un avantage

pour certaines femmes mais sa pose impliquant des manipulations vaginales est un obstacle pour d'autres.

Les progestatifs injectables sont administrés par injections intramusculaires sous forme de préparation « retard », active pendant plusieurs semaines. Leurs effets contraceptifs sont identiques à ceux des progestatifs administrés sous forme de pilule ou d'implant.

- La contraception hormonale masculine est en cours d'expérimentation. Elle repose sur une pilule progestative ou un implant associé à de la testostérone.

- Les dispositifs intra-utérin (IP=0,5 à 3): il existe les dispositifs intra utérin (DIU) au cuivre et ceux à la progestérone.

Les contre indications du DIU sont moins nombreuses et moins draconiennes que celle de la pilule combinée. Il n'existe aucune interaction médicamenteuse avec les DIU. Les nouveaux DIU permettent l'insertion de ce mode de contraception chez des nullipares.

2-3-2) Les Interruptions Volontaires de Grossesses chez les mineures

L'éventualité d'une grossesse non prévue est loin d'être rare. En moyenne chaque femme en France y serait confrontée au moins une fois dans sa vie et une fois sur deux, elle déciderait de l'interrompre. Le nombre d'IVG en France a peu varié en France métropolitaine. La légère baisse d'IVG observée en 2003 (203 000) ne s'est pas confirmée en 2004 (210 710), soit une augmentation de 3,8%. Le nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 19 ans est passé à 14,6 contre 12,3 en 1995(57). C'est aux âges extrêmes que la fréquence des avortements est la plus élevée. Ainsi après 40 ans, une grossesse sur deux se termine par une IVG. A l'autre extrême en 1996, on dénombrait 6709 avortements chez les moins de 18 ans, pour 2653 accouchements.

Toutes les femmes, y compris les mineures disposent en France des mêmes droits d'accès à l'IVG. Elles doivent demander cette intervention elle-même, en dehors de la présence de toute personne. Le consentement du père ou de la mère est préférable, il est important que la jeune femme soit soutenue par ses parents dans ce moment difficile. Si elle ne souhaite pas les informer ou qu'ils s'y opposent, l'IVG sera pratiquée à sa demande, elle devra se faire accompagner par une personne majeure de son choix.

Avant l'intervention, deux consultations médicales sont obligatoires. Lors de la première, la femme fait une demande d'IVG, elle reçoit des informations orales sur les différentes méthodes possibles, les risques et les effets secondaires encourus et reçoit un dossier guide. Les mineures bénéficient d'un entretien psycho social obligatoire. Lors de la deuxième, la femme confirme par écrit sa demande d'IVG et remet le document au médecin. Le choix du lieu d'intervention et de la technique (médicamenteuse ou chirurgicale) qui dépendent du terme de la grossesse et de la situation de la patiente est fait. Un délai d'une semaine est obligatoire entre ces deux consultations.

Quelque soit la méthode utilisée, une visite de contrôle est obligatoire pour les mineures après l'IVG de façon à s'assurer que la grossesse est bien interrompue et qu'il n'existe pas de complication (30% des adolescentes ne reviendraient pas pour cette consultation). Une contraception post IVG doit être envisagée. Une consultation psycho- sociale est systématiquement proposée.

2-3-3) La contraception d'urgence(68)

Les deux tiers des IVG sont pratiquées chez des femmes qui utilisent une méthode contraceptive. L'oubli de pilule reste la principale cause d'échec de la contraception orale. Si le recours à la contraception d'urgence est de plus en plus fréquent (800 000 boîtes de Norlevo ont été vendues entre juin 2003 et juin 2004 témoignant d'une hausse de 10% par rapport à l'année précédente), différentes enquêtes révèlent néanmoins sa sous utilisation, faute d'information ou de prise de conscience du risque de grossesse. Seules 6% des femmes utilisant une contraception orale ont recours à la contraception d'urgence après un oubli de pilule et 42% après un incident de préservatif (rupture, glissement, utilisation tardive, oubli). On estime que 10% des femmes en âge de procréer sont susceptibles de recourir à la contraception d'urgence à un moment de leur vie. En réalité, 3% seulement adoptent cette démarche.

Il existe deux méthodes de contraception d'urgence : celle hormonale et celle par dispositif intra-utérin. Elles doivent être utilisées lors de l'absence de contraception, d'un échec ou d'un usage défectueux d'une méthode contraceptive .

La méthode hormonale est une contraception par progestatif seul (Lévonorgestrel) vendu sous la marque de Norlevo, elle ne doit être utilisée que de façon exceptionnelle. Elle ne peut remplacer une contraception régulière car le surdosage qu'elle entraîne n'est pas souhaitable en cas de prise régulière. La « pilule du

lendemain » est délivrée en pharmacie sans prescription médicale, ni autorisation parentale. La France fait figure de précurseur en matière de contraception d'urgence. En effet, c'est le premier pays à avoir autorisé une délivrance sans prescription en 2001. La France est également le premier pays à avoir organisé une délivrance gratuite et anonyme aux mineures en 2002. On peut également se la procurer dans des centres de planification et d'éducation familiale ou dans les infirmeries scolaires des collèges et des lycées. Pouvant être utilisée à n'importe quel moment du cycle, ses performances dépendent de la rapidité de sa prise. Ainsi son efficacité est de 99% si elle est administrée dans les 24 premières heures suivant la situation à risques et diminue ensuite pour atteindre 85% entre 24 et 48 heures et 58% entre 48 et 72 heures. Le délai maximal pour l'utiliser est de 72 heures. Malheureusement ce délai est mal connu, seulement 11,7% des femmes âgées de 15 à 54 ans et 7,1% des hommes du même âge le connaissent.(60) Son appellation « pilule du lendemain » en est peut être la raison.

La contraception d'urgence par dispositif intra utérin est une méthode très efficace. Il est possible de poser un DIU jusqu'à 5 jours après la date théorique d'ovulation. Cette méthode est elle aussi peu connue en France.

3) EDUCATION SEXUELLE

3-1) Rôle de l' Ecole

3-1-1) « De l'information sexuelle à l'éducation à la sexualité »(4-63)

Les premiers écrits traitant de la sexualité remontent en France au milieu du XIXème siècle. C'est dans les discours psychiatriques que l'on voit apparaître pour la première fois le terme "sexualité". En France, l'éducation sexuelle devient laïque au milieu du siècle dernier. Elle était censée « préparer au rôle maternel et inspirer à la jeune fille de l'estime pour l'homme chaste ».

Concernant l'éducation sexuelle en milieu scolaire, on peut différencier deux périodes charnières. La première se situe entre 1968 et 1973. Le « nouvel âge » de l'éducation sexuelle apparaît dans les années qui suivent mai 68. Elle amorce un progrès appréciable par l'introduction d'une information officielle dans les cours de biologie et d'économie familiale et sociale. C'est la circulaire Fontanet signée le 23 juillet 1973 qui va marquer le premier vrai tournant. En effet, ce texte définit les lignes de force de

l'information et de l'éducation sexuelle en milieu scolaire : une information scientifique et progressive est intégrée aux programmes de biologie et de préparation à la vie familiale et sociale et une « éducation à la responsabilité sexuelle » sous la forme de séances en dehors de l'emploi du temps est proposée aux élèves. Dorénavant, dès le niveau élémentaire, l'enseignement doit aborder le thème de la transmission de la vie.

La seconde période, plus récente constitue une étape décisive. L'éducation n'est plus limitée aux seules données scientifiques de la sexualité, mais privilégie une éducation plus globale intégrant les autres dimensions : sociales, relationnelles et culturelles de la sexualité. De 1988 à 1993 des bilans successifs ainsi que de nombreuses enquêtes sur le comportement des jeunes soulignaient que le fait de fournir des connaissances scientifiques était certes indispensable mais insuffisant pour développer des comportements responsables dans le domaine de la sexualité.

L'éducation sexuelle devient l'éducation à la sexualité en 1996. La circulaire ministérielle du 15 avril 1996 institue deux heures obligatoires d'éducation à la sexualité au collège. Le but est d'informer les élèves à la fois sur les données biologiques et l'usage de la contraception, mais aussi sur la protection contre certains risques tels que les infections sexuellement transmissibles et le SIDA.

3-1-2) La sexualité dans les programmes(39)

Différentes disciplines enseignées au collège et au lycée apportent des connaissances aux élèves sur l'éducation à la sexualité. L'enseignement des sciences de la vie et de la terre (SVT), de la sixième à la troisième en fait partie. Selon les textes, ils participent à « l'éducation du citoyen en matière de santé ». Ils procurent aux élèves les bases scientifiques – connaissances et raisonnements- qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques mis en jeu. Les enseignants de ces disciplines sont, en outre guidés par le souci constant d'établir un lien entre les contenus scientifiques et leurs implications humaines, préparant ainsi les élèves à adopter des attitudes responsables et à prévenir les risques. Cet enseignement doit également les amener à avoir une attitude ouverte et critique vis-à-vis des images et des informations véhiculées par les médias.

Il serait très réducteur de considérer les professeurs de SVT comme les seuls concernés. Pour un souci de cohérence ils sont en relation avec ceux des autres disciplines qui contribuent à la formation générale des élèves (éducation civique, éducation à la responsabilité, en particulier à propos de l'environnement et de la santé).

Dans le programme de sixième, peu d'ouvrages sont consacrés à l'éducation à la sexualité humaine, le programme est orienté vers la compréhension du monde vivant et de la place de l'homme dans l'environnement.

Les deux années composant le cycle central (cinquième et quatrième) offrent le temps nécessaire à la construction de cet apprentissage. L'attention des professeurs est attirée sur l'apport important à l'éducation à la sexualité que doit constituer l'enseignement de la reproduction humaine. La partie « transmission de la vie chez l'homme » occupe une place de choix avec huit heures d'enseignement. Elle fournit les bases simples pour comprendre les phénomènes liés à la puberté et à la procréation, modifications morphologiques et physiologiques, production des gamètes ; développement du fœtus et accouchement. L'âge, le degré de maturité et les attentes des élèves doivent être pris en compte de façon à parfaire ou non les cours « par une information élémentaire, respectueuse de leur sensibilité, sur la planification des naissances et sur les infections sexuellement transmissibles dont le SIDA. Concernant la maîtrise de la reproduction et les infections sexuellement transmissibles, le programme n'impose rien. Il appartient au professeur de juger des prolongements éducatifs souhaitables et possibles avec chaque classe, dans le respect des sensibilités et des consciences. Cela peut être l'occasion de collaborer avec le médecin ou l'infirmière scolaires.

En troisième, la connaissance de la procréation est envisagée dans le prolongement de l'étude de la transmission de la vie au cycle central et dans le cadre de l'éducation à la sexualité prévue par la circulaire du 17 février 2003. Les bases scientifiques des méthodes contraceptives, des techniques de procréation médicalement assistée sont étudiées et l'IVG est évoquée. La prévention contre les infections, dont le SIDA, met en avant l'éducation à la responsabilité de la société et du citoyen.

Au lycée, pour les séries ES, l'enseignement obligatoire de biologie (arrêté du 9 août 2000) a pour objectif d'apporter des connaissances et l'acquisition de raisonnements scientifiques, au travers de thèmes (régulation des naissances, procréation assistée) qui touchent à la responsabilité individuelle et collective face aux grands problèmes actuels de société. En première L, ce sont les thèmes de la procréation, de la génétique et de la biotechnologie qui sont étudiés.

En classe de terminale S, la reproduction sexuée est abordée chez les mammifères placentaires. On y réfléchit sur les problèmes éthiques liés à la

connaissance des mécanismes régulateurs du cycle menstruel chez la femme qui permettent de maîtriser la procréation. Le programme se penche sur le contrôle hormonal de l'activité testiculaire et de l'activité ovarienne, la rencontre des gamètes, la nidation et le début de la grossesse, la régulation des naissances. Le programme comporte l'étude du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) et du SIDA.

Les enseignants ne sont pas les seuls éducateurs dans un établissement scolaire. Dans cette communauté complexe (conseiller principal d'éducation, conseiller d'orientation, personnel de santé), chacun joue un rôle spécifique auprès des jeunes et est à leur écoute. Au sein de l'éducation nationale, les médecins, les infirmières et les assistantes de service social sont un lien entre les enfants et adolescents scolarisés, leur famille, le monde de la santé, le monde de l'enseignement et l'environnement social. Il s'agit souvent pour eux d'entendre des demandes formulées de façon explicite, mais aussi de décrypter les souffrances s'exprimant implicitement par des plaintes somatiques plus ou moins graves : dysménorrhées, demandes de contraception, infections sexuellement transmissibles, grossesses, demandes d'IVG ou révélations de violences sexuelles, de maltraitance...

Des actions collectives peuvent être proposées ou initiées par les médecins, les infirmier(e)s et les assistant(e)s de service social. Ces actions doivent permettre aux élèves d'être les acteurs de leur santé, de leur sexualité, de leur vie, de renforcer leurs compétences personnelles et relationnelles, et de savoir faire appel à des personnes ressources.

3-2) Milieu familial

3-2-1) Rôle des parents

Même si l'Ecole précise que « l'éducation du citoyen à la responsabilité est une mission assignée à chaque enseignant de toute discipline », les parents ont un rôle clé à jouer et ne doivent pas se défaire sur elle. Même si 88,5% des jeunes affirment avoir une communication facile avec au moins un adulte de leur famille (14), les parents ne jouent un rôle important que pour 13% des français.

Les enfants possèdent une curiosité naturelle, et la sexualité est un sujet où ils se posent de nombreuses questions. Parler de sexualité est donc l'un des aspects

importants de l'éducation que les parents doivent aborder. Il n'y a pas d'âge idéal. Il faut aborder la question ni trop tôt ni trop tard, mais lorsque l'enfant est prêt.

Pour certains psychologues, la meilleure méthode est d'attendre que l'enfant pose de lui-même les questions. L'éducation sexuelle de l'enfant commence lorsque les parents nomment les parties génitales. L'enfant n'a pas besoin de beaucoup d'explications pour satisfaire sa curiosité : une réponse claire, qui se limite à la question posée, répond à son besoin. La sexualité regroupe différents aspects plus ou moins faciles à aborder. Il faut tenir compte des interrogations de l'enfant. Il ne faut pas hésiter à s'appuyer sur des livres d'éducation sexuelle pour les enfants.

Il ne faut pas aborder la question uniquement sous un aspect scientifique, il faut évoquer les autres aspects de la sexualité, et notamment le côté émotionnel et l'importance de la relation amoureuse. La notion de plaisir est importante à faire assimiler. Il faut que les enfants comprennent que la procréation n'est pas l'unique motivation, que les adultes ont des relations sexuelles parce qu'ils s'aiment et que c'est agréable. Il faut également aborder le problème des abus sexuels, en expliquant à l'enfant que son corps lui appartient.

Au moment de l'adolescence, le discours peut être plus difficile. Comme l'écrivait S. Gross : « l'adolescence est un temps difficile à conjuguer. Au passé, il n'est jamais simple, au présent il n'est qu'indicatif et au futur il est toujours conditionnel »(2).

Dans notre société, la sexualité n'est plus taboue. Cependant il reste difficile pour un adolescent de se préparer à la vie sexuelle. Lorsque l'enfant atteint la puberté, il a normalement trouvé la réponse à toutes les questions d'ordre général sur la sexualité. Les explications recherchées par l'adolescent se situent à un tout autre niveau. Ses interrogations vont se porter sur ses amis, ses relations amoureuses, son entrée dans la vie d'adulte et l'éveil de sa propre sexualité. Le dialogue avec les parents est possible uniquement si ceux-ci reconnaissent à l'adolescent le droit à une vie amoureuse et sexuelle. En clair, l'enfant parlera éventuellement avec des parents qui ne le considèrent plus comme un enfant.

L'adolescent tient au respect de sa vie privée. Par conséquent, il faut lui parler de sa sexualité sans qu'il le ressente comme une intrusion dans son intimité. Les conseils que pourront donner les parents doivent plutôt être orientés vers la prévention

(contraception, SIDA...) et la responsabilisation. Face aux grossesses non désirées, aux infections sexuellement transmissibles, les parents n'ont pas le droit de faire l'impasse sur le sujet de la sexualité. Parfois, ils préfèrent que ce soit un tiers qui aborde avec tolérance et ouverture d'esprit le sujet. S'ils sont déroutés, ils peuvent proposer à leur enfant un rendez vous avec un médecin généraliste ou un gynécologue qui sera à même de le conseiller.

3-2-2) Les médias

La période de latence (6-11 ans) qui était une transition entre la sexualité infantile et le réveil des préoccupations sexuelles de l'adolescence et apportait un calme relatif vis-à-vis des préoccupations sexuelles tend à se réduire voire même à disparaître.

Cette évolution est créée par l'ensemble de la société et dépend du milieu familial. Aujourd'hui les films pornographiques sont à la portée de tous, il y'a des « lolitas » plein les rues et les séries télévisions sont de plus en plus explicites. Les films pornographiques ne sont pas une bonne source d'éducation sexuelle. L'éducation sexuelle n'est pas une initiation sexuelle. Si l'enfant est exposé longtemps ou régulièrement à ces images, son regard sur l'autre sexe peut être altéré. A cet âge, ils n'ont pas les outils intellectuels et psychiques pour faire face à des films qui présentent souvent une sexualité violente et empreinte de sadomachisme. Il faut noter que les modes de communications tels que la télévision et Internet peuvent être des sources d'informations sexuelles, encore faut il qu'ils s'en donnent les moyens.

3-3) Autres acteurs :

3-3-1) Centre de planification et d'éducation familial (CPEF)

Il en existe dans tous les départements. Ils sont composés au minimum d'un médecin, d'une conseillère conjugale et familiale, et d'une secrétaire (des sages-femmes peuvent y participer). Ils sont financés par le département et sont situés dans les hopitaux, en ville ou dans des centres médico-sociaux ou centre de protection maternel et infantile (PMI). Ce sont des lieux d'écoute, d'information et d'orientation pour les hommes et femmes, les couples, les familles et les jeunes. Ces centres proposent des consultations gynécologiques, des entretiens individuels, en couple ou en famille concernant des problèmes conjugaux. Ces centres organisent également des réunions

d'informations sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles dans les établissements scolaires, les associations et les entreprises.

Dans chaque centre, un accueil spécifique (gratuit et sans rendez vous) est réservé aux jeunes qui veulent être informés sur la contraception, faire un test de grossesse, parler de sexualité ou de problèmes affectifs.

3-3-2) Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)

Il s'agit d'une association, une organisation non gouvernementale, qui agit auprès des pouvoirs publics pour faire reconnaître les droits des femmes à la maîtrise de leur fécondité. Elle lutte également pour l'élimination de la violence sexiste. Le MFPF se bat également pour que des droits comme la contraception et l'interruption volontaire de grossesse ne soient pas remis en cause par des pouvoirs masculins et sexistes. Cette association accueille les femmes victimes de violences et lutte contre les mutilations sexuelles.

Le MFPF défend le principe d'une éducation sexualisée, il participe par exemple à la campagne de prévention des agressions sexuelles contre les enfants. Il anime également des stages sur des questions de sexualité, dont l'objectif est l'information et la sensibilisation des personnels médicaux et paramédicaux, des éducateurs, des enseignants et des spécialistes. Le MFPF peut organiser également des animations autour de la sexualité, des contraceptions et des IST en milieu scolaire.

3-3-4) Les pharmaciens

Lorsque les pharmaciens délivrent une contraception d'urgence, ils doivent informer le client sur les différents moyens de contraceptions et les infections sexuellement transmissibles. Ils sont également tenus de les orienter vers un centre de planification familiale ou un centre de dépistage si la situation le nécessite.

On estime que « la moitié des pharmaciens des grandes villes et deux tiers sur Paris ne respectent pas la loi et s'affranchissent de l'obligation de délivrer gratuitement une boîte de Norlevo à des mineures qui en font la demande »(66). Il est à espérer que l'information sexuelle, elle, soit effectuée.

PARTIE II :

Etude

1) METHODOLOGIE

1-1) Objectifs de l'étude

Les objectifs de notre étude étaient :

- d'apprécier si le dialogue entre adolescents et parents en matière de contraception et de sexualité existe
- de découvrir la sexualité perçue et pratiquée par les adolescents
- de constater les modalités de l'enseignement d'éducation sexuelle en milieu scolaire
- d'évaluer les connaissances en matière de contraception et de sexualité des adolescents

1-2) Descriptif de l'étude

1-2-1) Population ciblée et date d'interventions

Notre étude repose sur un questionnaire anonyme. L'enquête a été réalisée entre le 14 novembre 2007 et le 22 décembre 2007. Les adolescents en classe de troisième ont été notre population d'étude. Ayant théoriquement reçu une information à la sexualité précédemment, ils représentaient une population idéale en vue d'une évaluation de leurs connaissances en matière de sexualité et de contraception.

1-2-2) Difficultés rencontrées et lieux de distribution

Différents problèmes se sont posés et ce dès le début de l'enquête. En effet, 26 collèges de la Seine Maritime ont été contactés dès le mois de juin 2007 par courrier explicitant les objectifs de notre travail ainsi que sa méthodologie de réalisation. 2 collèges ont répondu négativement, 1 a répondu positivement et 23 n'ont pas donné suite à ce premier courrier. La période estivale est une période de congés pour l'Education Nationale. Cette période a donc été utilisée pour finaliser le questionnaire, qui, destiné à des mineur(e)s en milieu scolaire ne devait pas être « choquant » et utiliser des termes compréhensibles pour des élèves de 14 ans. Les 23 collèges n'ayant pas donné suite au premier courrier ont été de nouveau sollicités dès la pré-rentrée à savoir dès fin août 2007. 6 représentants d'établissement ont accepté de nous recevoir afin de leur présenter de façon plus détaillée les objectifs et la méthodologie de notre travail.

Finalement, nous avons rencontré les principaux, principaux adjoints, et infirmière scolaires des différents établissements mais la réalisation de notre enquête a été de nouveau compliquée par les difficultés d'accès aux élèves mineures. Notre projet d'étude a donc été soumis pour approbation aux conseils d'administrations, associations de parents d'élèves, équipes pédagogiques et aux différents intervenants en matière de sexualité et de contraception (médecin de Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, médecin de PMI). En raison d'oppositions élaborées par certains parents d'élèves ou professeurs, notre étude n'a été acceptée que dans 3 établissements. Les refus reposaient sur divers arguments comme une « incitation à la débauche », ou l'utilisation de termes inappropriés pour des élèves de troisième. Nous avons donc décidé d'élargir notre population aux collèges de l'Eure.

Au total, les questionnaires ont été distribués dans 4 collèges :

- 3 collèges de la seine maritime (Collège Emile Verhaeren à Bonsecours, Collège Jean Texier à Grand Quevilly, Collège Eugène Noël à Montville)
- 1 collège de l'Eure : Collège de Conches

1-2-3) Modalités de l'enquête

Après accord avec les chefs d'établissements, une heure par classe a pu nous être accordée. Les élèves étaient préalablement avertis de notre intervention et chaque parent avait rempli un accord de participation. Ainsi certes l'enquête a pu être réalisée mais nous avons pu également apporter des informations et répondre aux questions des élèves. En effet, après avoir rempli notre questionnaire, les élèves avaient la possibilité de poser des questions par écrit et donc de façon anonyme. L'ensemble des élèves était très coopérants et pour certaines questions, éclats de rires et moqueries y étaient jointes. De même, nous profitons du temps laissé pour corriger avec les élèves le quiz afin de ne pas les laisser dans l'ignorance. Après la dernière intervention de chaque établissement une correction écrite et détaillée du quiz leur était remise de façon à ne pas les laisser dans l'ignorance.

1-2-4) Questionnaires récoltés :

296 questionnaires ont pu être récoltés sur un ensemble de 14 classes : (59 questionnaires sont issus du collège de Bonsecours, 90 du collège Jean Texier , 79 du collège Eugène Noël et 63 du collège de Conches).

Sur l'ensemble des questionnaires, 289 ont pu être exploités : les autres (7) étaient partiellement remplis ou de façon inappropriée. Les questionnaires exploités n'étaient pas tous remplis. C'est pourquoi, le taux de retour est différent d'une question à l'autre. L'effectif ayant participé sera présenté sous la forme : (N=)

1-2-5) Tests statistiques

Pour exploiter nos résultats, nous avons utilisé les tests statistiques du Khi2 et de Student avec $p < 0,05$ pour obtenir une différence significative.

1-3°) Le questionnaire (annexe I)

L'enquête repose sur 2 questionnaires : un destiné aux garçons et l'autre aux filles. Les questionnaires sont anonymes et composés de 58 questions. Seules les questions 25 à 30 diffèrent en fonction du sexe du collégien. Ils comprennent des questions à choix multiples, des questions ouvertes et d'autres sont linéaires (oui/non).

On peut distinguer 9 parties :

- les questions 1 à 5 permettent de dresser un profil des élèves participants
- les questions 6 et 7 permettent d'appréhender la capacité de discussion au niveau familial en terme de sexualité
- les questions 8 à 15 sont des questions ouvertes. Les collégiens y définissent les termes de sexualité
- les questions 16 à 21 évaluent l'éducation à la sexualité en milieu scolaire
- les questions 21 à 24 évalue l'utilisation des moyens mis en place par l'état (CPEF, infirmière scolaire)
- les questions 25 à 30 sont différentes en fonction du sexe. Elles visent à tester les comportements des élèves en matière de pilule ou de préservatifs.
- les questions 31 à 34 interrogent les élèves sur la contraception d'urgence
- les questions 35 à 46 interrogent les élèves sur leur comportement en matière de sexualité et de contraception.
- Les questions 47 à 58 constituent un quiz destiné à tester les connaissances des élèves sur les différents moyens de contraceptions et leur capacité à reconnaître les situations à risques de grossesses non désirées et leurs comportements face à elles. Il est noté sur 59. Pour que les résultats soient plus clairs, les notes ont été rapportées sur 20.

2) Résultats

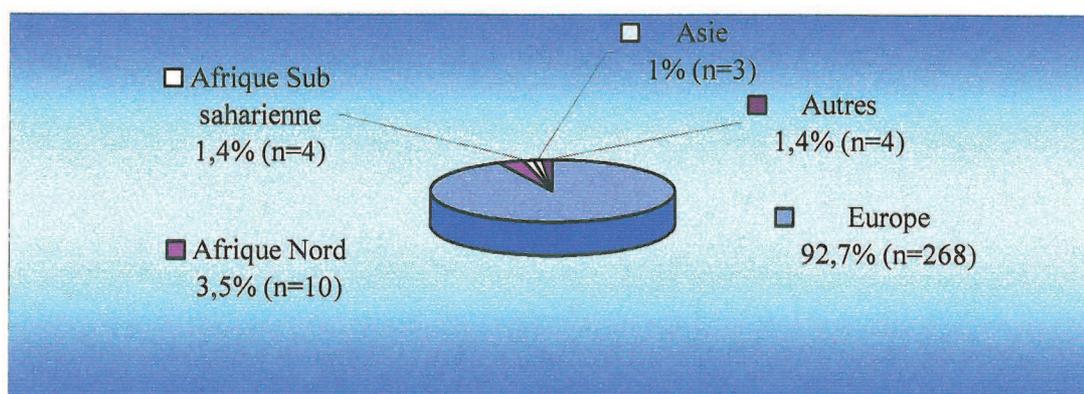
La population de l'enquête compte **289 élèves (138 garçons (47,7%) et 151 filles (52,3%))**

2-1) Profil de la population

Q.1) Quel âge as-tu ? (n=289)

La moyenne d'âge des élèves interrogés est de **14,08 ans** (avec un minimum de 13 ans et un maximum de 16 ans).

Q.2) De quelle origine es-tu ? (n=289)



Q.3) Avec qui vis-tu ? (n=289)

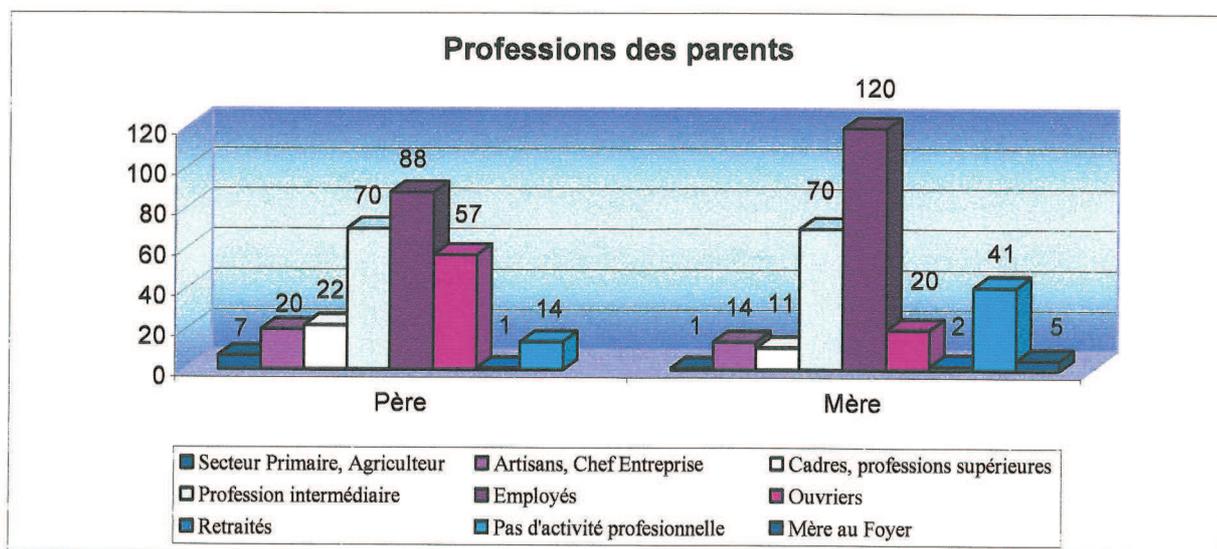
La majorité (**70,9% (n=205)**) vit avec ses 2 parents. Plus d'un quart (**27,7% (n=80)**) vit soit dans une famille recomposée soit dans une famille monoparentale.

Q.4) Combien d'enfants êtes-vous à la maison ? A quel rang te situes-tu ? (n=289)

Les élèves interrogés sont issus de famille composée d'un nombre divers d'enfants. La majorité (**47,7%**) (n=138) est issue de familles composées de **2 enfants**. Pour **27,3%** (n=79), il s'agit de famille de **3 enfants**. **10,4%** (n=30) sont des **enfants uniques**. **14,6%** (n=42) des élèves interrogés sont issues de famille composées de **plus de 4 enfants**.

On peut différencier les élèves en fonction de leur place dans la fratrie. On a donc **35,6%** (n=103) des élèves qui sont l'**aîné** de leur famille, et **32,17%** (n=93) qui sont les **benjamins**.

Q.5) Quelle profession exerce tes parents ?



279 élèves ont répondu pour la profession du père et 284 pour celle de la mère. On relève que 50 parents appartiennent soit au corps de l'enseignement, soit à celui de la médecine (médical et paramédical).

2-2) Discussion de la sexualité avec la famille et l'entourage

Q.6) a) As-tu abordé les sujets suivants avec ta famille ? (n=289)

La majorité (87,5% (n=253)) a abordé le thème de la sexualité dans le milieu familial. Seuls **29 filles et 7 garçons** ne l'ont pas fait.

Nous ne pouvons mettre en évidence une différence significative entre le fait d'aborder ou non le sujet et l'appartenance des parents à une profession médicale ou de l'enseignement (p=0,615). De même il n'existe pas un niveau de discussion supérieur pour les enfants uniques (p=0,419) ou les élèves qui sont les aînés de leur famille (p=0,681).

Enfin, la catégorie socio professionnelle (appartenance ou non à une catégorie socioprofessionnelle supérieure ou inférieure) n'influe pas quand au niveau de discussion (p=0,851 pour les professions supérieures et p=0,764 pour les professions inférieures).

Le nombre de sujets abordés est différent en fonction des élèves. Ainsi, sur les 253 élèves qui abordent le sujet avec leur famille: **78 (28%)** abordent les **5 sujets** proposés, **43 (17%)** en ont abordés **4**, **47 (18,6%)** ont discutés de **3 sujets** parmi les cinq proposés. **16,2%**, c'est-à-dire **41** élèves n'ont évoqués qu'**un seul** des sujets proposés.

Parmi les élèves qui ont abordés un seul des sujets (n=41), le sujet le plus abordé est la **puberté (61%)**. La contraception n'est pas abordée.

Parmi ceux qui ont discuté de deux sujets (n=51), les réponses majoritairement citées sont : - Puberté- homosexualité : **27,4% (n=14)**

- Puberté- Contraception : **27,4% (n= 14)**

Certains élèves ont abordés 3 sujets (n=47). Les plus fréquemment rencontrées sont : - Puberté- homosexualité- Contraception : **19,2% (n=9)**

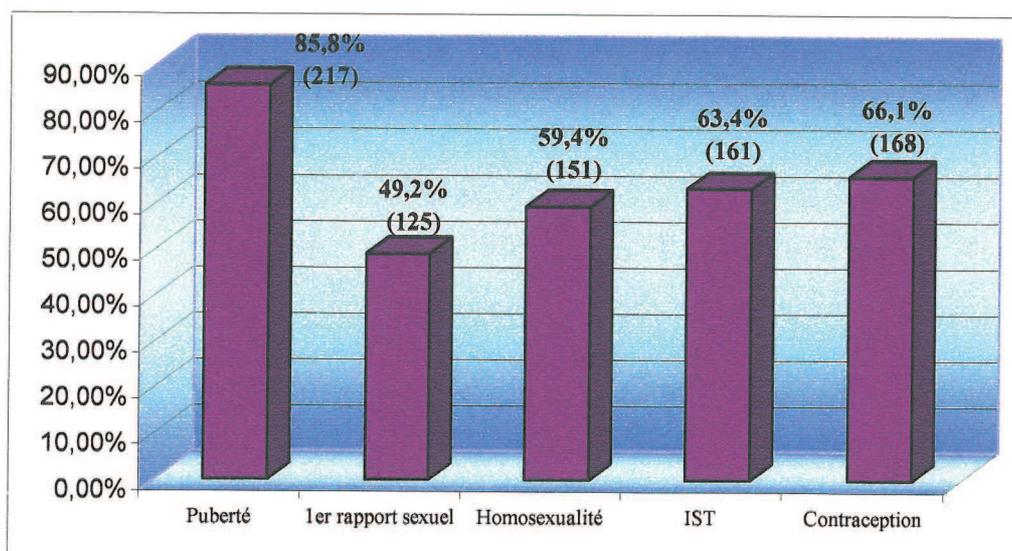
- Puberté -IST- Contraception : **14,9% (n=7)**

- Puberté- homosexualité- IST : **14,9% (n=7)**

L'association de réponses la plus fréquemment retrouvées pour ceux qui ont discutés de 4 des sujets (n=43) est :

- Puberté- homosexualité- IST- Contraception : **37,2% (n=16)**

Ainsi, les thèmes sont abordés dans les proportions suivantes :



La puberté et la contraception sont abordées en plus grande proportion que les autres sujets. On remarque que le **premier rapport sexuel** n'est évoqué que par à peine la moitié des familles : **49,2% (n=125)**.

On constate que le thème du premier rapport sexuel n'est pas plus abordé par les parents qui appartiennent au corps de l'enseignement ou au corps médical que les autres ($p=0,844$).

Par comparaison, on observe que les filles abordent plus facilement le thème du premier rapport sexuel ($p=0,009$), de la puberté avec $p=0,002$ et celui de l'homosexualité ($p=0,032$) que les garçons. On ne peut mettre en évidence une différence pour les thèmes des infections sexuellement transmissibles ($p=0,358$) et des moyens de contraception ($p=0,138$).

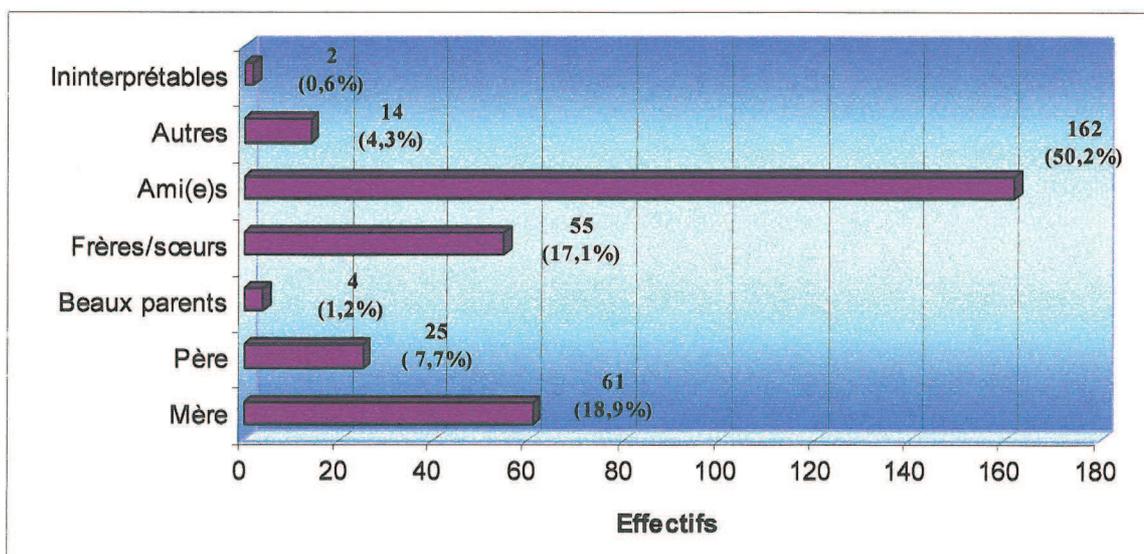
b) Si tu ne discute pas de ces sujets, as-tu une explication ?(n=36)

L'association d'explications était possible. Ainsi parmi l'ensemble des propositions ($n=47$) : la moitié des élèves (**50%**) ($n=18$) évoque la **gêne**. **44,4%** ($n=16$) précise qu'ils préfèrent un **autre interlocuteur**. 9 élèves (**25%**) évoquent qu'ils ne se sentent **pas concernés**.

Dans l'intitulé « **Autres** » ($n=4$) nous retrouvons: « mes parents sont trop coincés » ($n=1$), « je ne suis pas prête pour aborder le sujet » ($n=1$) et 2 élèves n'ont pas donné plus d'informations.

Q.7) Avec quelle personne le sujet te paraît le plus abordable ? (n=289)

L'intitulé de la question évoquait une seule réponse possible mais 39 élèves ont coché 2 réponses donc le nombre de propositions totales est 323.



Les amis sont les interlocuteurs favoris (50,2%) Parmi les 55 élèves qui citent la fratrie, 46 sont les benjamins de leur famille et par conséquent ont des frères ou sœurs aînés.

Dans la rubrique « Autres » (4,3%) : nous relevons les cousins (n=3), les médecins (n=4), les petits amis (n=3), les médias (n=2), les éducateurs (n=1) et les grands parents (n=1). 2 réponses n'ont pu être interprétées.

2-3) PERCEPTION DE LA SEXUALITE PAR LES ADOLESCENTS

Q.8) Pour toi que signifie flirter ? (n=236)

Certains élèves ont répondu plusieurs propositions, c'est pourquoi le nombre de propositions est de 292.

<u>Draguer</u>	<u>N=87 (36,9%)</u>
<u>« Sortir avec », embrasser</u>	<u>N=101 (42,8%)</u>
« Moments intimes », toucher les organes génitaux externes	N=17 (7,2%)
« Amour sans sexe »	N=9 (3,8%)
<u>« Histoire peu de temps, sans importance, pas de sentiments »</u>	<u>N=38 (16,1%)</u>
« Discuter avec »	N=9 (3,8%)
« Avoir un rapport sexuel »	N=22 (9,3%)
« Se donner la main »	N=3 (1,3%)
« Relation amoureuse chez les adolescents »	N=3 (1,3%)
« Toucher le point G »	N=3 (1,3%)

Q.9) Comment peut se manifester le désir chez les garçons ? (n=277)

L'intitulé de la question précisait une seule réponse possible mais 89 élèves en ont coché plusieurs. C'est pourquoi le nombre de propositions totales est n=382.

L'item « **érection** » est l'item le plus répondu, il correspond à **60,2%** des propositions (n=230). Ensuite c'est l'**éjaculation** qui représente **28,3%** des propositions (n=108). L'**envie d'uriner** est citée par 6 élèves (**1,6%**) et la **transpiration excessive** par 33 élèves (**8,6%** des propositions).

Dans l'item « **Autres** » (5 propositions de garçons) (1,3%) on retrouve :

- une envie de se masturber (n=2)
- une sensation de chaud (n=1)
- « le cœur s'emballe » (n=2).

Q.10) Qu'est ce qu'une zone érogène ? (n=96)

Parmi les réponses 39 étaient celles de garçons et 57 celles des filles. L'association de réponses était possible donc le nombre total de propositions est 103. 3 réponses (2,9%) n'ont pu être interprétées.

<u>Zone sensible, Zone de plaisir</u>	<u>N=60 (58,2%)</u>
<u>Exemples : seins, clitoris</u>	<u>N=25 (24,3%)</u>
Zone humide	N=5 (4,8%)
Zone de désir	N=4 (3,9%)
Point G	N=4 (3,9%)
Endroit où l'ambiance est parfaite pour faire l'amour	N=1 (1%)
En dessous du bassin	N=1 (1%)

Q.11) Explique ce que sont les préliminaires ? (n=203)

Il était possible d'associer plusieurs réponses donc le nombre de propositions est 266. 4 réponses (1,5%) n'ont pu être exploitées.

<u>Avant le rapport, préparation au rapport</u>	<u>N=95 (35,7%)</u>
Qui augmente le plaisir, qui excite	N=32 (12%)
<u>Masturbations, caresses, câlins</u>	<u>N=68 (25,5%)</u>
<u>Fellation, Cunnilingus</u>	<u>N=38 (14,2%)</u>
Rapport sexuel	N=2 (0,8%)
Différentes positions	N=2 (0,8%)
Moyens de contraceptions	N= 2 (0,8%)
Amour sans Pénétration	N= 16 (6%)
Se toucher, se tripoter	N= 4 (1,5%)
Premiers moments de la vie sexuelle	N=2 (0,8%)
Discuter	N=1 (0,4%)

Q.12) Qu'est-ce qu'un orgasme ? (n=214)

Des associations de réponses étaient possibles (n total = 229). 5 réponses (2,2%) n'ont pu être interprétées.

<u>Jouissance</u>	<u>N=31 (13,5%)</u>
<u>Moment de plaisirs extrêmes, Extase, Apogée, 7^{ème} ciel</u>	<u>N=108 (47,2%)</u>
<u>Cri</u>	<u>N=22 (9,6%)</u>
Sensation pendant l'amour, égarement de l'esprit	N=12 (5,2%)
Zone sensible	N=5 (2,2%)
Le moment le plus fort d'une relation amoureuse	N=2 (0,9%)
Acte sexuel	N=3 (1,3%)
Désir	N=6 (2,6%)
Quand ça fait du bien	N=16 (7%)
Quand pas envie de faire l'amour	N=3 (1,3%)
Point G	N=13 (5,7%)
Organe Sexuel	N=3 (1,3%)

Q.13) Qu'est ce qu'une contraception ? (n=245)

L'association de plusieurs items était possible. Au final, le nombre de proposition est de 266. 10 propositions (3,8%) n'ont pu être étudiées.

<u>Pour éviter les grossesses et les IST</u>	<u>N=69 (25,9%)</u>
Pour éviter les IST	N=23 (8,6%)
<u>Pour éviter une grossesse</u>	<u>N=92 (34,6%)</u>
<u>Se protéger</u>	<u>N=31 (11,6%)</u>
IVG	N=6 (2,3%)
Exemples : pilule, préservatifs	N=35 (13,2%)

Un peu plus d'un tiers (34,6%) évoque la **lutte contre les grossesses**. Plus d'un **quart** considère que la contraception protège des **grossesses et des IST**. 31 (11,6%) élèves ont évoqués le fait qu'une contraception **protège** mais n'ont pas préciser l'élément contre quoi elle protégeait.

Dans l'intitulé « exemples », on a 27 élèves qui citent le **préservatif** et 10 qui citent la **pilule**.

Q.14) La Contraception, c'est l'histoire de qui ? (n=288)

138 garçons (100%) et 150 filles (99,7%) ont répondu à cette question.

La majorité des élèves (124 filles (82,6%) et 113 garçons (81,9%)) évoque une **responsabilité mixte** face à la contraception.

- 24 filles (**16%**) considèrent que c'est une **histoire de filles** alors que 2 (**1,4%**) d'entre elles pensent qu'il s'agit d'une **histoire de garçons**.

- De même, 20 (**14,5%**) garçons pensent que la contraception est une **histoire de filles** contre 5 (**3,6%**) qui évoquent leur simple implication.

Q.15) Que comprends-tu par « Il faut se protéger lors d'une relation sexuelle ? » (n=264)

Certains élèves (49) ont répondu en associant plusieurs propositions. Le nombre total de proposition est 317.

<u>Se protéger contre les IST</u>	<u>N=66 (20,8%)</u>
Eviter une grossesse	N=9 (2,8%)
<u>Se protéger des IST et éviter une grossesse</u>	<u>N=80 (25,2%)</u>
<u>Préservatifs</u>	<u>N=111 (35%)</u>
Pilules	N=28 (8,9%)
Etre prudent, ne pas prendre de risques	N=10 (3,4%)
Réponses ininterprétables	N=13 (4,1%)

35% des élèves citent un moyen de se protéger, à savoir le **préservatif**. Seulement un quart des élèves (**25,2%**) associent une protection à la fois contre les **grossesses** et les **IST**. 66 élèves (**20,8%**) pensent qu'il s'agit simplement d'une protection contre les **IST**.

2-4) LA SEXUALITE A L'ECOLE

Q.16) La sexualité a-t-elle été abordée à l'école ? (n=287)

On observe que la sexualité est largement abordée en milieu scolaire (**97,9%**) (**n=281**). Parmi les 6 élèves qui ont répondu « non », il s'agit de 2 garçons et de 4 filles

Q.17) En quelle classe était-ce ? (n=281)

Certains élèves ont eu plusieurs interventions au cours de leur scolarité, c'est pourquoi le nombre de propositions est 519.

Nombre d'interventions		Quand?	Effectifs
1 intervention	(N=91) (32,3%)	Ecole Primaire	3 (3,3%)
		6 ^{ème}	3 (3,3%)
		5 ^{ème}	7 (7,7%)
		<u>4^{ème}</u>	69 (75,8%)
		3 ^{ème}	9 (9,9%)
2 interventions	(N=122) (43,3%)	Ecole Primaire	9 (3,7%)
		6 ^{ème}	5 (2%)
		5 ^{ème} N=244	13 (5,3%)
		<u>4^{ème}</u>	114 (46,7%)
		<u>3^{ème}</u>	103 (42,3%)
3 interventions	N=35 (12,4%)	Ecole Primaire	14 (13,4%)
		6 ^{ème}	2 (1,9%)
		5 ^{ème} N=105	19 (18,1%)
		4 ^{ème}	35 (33,3)
		3 ^{ème}	35 (33,3)
4 interventions	N=15 (5,3%)	Ecole Primaire	3 (5%)
		6 ^{ème}	12 (20%)
		5 ^{ème} N=60	15 (25%)
		4 ^{ème}	15 (25%)
		3 ^{ème}	15 (25%)
5 interventions	N=19 (6,7%)	Ecole Primaire	19 (100%)
		6 ^{ème}	19 (100%)
		5 ^{ème}	19 (100%)
		4 ^{ème}	19 (100%)
		3 ^{ème}	19 (100%)

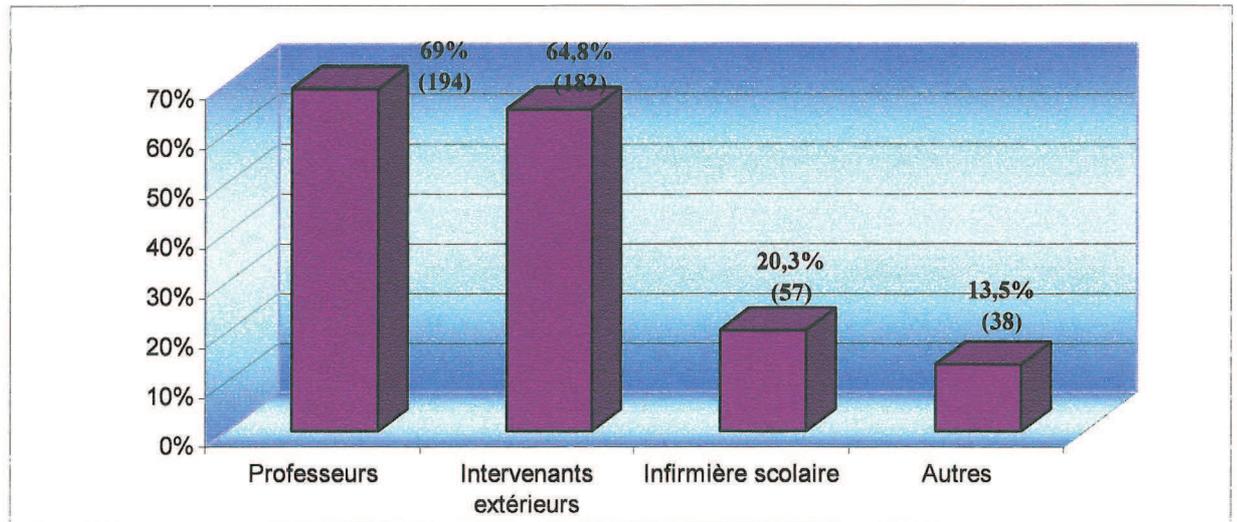
C'est en 4^{ème} et 3^{ème} que la majorité des informations est faite.

Q.18) Par qui le sujet a-t-il été abordé ? (n=281)

Le nombre d'intervenants est différent pour les élèves.

1 intervenant	N=115 (40,9%)
<u>2 intervenants différents</u>	<u>N=133 (47,3%)</u>
3 intervenants différents	N=33 (11,8%)

L'association de réponses était possible, le nombre de propositions est 471.



Dans l'item « Autres », on retrouve : des exposés (n=9), les amis (n=21), des éducateurs ou des surveillants (n=5), et les petits amis (n=3).

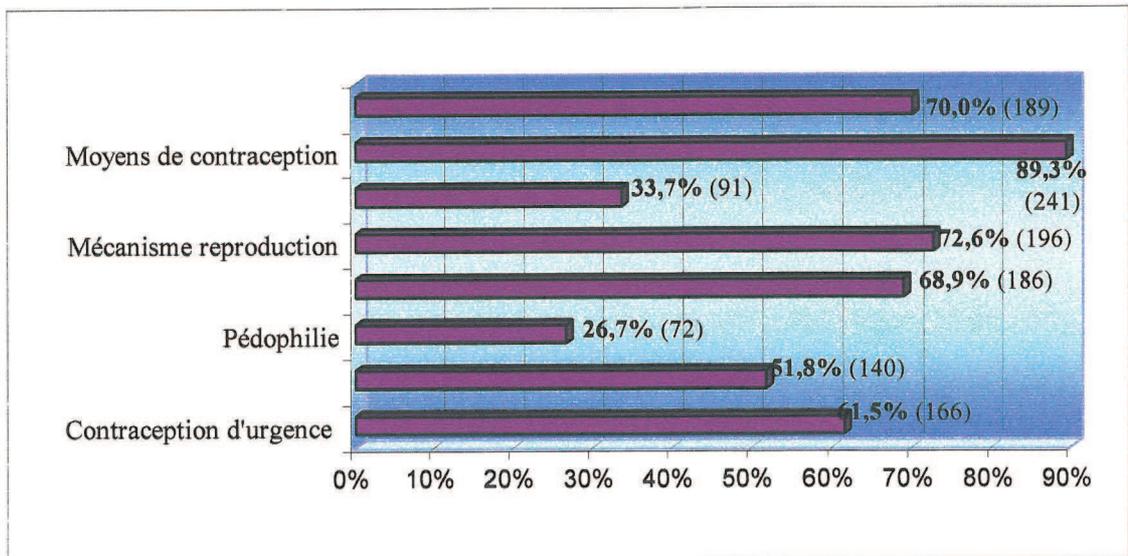
Q.19) Quels thèmes ont été abordés ? (n=270)

L'association de propositions était possible, ainsi 96 associations de réponses ont été retrouvées.

On peut s'intéresser au nombre de thèmes abordés. En moyenne, **4,45 thèmes** ont été abordés.

1 sujet	2 sujets	3 sujets	4 sujets	<u>5 sujets</u>	<u>6 sujets</u>	7 sujets	8 sujets
N=11	N=28	N=43	N=49	<u>N=58</u>	<u>N=48</u>	N=16	N=17
(4,1%)	(10,4%)	(15,9%)	(18,1%)	<u>(21,5%)</u>	<u>(17,8%)</u>	(5,9%)	(6,3%)

Seulement **6,3%** des élèves ont eu une information sur les **8 sujets**.



Les sujets les plus abordés sont les **moyens de contraception et les mécanismes de reproduction.**

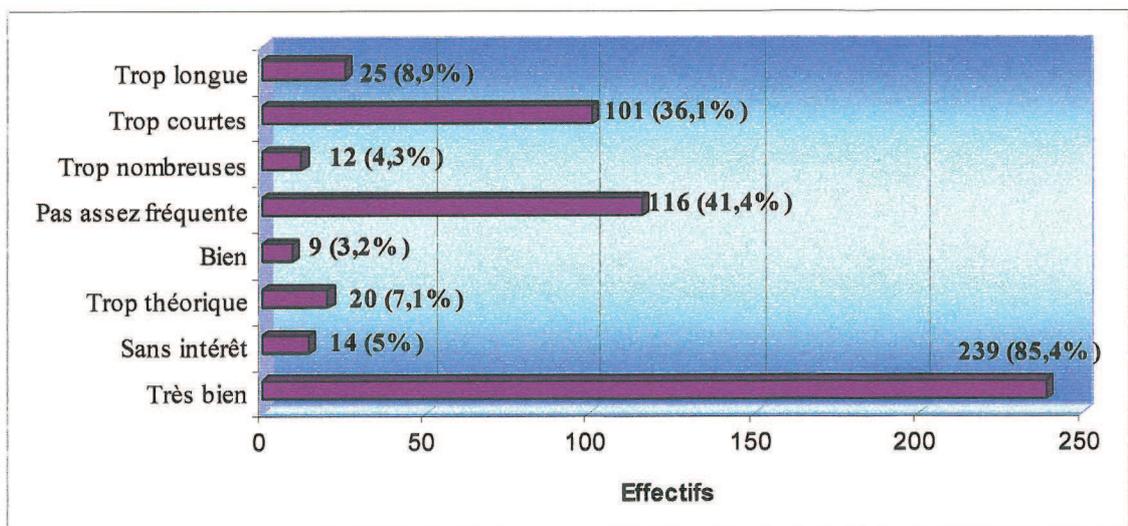
Q.20) A-t- il été possible de poser des questions ? (n=278)

(82,9%) (n=233) disent avoir pu poser des questions

Q.21) Comment as-tu trouvé ses interventions ? (n=280)

9 élèves ont cités « Bien » comme avis (item non proposé). L'association de propositions était possible donc le nombre total de proposition n est de 511.

Au final, les avis des collégiens se répartissent :



Les associations de réponses les plus nombreuses sont :

- **Très Bien- Pas assez fréquente : n=72 (25,7%)**
- **Très Bien- Pas assez fréquente- Trop Courte : n= 31 (11,1%)**

2-5) QUELS SONT LES MOYENS UTILISES PAR LES ADOLESCENTS?

Q.22) En cas de problème concernant ta sexualité, sais-tu à qui t'adresser ? (n=283)

240 élèves (83%) affirment savoir où aller.

Q.23) Es-tu déjà aller dans un centre de planification familial (CPEF) ? (n=282)

Parmi les 97,6% qui ont donné une réponse : seul 8 collégiens (2,8%) y sont déjà allés : il s'agissait de : 3 filles et 5 garçons

Les raisons étaient :

Filles	Garçons
<u>- pour la pilule du lendemain, « pour une copine » (N=1)</u>	<u>- pour des préservatifs (N=4)</u>
<u>- pour la pilule (N=1)</u>	<u>- pas d'explication (N=1)</u>
<u>- pour faire un test de grossesse (N=1)</u>	

Parmi ceux qui ne s'y sont jamais rendus, 18 élèves (12 garçons contre 6 filles) ont précisé qu'ils ne connaissaient pas ce lieu.

Q.24) T'es-tu déjà rendu chez l'infirmière scolaire pour discuter de sexualité ? (n=285)

4 seulement (1,4%) ont déjà été parler de sexualité avec l'infirmière scolaire.

2-6) PRESERVATIFS/PILULES : COMPORTEMENT DES ADOLESCENTS

Q.25) Penses-tu savoir utiliser un préservatif ? (n=286)

265 élèves (92,7%) pensent savoir l'utiliser et 21 (7,3%) avouent ne pas savoir l'utiliser.

Parmi les 21 élèves qui ne savent pas l'utiliser : il s'agit de **17 filles** (80,9%) et de **4 garçons** (19,1%). On peut mettre en évidence une différence significative entre le fait de penser savoir utiliser le préservatif et le sexe de l'élève. Les garçons pensent savoir utiliser plus le préservatif que les filles ($p=0,001$).

QUESTIONS DESTINEES AUX GARCONS (N=138)

Q.26) T'es-tu déjà entraîné à mettre un préservatif ? (n=137)

73 élèves (53,3%) affirment s'être déjà entraînés à mettre un préservatif.

Q.27) As-tu déjà acheté des préservatifs ? (n=136)

64 élèves (47,1%) des garçons ont déjà acheté des préservatifs.

Plusieurs lieux pouvaient être cités. Pour l'ensemble des propositions, **27,9 %** (N=17) des élèves ont acheté des préservatifs dans les **grands magasins**, **6,6%** d'entre eux (N=4) dans « **des librairies** », **55,7%** (N=34) citent la **pharmacie** comme lieu d'achat et **59,9 %** citent les **distributeurs**.

Q.28) Est-il possible d'obtenir des préservatifs gratuits pour les mineurs ?
(n=134)

90 élèves (67,2%) indiquent qu'il est possible d'accéder gratuitement à des préservatifs.

Les lieux cités pour obtenir des préservatifs gratuits sont multiples et divers (le nombre de propositions est de 90). Ainsi sont cités : **-Collège/lycée** : n=33 (36,7%)

- le **CPEF** : n=26 (28,9%),
- l' **Armada** : n=7 (7,8%)
- la **Gay pride** : n=2 (2,2%)
- la **Maison des jeunes** : n=5 (5,6%)
- les **Bibliothèques** : n=2 (2,2%)
- les **Distributeurs** : n=3 (3,3%)
- 12 élèves n'ont pas donné de précisions

Q.29) Les Préservatifs sont-ils accessibles ? (n=136)

126 collégiens (92,6%) pensent que les préservatifs sont **accessibles** contre 10 (7,4%) qui pensent que les préservatifs sont **difficile d'accès**. Parmi les arguments on retrouve pour 6 d'entre eux (60%) un **coût trop important**, pour 2 autres (20%) une **méconnaissance des lieux** où l'on peut en obtenir et pour les 2 derniers (20%) aucune précision n'a été apportée.

Q.30) Serait-il possible pour toi de demander à tes parents de t'acheter des préservatifs ? (n=138)

16 élèves (11,6%) évoquent un achat de préservatif de la part de leurs parents. 47 élèves (34,1%) cite le fait qu'il pourrait demander à leur parent d'en acheter. Par contre 75 élèves (54,3%) ne choisiront pas leurs parents pour l'achat de préservatifs.

QUESTIONNAIRES DESTINES AUX FILLES (N=151)

8 jeunes filles (ce qui représente **32%** de la population qui a des rapports sexuels) utilisent la pilule. 4 (50%) n'en connaissent pas le nom et 2 utilisent *Adépal*, 1 *Minesse* et une autre *Mélodia*.

Q.26) A combien d'heure(s) de décalage as-tu le droit avec cette pilule ? (n=8)

Une élève (12,5%) pense qu'il n'y a **pas de limites de temps**. 5 jeunes filles (62,5%) pensent qu'elles ont le droit à **24 heures** de décalage et 2 (25%) citent **12 heures**

Q.27) As-tu déjà oublié ta pilule ou fais un décalage supérieur au temps accordé ?

2 élèves (25%) l'ont oubliée **une fois**, 2 autres (25%) l'ont oubliée entre **1 et 5 fois**. 2 collégiennes (25%) n'ont **jamais** fais d'oublis. Par contre 2 (25%) avouent en faire **un par plaquette**.

En ce qui concerne les oublis, **2** citent les **premiers mois de l'utilisation** de la pilule. **3** élèves précisent que les oublis surviennent **n'importe quand** et **une** élève précise que les oublis surviennent au **moment de la reprise de la pilule** (après la semaine d'arrêt).

Q.28) Pourquoi prends-tu la pilule ?

2 élèves expliquent qu'elles prennent la pilule pour **réguler le cycle**, **4** évoquent la **protection contre les grossesses** et une explique que c'est pour une **raison médicale** (traitement contre l'acné). Enfin, **2** jeunes filles expliquent qu'elles prennent la pilule pour éviter les IST.

Q.29) Qui te la prescrit ?

6 élèves ont citées leur **médecin de famille**, et **2** autres des **gynécologues**.

Q.30) Tes parents savent-ils que tu prends la pilule ?

Les parents des **8** jeunes filles savent qu'elles sont sous contraceptif oral.

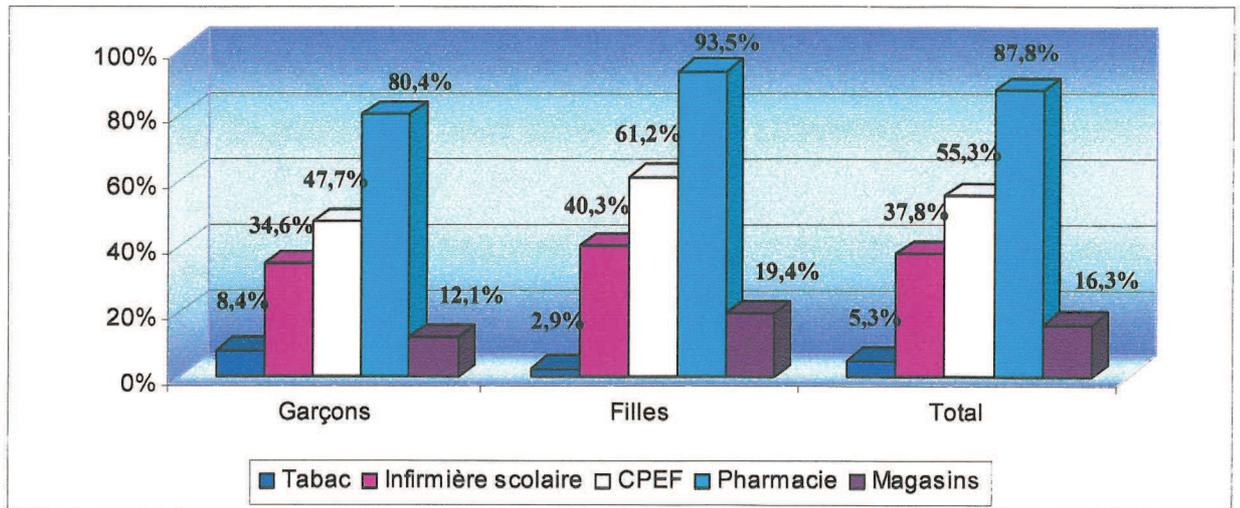
2-7) LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Q.31°) Connais-tu la contraception d'urgence ? (n=286)

Tous les garçons ont participé à cette question (n=138) et **148** filles (**98%**) ont répondues. La contraception d'urgence est connue par **215** élèves soit **75,2%** de la population dont **124** filles (**83,8%**) et **91** garçons (**65,9%**). Elle est significativement plus connue par les filles (p=0,0002).

Q.32) Où peut-on se la procurer ? (n=246)

139 filles (**92%**) et **107** garçons (**77,5%**) ont répondu à cette question. L'association de réponses était possible. Au final, **498** propositions sont comptabilisées.



C'est la pharmacie qui est majoritairement citée (par 87,8% des élèves). Les infirmières scolaires ne sont citées que par 37,8% des élèves. 20,5% des garçons et 22,3% des filles ont cité des lieux erronés (tabacs/les grands magasins).

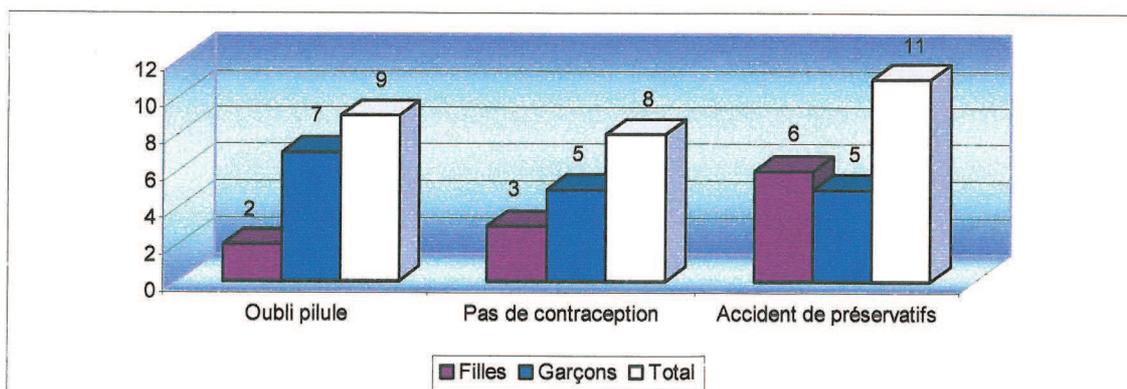
Q.33) As-tu (ou ton amie) déjà utilisé la contraception d'urgence ?

(n=279)

131 garçons (94,9%) et 148 filles (98%) ont répondu. 12 garçons (8,1%) ont eu une partenaire qui a utilisé la contraception d'urgence et 12 filles (9,2%) l'ont également utilisée. Au total 8,6% de notre population l'a déjà utilisée.

En comparant à la proportion qui a déjà eu des rapports sexuels, on obtient que 48% des filles de notre population qui ont des rapports sexuels (n=25) a utilisé au moins une fois la contraception d'urgence. De même, cela représente 34,3% des partenaires des garçons (n=35).

12 garçons et 11 filles ont précisé les raisons de son utilisation. Parmi l'effectif des garçons, 5 ont donné plusieurs réponses (le nombre de proposition est donc de 28).



Sur l'effectif total, c'est l'**accident de préservatif (39,3%) n=11** qui est la raison la plus citée puis l'**oubli de pilule (32,2%) n=9**. Il est à relever que **8 élèves (28,5%)** ont cité l'absence de contraception comme raison d'utilisation de la contraception d'urgence.

Q.34) La contraception d'urgence est-elle accessible ? (n=240)

(n filles=128 et n garçons = 112)

Trois quarts des **filles (75% n=90)** et **77,7% (n=87)** des garçons pensent qu'elle est facile d'accès.

Parmi les **63 élèves (26,25%)** qui évoque une **difficulté d'accès** à la pilule du lendemain : 44 ont donné une explication.

Ainsi, pour les filles les arguments cités sont : « **C'est gênant, c'est la honte** » n=18, « **C'est trop cher** » n=8, « **il n'y en pas partout** » n=4, « **il faut être accompagnée par des parents** » n=4. En ce qui concerne les garçons, les explications données sont : « **C'est cher** » n=5, « **Les pharmacies ne sont pas ouvertes tout le temps** » n=4.

2-8) LA SEXUALITE DES ADOLESCENTS

Q.35) As-tu déjà flirté ? (n=284)

211 élèves (74,3%) ont répondu **positivement** et donc **73 collégiens (25,7%)** disent n'avoir jamais flirté. Il n'y a pas de différence significative entre le fait d'avoir déjà flirté et l'appartenance au sexe ($p=0,618$)

L'âge moyen du premier baiser pour l'effectif total est **10,53 ans**. L'âge le plus faible est 6 ans et l'âge le plus élevé est 16 ans. Chez les garçons : **103 (74,6%)** ont répondu positivement et parmi eux 102 ont précisé l'âge de leur premier baiser. L'âge moyen des garçons au premier baiser est de **10,13 ans**. Chez les Filles : elles étaient **108 (71,5%)** à répondre positivement et 3 n'ont pas donné de précision au sujet de l'âge de leur premier baiser.

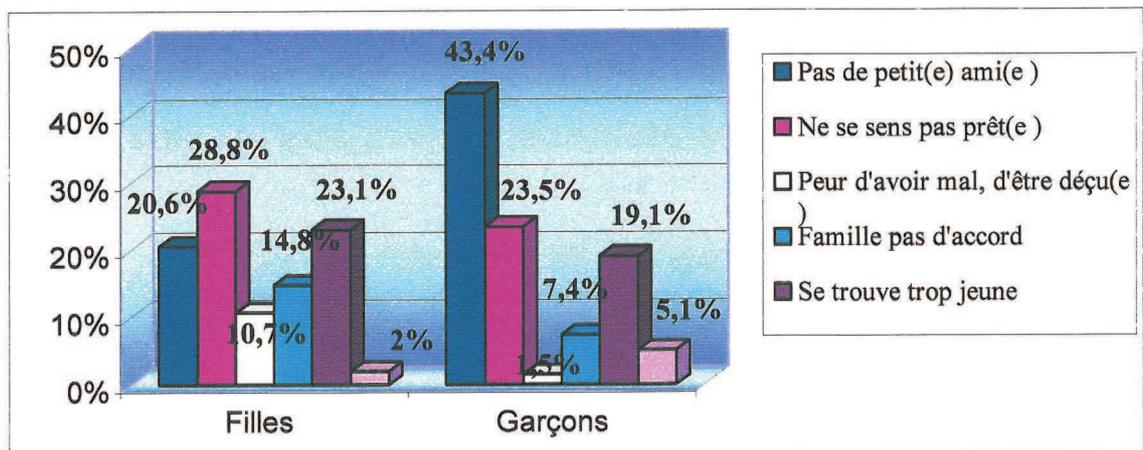
L'âge moyen est de **11,02 ans**. On peut mettre en évidence une influence du sexe sur l'âge du premier baiser ($p=0,0054$). Les garçons ont le premier baiser plus jeune que les filles.

C'est dans la tranche **10-12 ans** que la majorité des premiers baisers ont lieu : ce qui représente 60% des filles ($n=63$) et 53% des garçons ($n=53$).

ELEVES VIERGES (n=228)

Q.36°) Explications données par les élèves (n=222)

L'association de réponses était possible. Pour les filles, le nombre de proposition est 243 et 136 pour les garçons.



Chez les garçons, c'est le fait de ne pas avoir de **petite amie** qui est cité principalement alors que pour les filles, ce sont les faits qu'elles **ne se sentent pas prête** ou qu'elles se **trouvent trop jeunes**.

Dans l'item « Autres » ($n=12$), on retrouve :

Pour les garçons :	Pour les filles :
<u>-« car les filles ne veulent jamais » n=3</u>	<u>-« Raisons personnelles » n=1</u>
<u>-« je crois que je suis homosexuel » n=1</u>	<u>- « Je n'aime pas mon corps » n=2</u>
<u>-« mes histoires n'ont pas durées assez longtemps » n=2</u>	<u>- « Je ne veux pas être nue » n=1</u>
<u>-« pas de précisions » n=1</u>	<u>-« C'est contre ma religion » n=1</u>

Q.37) Existe- t'il un age idéal pour le premier rapport sexuel ? (n=228)

132 (57,9%) élèves dont 52 garçons et 80 filles, pensent qu'il n'y a **pas d'âge idéal** pour le premier rapport. 12 élèves (8 Filles et 4 garçons) ont évoqué l'âge où ils seraient prêt(e)s et 84 élèves (37 filles et 47 garçons) ont donné un age précis. La moyenne est de **16,38 ans**. L'age idéal moyen du premier rapport sexuel est de **17,32 ans (n= 37)** pour les **filles** et de **15,98 ans (n=47)** pour les **garçons**. On ne peut mettre en évidence un lien entre un âge cité plus ou moins important et l'appartenance au sexe (p=0,4865).

ELEVES NON VIERGES

60 élèves des 288 qui ont répondu (20,8%) ont eu un rapport sexuel dont 25 filles (16,70%) et 35 garçons (25,40%). Le seuil de significativité n'est pas atteint pour cette question (p=0,069). Cependant le chiffre s'en rapproche et prône en faveur d'une proportion supérieure de garçons. Selon les collèges on obtient :

Montville (n réponses=78)	<u>Grand Quevilly</u> (n réponses= 89)	Bonsecours (n réponses =58)	Conches (n réponses= 63)
N=15	N=26	N=6	N=13
19,2%	<u>29,2%</u>	10,3%	21%

Q.38) Quel âge avais-tu lors de ce premier rapport sexuel ? (n=58)

L'age moyen au premier rapport sexuel est **13,54 ans**. Il est de **14 ans** pour les **filles** et de **13,24 ans** pour les **garçons**.

	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15ans
Filles	N=0	N=0	<u>N=5</u>	<u>N=15</u>	<u>N=5</u>
Garçons	N=2	<u>N=6</u>	<u>N=8</u>	<u>N=16</u>	N=1

Les garçons ont leur premier rapport sexuel à un age plus jeune que celui des jeunes filles (p=0,0031).

Q.39) Quel âge avait votre partenaire ? (n=58)

L'age moyen du partenaire sexuel pour l'effectif total est de **14,71 ans**. L'age moyen du **partenaire sexuel des filles** (n=25) est de **15,7 ans**, le plus jeune étant âgé de

14 ans (n=4) et le plus vieux de 20 ans (n=2). L'âge moyen des partenaires des garçons est de 13,95 ans (n=33) dont l'âge le plus faible est de 11 ans (n=3) et le plus élevé de 16 ans (n=3).

Q.40) Virginité du partenaire ? (n=58)

30 (51,7%) partenaires étaient vierges. Parmi ce nombre, il s'agit pour 19 d'entres eux (57,6%) des partenaires des garçons et pour les 11 autres (44%) des partenaires des filles.

Q.41) Savait-il (elle) que pour toi c'était la première fois ?

29 garçons (87,9%) et 21 filles (84%) affirment que leur partenaire savait qu'il ou elle étaient vierges lors de leur premier rapport sexuel.

Q.42) Avez vous utilisé un moyen de contraception lors de votre premier rapport sexuel ? (n=57) (33 garçons et 24 filles).

86% (n= 49) des élèves interrogés ont déclarés avoir utilisés un moyen de contraception lors de leur premier rapport sexuel. La répartition des moyens utilisés est illustrée par le tableau après :

	Filles	Garçons	Effectifs totaux
<u>Préservatif</u>	21	21	<u>42 (73,7%)</u>
Pilule -Préservatif	1	5	6 (10,5%)
Retrait	0	1	1 (1,8%)
<u>Pas de contraception</u>	2	6	<u>8 (14%)</u>

Le **préservatif** est le moyen de contraception le plus utilisé (**73,7%**)(n=42) .

Q.43) Date et lieu du premier rapport sexuel ? (n=46)

Janvier.	Février.	Mars	Avril	Mai	Juin
N=5	N=2	N=0	N=5	N=2	N=2
<u>Juillet</u>	<u>Août</u>	Septembre.	Octobre.	Novembre.	Décembre.
<u>N=12</u>	<u>N=10</u>	N=1	N=3	N=1	N=3

Ainsi **47,8%** (n=22) des élèves ont eu leur premier rapport sexuel pendant l'été (juillet et août). En ce qui concerne le mois de janvier, 4 élèves précisent que c'était au jour de l'an.

Le **toit familial (63%)**(n=29) est le lieu principal. Les **lieux de vacances** sont évoqués par 11 élèves (**23,9%**). Les **toilettes publics** sont cités par 3 collégiens (**6,5%**). 2 (**4,3%**) ont évoqués la **nature** et 1 (**2,3%**) la **voiture**.

Q.44) Quels sentiments as-tu eu lors de ce premier rapport sexuel ?

L'association de réponses était possible, d'où n=67. La majorité des élèves était **ravie** lors du premier rapport sexuel (**71,6%**) n=48.

Dans l'item « **Autres** » n=2 (**3%**), un garçon indique qu'il regrette et l'autre ne donne pas de précisions. 4 élèves (**6%**) dont 3 filles et 1 garçon indiquent qu'ils ont été **décus** de leur première expérience. 7 filles et 3 garçons (**14,9%**) ont été **surpris** et 3 élèves (**4,5%**) (2 filles et un garçon) ont été **effrayés**.

Q.45) Avez-vous utilisé un moyen de contraception lors de votre dernier rapport sexuel ? (n=55) (33 garçons et 24 filles)

2 garçons ont précisé qu'ils n'avaient eu qu'un seul rapport sexuel.

Pour l'effectif total, **70,9%** (n= 39) des élèves interrogés ont déclaré avoir utilisé un moyen de contraception lors de leur dernier rapport sexuel.

	Filles	Garçons	Effectifs totaux
<u>Préservatif</u>	10	17	<u>27 (49,1%)</u>
Pilule-préservatif	3	2	5 (9,1%)
Pilule	4	2	6 (10,9%)
Retrait	0	1	1 (1,8%)
<u>Pas de contraception</u>	7	9	<u>16 (29,1%)</u>

Le **préservatif (n=27)** est le moyen le plus cité. **16 élèves** évoquent une non utilisation de moyen de contraception lors de leur dernier rapport sexuel. La pilule seule est citée dans des proportions supérieures à celles observées lors du premier rapport sexuel.

Q.46) As-tu déjà refusé une relation sexuelle car ton/ta partenaire ne voulait pas de préservatif ? (n=58)

28 élèves (48,3%) évoquent un refus d'une relation sexuelle car le partenaire ne voulait pas utiliser un préservatif. Il s'agit de 16 filles (66,7%) et de 12 garçons (36,4%).

2-9) QUIZ

270 quiz ont pu être interprétés. 19 (6 issus des filles et 13 de garçons) n'ont pu être étudiés car ils étaient partiellement remplis ou toutes les cases étaient cochées). Le taux d'exploitation est donc de 93,4%.

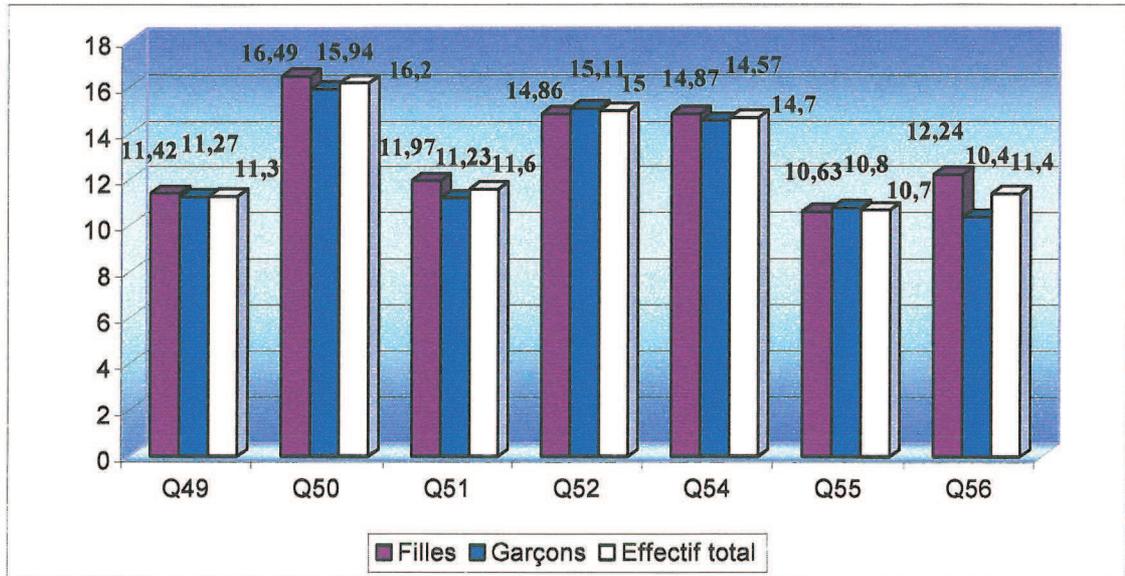
La moyenne de l'ensemble de l'effectif est de 12,46. Celle des garçons est de 12,28 et celle des filles de 12,62. Il existe une différence significative entre ces deux moyennes avec $p=0,0247$ en faveur des filles.

75 quiz de Montville, 82 de Grand Quevilly, 54 de Bonsecours et 59 de Conches ont pu être interprétés. On a pu calculer la moyenne pour chaque établissement et comparer quelques résultats dont l'erreur est très importante en matière de sexualité.

Erreurs (% et effectifs)	Montville	Grand Quevilly	Bonsecours	Conches
Moyenne (/59)	11,74	11,76	12,42	<u>12,51</u>
Risque de grossesse au 1 ^{er} rapport sexuel	<u>44%</u> (N=33)	42,7% (n=35)	27,8% (n=15)	40,7% (n=24)
Pénétration sans éjaculation = Risque de grossesse	97,3% (n=73)	<u>100%</u> (n=82)	87% (n=47)	98,3% (n=58)
Pilule= protection IST	5,3% (n=4)	<u>12,2%</u> (n=10)	7,4% (n=4)	10,2% (n=6)
On peut mettre 2 préservatifs	8% (n=6)	15,9% (n=13)	<u>16,7%</u> (n=9)	11,9% (n=7)
La contraception d'urgence ne peut être utilisée que pendant 24h	61,3% (n=46)	45,1% (n=37)	<u>75,9%</u> (n=41)	54,2% (n=32)

De grandes disparités existent entre les établissements. Le collège de Conches obtient la meilleure moyenne. Aucun élève de Grand Quevilly ne sait qu'il existe un risque de grossesse avec une pénétration sans éjaculation. De même trois quarts des élèves de Bonsecours sont persuadés que la contraception d'urgence ne peut être utilisée que dans les 24 heures qui suivent une situation à risque.

La moyenne des questions à choix multiples a été calculée. La meilleure moyenne est attribuée à la question 50 et la moins bonne à la question 55.



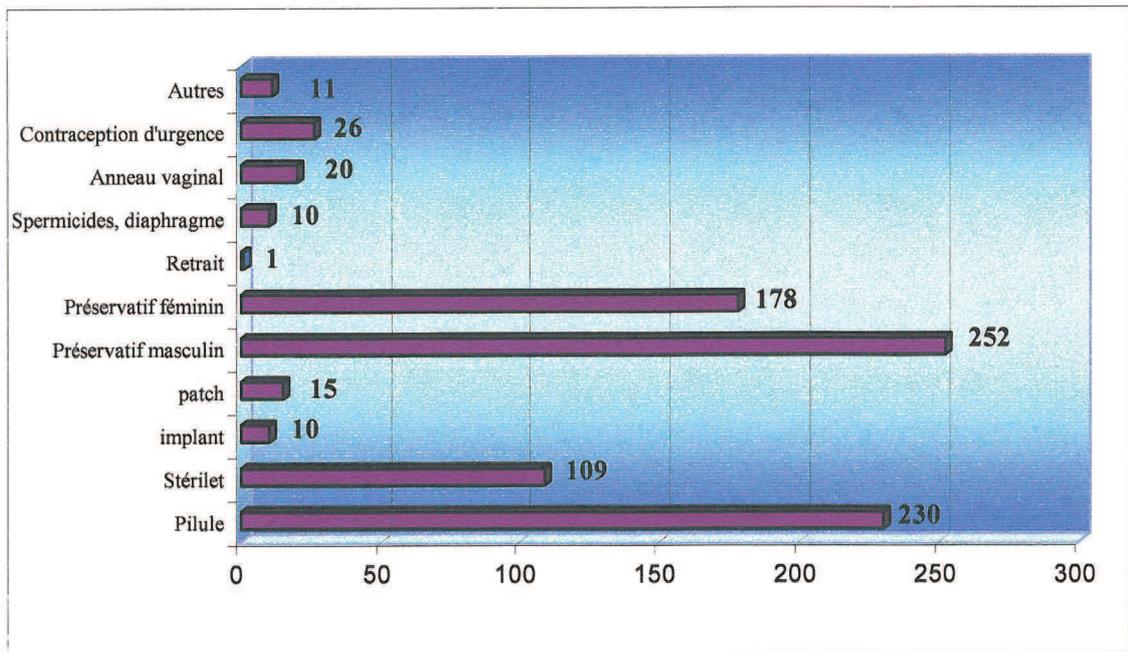
On peut observer également que la **moyenne des filles** est pour l'ensemble des questions, exceptées la question 55 (sur l'utilisation de la contraception d'urgence), **supérieure à celle des garçons**. Cependant en comparant les moyennes une à une, on ne peut mettre en évidence une différence significative que pour la question 56 avec $p=0,0005$.

Q.47) Les mineurs ont-ils droit à une contraception gratuite ?

239 élèves (88,5%) ont répondu que les mineurs ont le droit à une contraception gratuite.

Q.48) Cite différents moyens de contraception que tu connais :

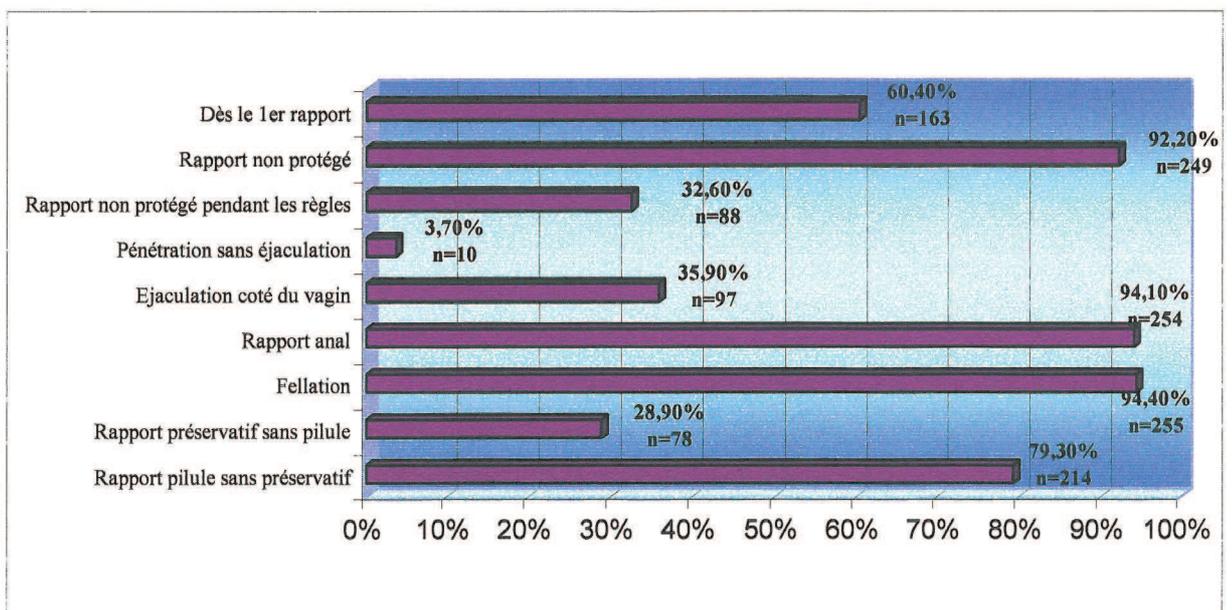
Les élèves ont cité en moyenne **3,1 types de contraception différents**.



Le **préservatif masculin** est le contraceptif le plus cité. Vient ensuite la **pilule (85,2%)** puis le **préservatif féminin (65,9%)**. Il est important de remarquer que quasiment un dixième des élèves (**9,6%**) considère la **contraception d'urgence** comme un type de contraception. Dans l'item « Autres », 10 garçons et une fille ont cité soit les ligatures de trompes soit la vasectomie...

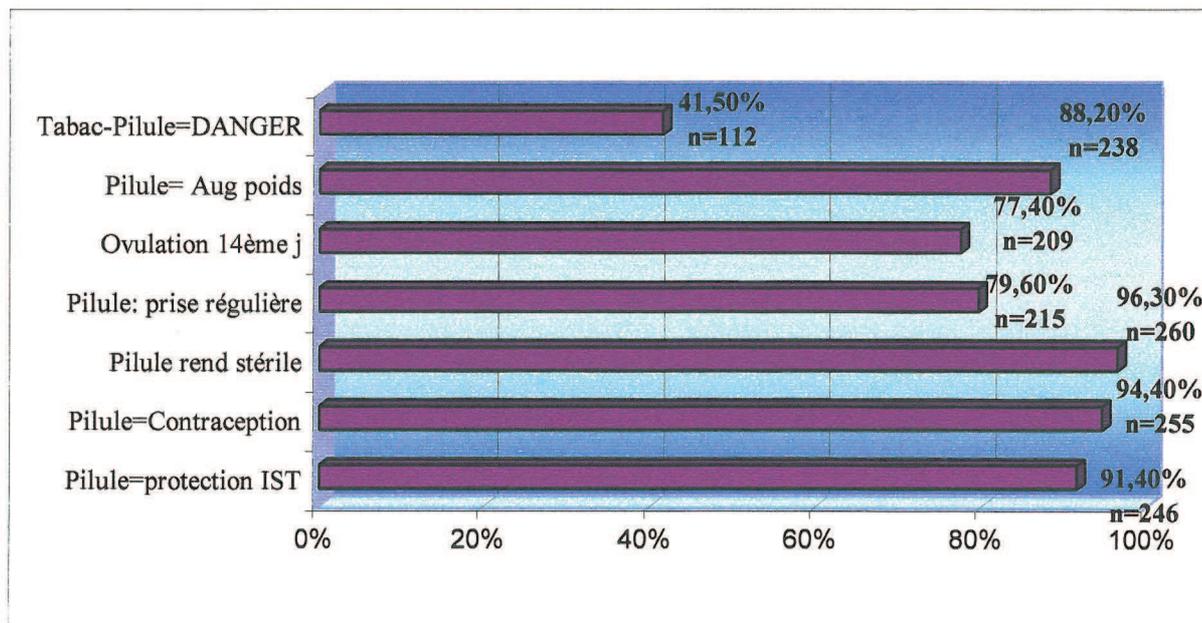
Q 49) Quand existe-t-il un risque de grossesse ? (n=270)

Pour les questions qui suivent, le pourcentage indiqué est celui qui correspond au taux de bonnes réponses de chaque item.



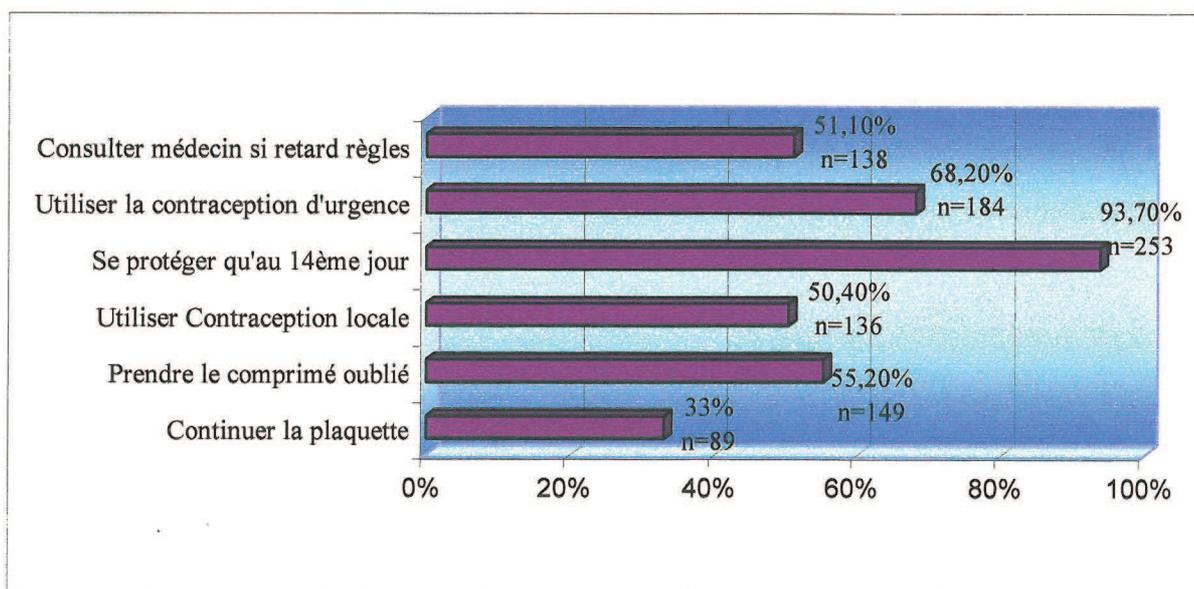
Un nombre faible (n=10) sait qu'une pénétration sans éjaculation peut être responsable d'une grossesse. Un peu plus de la moitié (60,40%) sait que le **premier rapport sexuel peut être fécondant**.

Q50) Qu'est ce que la pilule ? (n=270)



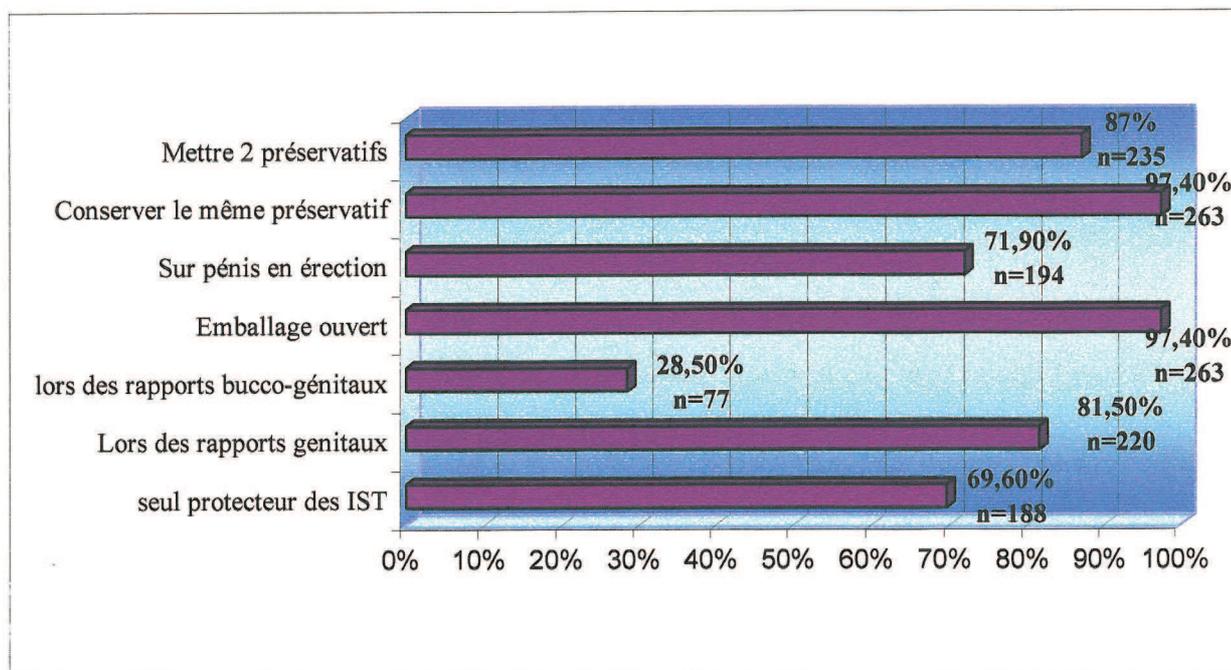
24 élèves pensent que la pilule **protège des IST** et 61 élèves pensent que sous pilule, le cycle reste identique, c'est-à-dire avec une ovulation au 14^{ème} jour.

Q51) Que faire en cas d'oublis de pilule ? (n=270)



Seul un tiers des élèves continuerait la plaquette entamée. De même seulement la moitié (**50,4%**) utiliserait une **contraception locale** et **51,1%** des élèves consulteraient un **médecin** devant un retard de règles.

Q52) Qu'est-ce que le préservatif ? (n=270)

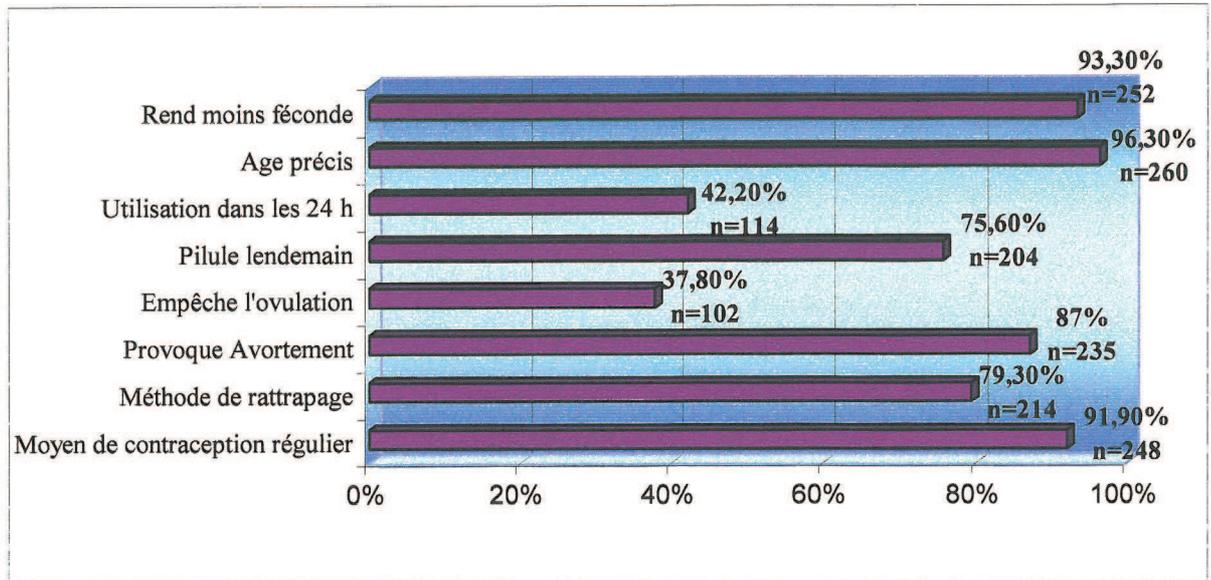


Seuls **28,5%** des élèves évoquent qu'il faut utiliser un préservatif lors des **rapports bucco-génitaux**. **13%** (n=35) pensent qu'il est possible de mettre **2 préservatifs**.

Q53) Si le préservatif est à l'envers, que doit-on faire ? (n=270)

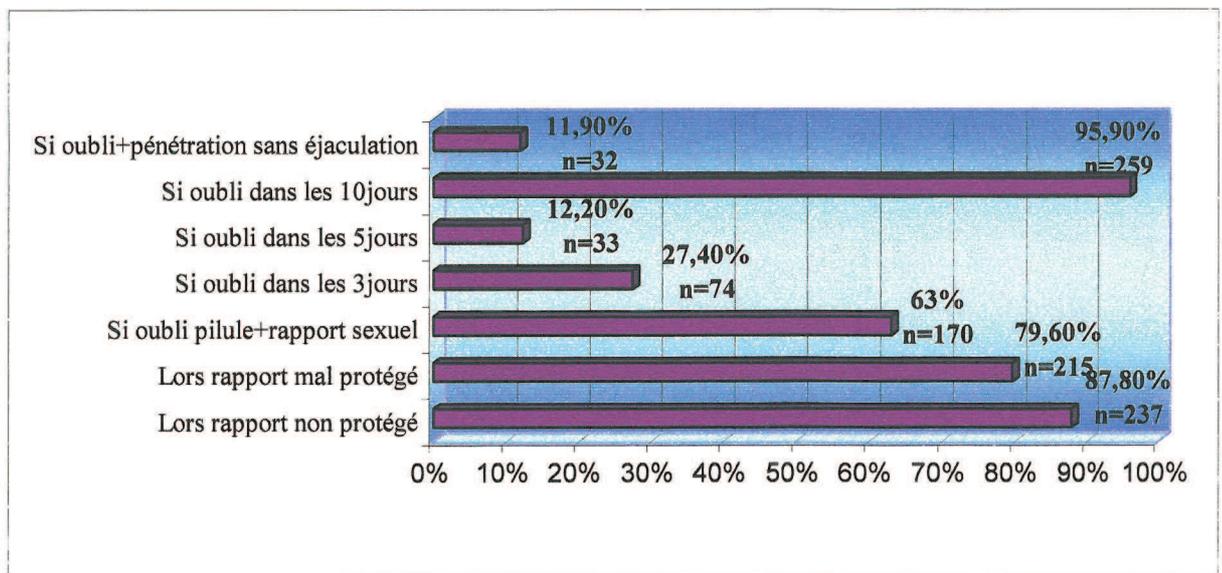
88,5% (n=239) des élèves dont 110 garçons (88%) et 129 filles (89%) citent le bon comportement : ils **jettent le préservatif** et recommencent avec un autre.

2-8-9°) Q54 : Qu'est-ce que la contraception d'urgence ?



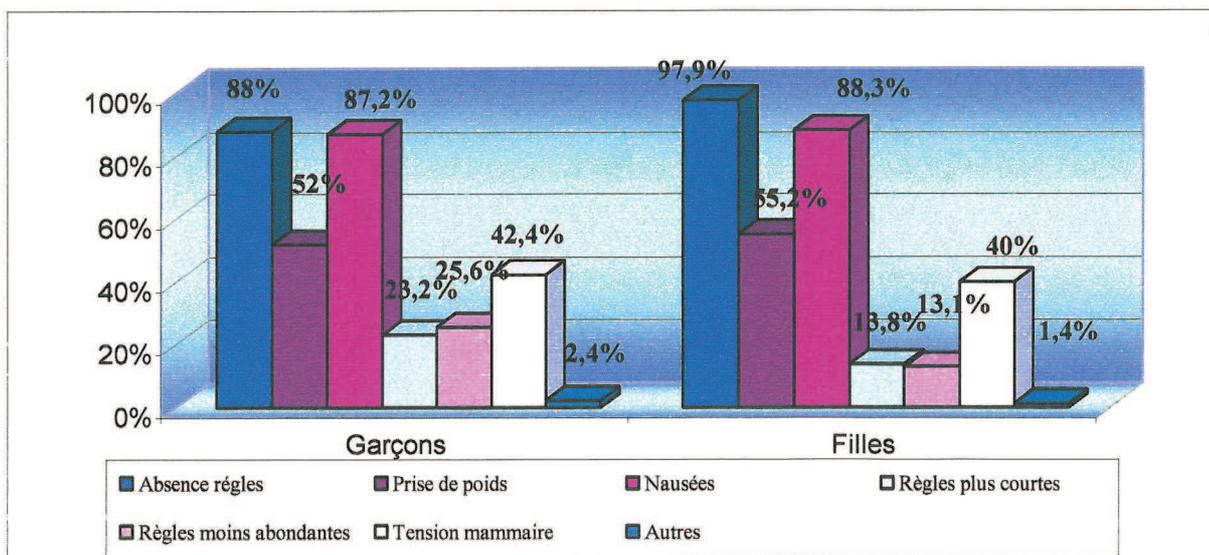
Seuls **42,2%** (n=114) des élèves savent que la contraception d'urgence peut être utilisée **après les 24heures** qui suivent la situation à risques. La majorité (n=248) sait que la contraception d'urgence n'est **pas un moyen de contraception régulier**.

Q55) Quand doit-on utiliser la contraception d'urgence ? (n=270)



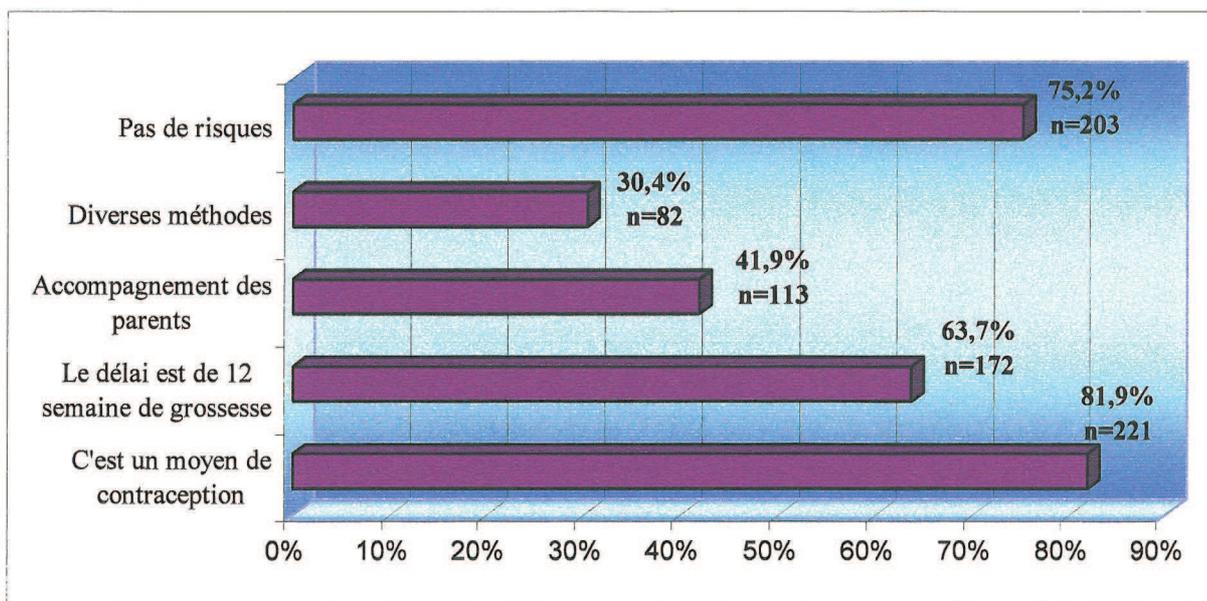
La majorité des élèves sait qu'il faut utiliser la contraception d'urgence lors d'un rapport non protégé (87,8%) ou mal protégé (79,6%). Par contre ils sont peu (12,20%) à savoir qu'il faut utiliser une contraception d'urgence s'il y a eu un rapport sexuel et un oubli de pilule jusqu'à 5 jours auparavant.

2-8-11°) Q56 : Devant quels signes faut-il s'inquiéter d'une grossesse ?



On remarque que les signes les plus cités aussi bien chez les filles que chez les garçons sont **l'absence de règles, les nausées et la prise de poids**. Un changement dans les menstruations (plus courtes ou moins abondantes) inquiète à peine un quart des élèves.

Q57) Qu'est qu'une interruption volontaire de grossesse ? (n=270)



Plus de la moitié des élèves (**58,1%**) pense qu'il faut être accompagné d'un parents pour une mineure. **19,1%** évoque que **l'IVG est un moyen de contraception**.

PARTIE III :

Discussion

1) L'information à la sexualité

1-1) Nos interventions

D'un point de vue personnel, notre enquête a été très enrichissante car riche en contacts et en partage d'informations. Intervenir à des dates espacées dans un même établissement, a permis de prendre conscience de l'intérêt des élèves pour notre travail et apprécier la mise en pratique de toutes les informations communiquées. En effet, plusieurs élèves ont repris contact, seuls, pour poser des questions personnelles ou indiquer qu'ils avaient appris des choses et allaient adapter leur comportement. Les principaux d'établissement étaient ravis de l'enthousiasme de leurs élèves. Une infirmière scolaire par le biais de sa fille (élève participant à l'enquête) a demandé notre questionnaire et sa correction, pour s'en servir lors de ses interventions en milieu scolaire.

1-2) Les paradoxes en milieu scolaire.

La première campagne nationale sur la contraception intitulée « pouvoir choisir » est lancée le 18 novembre 1981. Les spots télévisés provoquent des réactions d'oppositions notamment de la part d'associations familiales et des représentants de cultes. Aujourd'hui les adolescents sont exposés à des messages « excitants » et de plus en plus explicites via la télévision, les clips musicaux et Internet. Il existe un paradoxe entre le fait que la sexualité ne semble plus être un sujet tabou dans la société et les difficultés rencontrées pour accéder aux élèves mineurs en milieu scolaire, pour leur délivrer une information en matière de sexualité et de contraception. En effet, notre travail a été marqué par un refus de nombreux établissements. Les arguments étaient divers, et même si certains évoquaient des problèmes d'emploi du temps, d'autres affichaient un désintéressement au sujet lui-même, voire même pour certains parents d'élèves et professeurs une « incitation à la débauche ». La plupart des études françaises réalisées sur l'impact des programmes d'éducation sexuelle montrent que les adolescentes informées sont moins nombreuses que les autres à vivre une grossesse précoce ou un avortement, qu'elles fréquentent davantage les centres de planification familiale et sont de plus grandes consommatrices de pilules et de préservatifs. Ces programmes sont d'autant plus efficaces qu'ils sont dispensés avant les premiers rapports sexuels.

où ils se les posent. Dans notre population, la discussion parent- ados au sujet de la sexualité est possible pour 87,5% d'entre eux. Nous remarquons cependant, que le thème du premier rapport sexuel est abordé dans des proportions inférieures (49,2%) à celle de la puberté ou de la contraception. Il leur est certainement plus facile d'apporter des connaissances théoriques que des informations tant relationnelles que psychologiques. Différentes études(66) plaident en faveur d'un discours des parents visant à informer sur la pilule et le préservatif. En effet, les adolescents qui pensent que leurs parents notamment la mère, approuvent l'usage de moyens de contraceptions, ont certes leur première relation sexuelle plus tôt mais sont également ceux qui utilisent le plus de contraceptifs. Des mêmes études, il ressort que plus les relations familiales sont bonnes, moins les adolescents commencent tôt leur vie sexuelle. Chez ceux qui ont déjà eu des relations, l'usage de contraceptifs est plus répandu lorsque le dialogue avec les parents se passe bien. Les adolescents plutôt de nature rebelle, semblent prendre en compte l'avis de leurs parents. Ceux dont la mère voit leur entrée dans la vie sexuelle de façon défavorable, ont leurs premiers rapports sexuels plus tard que les autres.

Les parents ont donc un rôle important à jouer dans la structuration de la sexualité de leurs enfants. Encore faut-il que les informations qu'ils délivrent soient justes... En effet, nous pouvons nous interroger sur les sources des erreurs évoquées par les élèves (2 préservatifs lors d'un rapport sexuel, pas de risques de grossesse lors du premier rapport...) ? Les parents d'aujourd'hui ont-ils tous à leur connaissance les bases de la physiologie et sont-ils en la capacité de délivrer une information juste à leurs enfants ?

Les principaux interlocuteurs cités par notre population pour aborder la sexualité sont les amis. Le problème repose là encore sur la transmission d'informations erronées.

2) La sexualité des adolescents.

2-1) Importance du vocabulaire utilisé.

Lors de nos interventions, nous avons retrouvé pour une part non négligeable de nos élèves, un sentiment de « connaissance absolue » au sujet de la sexualité et de la contraception. Pourtant nous constatons qu'ils utilisent des termes populaires parfois à la limite du vulgaire, sans en connaître la vraie définition. Par exemple, le terme « fellation » était peu connu alors que celui de « pipe » leur était beaucoup plus familier.

Dans notre enquête, il est à relever qu'environ un tiers des élèves ne connaît pas le sens des termes « zones érogènes » ou « d'orgasmes ». De plus parmi ceux qui ont cité une définition, on est dans certain cas loin du sens réel : c'est le cas des préliminaires qui sont pour certains « des moyens de contraception » ou de l'orgasme qui signifie pour d'autre le fait de « ne pas avoir envie de faire l'amour ». Lors des interventions en milieu scolaire, il est important d'utiliser un vocabulaire que les élèves comprennent. Il faut certes leur apporter des connaissances scientifiques mais ne pas hésiter à les reformuler avec des mots du langage courant, de façon à ce qu'ils assimilent les messages délivrés (les termes « branlettes », « pipe » doivent être rapportés à ceux de masturbation et de fellation). De même, pour la prévention des grossesses non désirées, il ne suffit pas de préciser que la pilule doit être prise de façon régulière. Il est nécessaire d'apporter des précisions, elle doit être prise tous les jours à des heures fixes de façon à éviter les erreurs tels que la prise certes régulières mais uniquement lors des rapports sexuels... Or en matière de contraception et de sexualité, il ne faut pas avoir compris à moitié ou savoir à peu près, les conséquences sont trop importantes et il n'existe pas de multiples possibilités : en matière de grossesse, il n'existe pas de juste milieu ...

2-2) le comportement sexuel de nos adolescents

98,3% de notre population a déjà flirté. L'âge moyen du premier baiser de notre population est nettement inférieur à celui de la population nationale : il est de 10,53 ans pour notre population contre 13 ans pour la population générale (64). Parmi notre population, un tiers (60 élèves) a déjà eu une relation sexuelle. Nous ne pouvons rapporter ces chiffres à aucune estimation nationale. En effet, il existe des études sur le nombre d'IVG chez les moins de 15 ans mais pas sur la sexualité de cette même tranche d'âge. Les mineurs sont difficilement accessibles pour des études car l'autorisation parentale est nécessaire. L'âge moyen du premier rapport sexuel a peu changé (17,4 pour les garçons et 17,6 pour les jeunes filles en 2003(64)) alors qu'il existe une translation vers les âges extrêmes. Ainsi 21% des garçons (ici 25,4%) et 10% des filles (16,7% pour notre population) ont leur premier rapport sexuel avant 15 ans.

Comme dans la population générale, les élèves ont cité majoritairement l'été comme date du premier rapport sexuel. Les vacances constituent pour les adolescents un moment privilégié pour oser la rencontre amoureuse. Certes le soleil et la liberté des

corps dénudés débrident les cœurs mais les parents sont certainement aussi plus laxistes à cette période de l'année autorisant des sorties plus tardives et éloignées qu'à l'habitude. L'organisation des informations à la sexualité devrait prendre en compte ce fait. Ne serait-il pas intéressant de délivrer une information à la sexualité supplémentaire à la veille des départs en vacances ?

En ce qui concerne les lieux du premier rapport sexuel, c'est le toit familial qui est majoritairement cité puis les lieux de vacances. Le toit familial est un lieu privilégié du fait de son absence de coût, et de son côté rassurant car connu des adolescents. En ce qui concerne les lieux de vacances, les adolescents arrivent sans le poids de leur passé, et peuvent ainsi offrir l'image qu'ils souhaitent donner d'eux. De plus ils échappent aux contraintes familiales et au regard parental.

82,8% des élèves ont été ravis de leur première expérience sexuelle. Ces chiffres sont fort éloignés des études(62) qui montrent que 40% (les 2 sexes confondus) ont été déçus lors de leur première relation sexuelle. Nous pouvons nous interroger si la proximité d'une classe n'a pas faussé les chiffres. En effet, certains élèves n'ont peut être pas osé avouer leur réel sentiment lors de leur première relation sexuelle de peur des moqueries de leurs camarades situés à leur côté. De même des inexactitudes peuvent subsister liées à la tendance à répondre en fonction des attentes sociales. Dans notre société est-il normal de ne pas être satisfait lors de notre premier rapport sexuel ?

2-3) Les paradoxes des adolescents

Il existe un paradoxe entre les informations que les élèves ont reçu et leur capacité d'analyse et d'utilisation. Les résultats de notre quiz sont représentatifs. En effet, les questions qui les interrogent sur des connaissances très théoriques ont de meilleurs résultats que celles où il faut une analyse ou qui sont des mises en situations. C'est le cas par exemple de la question 51 qui demandait aux élèves le comportement qu'ils adopteraient en cas d'oublis de pilule : résultats moins bons qu'à la question 50 qui les interrogeait sur ce qu'est la pilule. Lors des interventions des supports papier sont laissés aux élèves (Que doit-on faire en cas d'oublis de pilule ? A qui s'adresser en cas de difficultés ?). Ainsi même si l'élève n'ose pas poser de questions le jour de l'intervention (soit par gêne, ou parce qu'il ne se sent pas concerné), il a la possibilité de retrouver les informations chez lui. Encore faut-il qu'il réalise cette démarche...

L'école et les parents apportent à priori une information en terme de sexualité. Il est donc surprenant que 39,6% des élèves considèrent encore qu'il n'existe pas de risque de grossesses lors du premier rapport sexuel. De même, une part trop importante ignorent que des saignements anormaux sont souvent preuve de grossesse et non l'inverse. Dans notre enquête, on note qu'après une situation à risque de grossesse, des règles plus courtes ou moins abondantes n'inquiètent qu'un quart des filles et 13% des garçons. De même, 49,9% de notre population ne consulterait pas un médecin devant un retard de règles alors qu'ils citent pour 97,9% des filles et 88 % des garçons ce signe comme étant un signe probable de grossesse. Les adolescents se sentent invulnérables, pensant que ça ne leur arrivera pas...

3°) Contraception et IVG chez les adolescents

3-1°) La Contraception des adolescents

Lors des premiers rapports sexuels, un moyen de contraception est utilisé pour 86% des élèves. Le préservatif est majoritairement utilisé (73,5%). Le message « Protégez-vous ! » semble être bien appliqué. Or c'est dans cette tranche d'âge que le préservatif est parfois utilisé dans de mauvaises conditions (en mettre 2, ne pas le mettre au bon moment). C'est le message des « 2P » qui devraient être diffusé : « pilule+préservatif= protection maximale ».

Le sentiment d'invulnérabilité des adolescents ressort avec le constat que la protection contraceptive est moins utilisée lors du dernier rapport sexuel (29,1% des élèves avouent ne pas avoir utilisé de contraception). Il est difficile de comprendre ces comportements. La spontanéité de leur rapport sexuel peut en être une explication mais dans tout les cas, ne l'excuse pas.

Même si la majorité des élèves pensent que la « contraception est une histoire de couple », nous sommes sceptiques à l'idée que les comportements en matière de contraception changent pour cette génération. Les hommes d'aujourd'hui ne sont pas favorables à l'utilisation d'une contraception hormonale masculine, qu'en sera-t-il demain ?

92,7% de notre population pensent savoir utiliser le préservatif. Or, 13% tout de même évoquent la possibilité de mettre 2 préservatifs lors d'un rapport sexuel, et seulement 28,5% savent qu'un préservatif doit être utilisé lors des rapports bucco-génitaux. Le message pour la protection des IST n'est donc pas compris dans sa totalité. Pour certains les IST ne regroupent que le Sida ou les maladies transmises par contact génital. De même, ils sont 29,1% à ne pas savoir quand installer le préservatif, à savoir sur un pénis en érection. Il existe donc une différence entre ce que pensent savoir ces collégiens et leur véritable niveau de connaissances.

En ce qui concerne l'utilisation de la pilule, plusieurs éléments sont à relever. Seules 8 jeunes filles parmi les 25 qui ont des rapports sexuels utilisent la pilule. Lors de nos interventions (questions anonymes par écrit), plusieurs jeunes filles ont demandé si la pilule faisait grossir où si l'examen gynécologique « faisait mal » et était obligatoire. Un certain nombre d'adolescentes soucieuses de leur apparence physique ne désirent pas prendre la pilule par peur de prendre du poids, d'autres par peur de l'examen gynécologique. Or un examen gynécologique est-il vraiment indispensable dès la première consultation ?

Pour notre population, le médecin généraliste est le principal prescripteur. Il apparaît comme un acteur important dans l'éducation à la sexualité. La vaccination contre l'Human papillomavirus va constituer un moment idéal pour apporter une information à la sexualité. Il est à espérer que lors de cette vaccination, un message sur les IST soit transmis ainsi qu'une information sur les moyens de contraception, et sur la contraception d'urgence.

Alors qu'elles l'utilisent quotidiennement, 4 jeunes filles ne connaissent pas le nom de leur pilule. De même, 75% (6 élèves) pensent qu'il n'y a pas de limite d'heures pour son utilisation ou qu'elle peut être prise dans les 24 heures. Notre échantillon est petit mais ces chiffres sont alarmants, d'autant plus qu'en théorie, elles ont reçu des explications quant au mode d'utilisation (lors de sa prescription, lors d'interventions) et que l'on sait que l'efficacité repose sur une bonne observance.

Deux élèves (25%) avouent oublier au moins une fois leur pilule par plaquette. La dernière campagne sur la contraception (annexe III) dont le slogan est « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » repose sur l'idée que la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque couple et choisie par eux et non par le

prescripteur. Pour ces 2 adolescentes, ce moyen de contraception est-il adapté à leur mode de vie (sortie tard le soir, nuit chez des amis) ? Il existe un panel de moyens de contraception ; le choix devrait être possible. Malheureusement certains moyens ont un coût non négligeable et par conséquent sont peu utilisés par les adolescents (ex : anneau vaginal).

3-2) Les IVG

Dans la première version du questionnaire, il existait une question visant à déterminer la proportion de jeunes filles qui avait subi une IVG. Mais cette question, comme d'ailleurs celle sur l'appartenance à une religion n'a pu être conservée car jugée trop personnelle et gênante. Ceci est d'autant plus regrettable que dans certaines classes, des jeunes filles connaissaient si bien les modalités de prise en charge que nous pouvions supposer qu'elles s'étaient retrouvées dans ces situations (temps d'hospitalisations, excuses données aux parents). Il aurait été intéressant de comparer leur comportement et leur niveau de connaissances par rapport à celles qui n'avaient pas eu d'IVG.

Les adolescents mémorisent ce qui est « choquant » ou ce qu'ils ont vu. Par exemple, le préservatif féminin est cité par 178 élèves alors qu'il est pour cette tranche d'âge peu utilisé. Ils le citent car lors des interventions, des préservatifs féminins leur ont été présentés. Les interruptions de grossesses sont peu connues par les adolescents puisque 25% pensent qu'elles sont sans danger sur la santé, et que 30% seulement savent qu'il existe différentes méthodes en fonction du terme de la grossesse. En quatrième est diffusé un film illustrant un accouchement. Un documentaire sur les interruptions volontaires de grossesses montrant les difficultés psychologiques et médicales possibles permettrait peut-être aux adolescents de ne pas banaliser l'IVG et de ne plus la considérer comme un moyen de contraception (19,1% de notre population la considère comme telle)...

3-3) la contraception d'urgence

La contraception d'urgence a été utilisée par 24 élèves (40% de la population qui a eu des rapports sexuels). Ce sont les accidents de préservatifs qui amènent au plus grand nombre d'utilisations. Un quart des filles et 22,3% des garçons la trouvent difficile d'accès. Le coût élevé est l'argument le plus cité (par 13 élèves). Ceci montre

que les élèves méconnaissent l'accès gratuit à la contraception d'urgence pour les mineurs. De même, 4 évoquent l'autorisation parentale préalable. Il est important de spécifier que l'information faite aux élèves sur la contraception d'urgence ne doit pas seulement reposer sur les modalités d'utilisation mais doit également leur apporter les informations nécessaires et pratiques (gratuité, lieux de procuration).

Comme dans la population générale, la connaissance de la contraception d'urgence paraît bien établie (75,2% de notre population la connaissent), mais les idées fausses en gênent l'utilisation. La croyance que la fécondation n'est possible qu'au 14^{ème} jour reste ancrée et la majorité des utilisatrices ignore que la fécondation est possible si le rapport sexuel mal protégé a eu lieu avant la fécondation. Pour ces raisons d'ignorance de la physiologie (seul 3,7% sait que le liquide séminale contient des spermatozoïdes) et la méconnaissance des règles d'emploi de la contraception d'urgence, le médecin demeure important dans sa prescription. La prescription d'avance devrait faire partie des bonnes pratiques médicales pour toute consultation notamment lors de la mise en route d'une contraception régulière ou d'un renouvellement. La peur d'une utilisation abusive a fait l'objet d'un certain nombre de travaux et il a été montré que les femmes ayant la contraception d'urgence à disposition à domicile ne l'utilisent pas de façon abusive (19). De même des travaux américains montrent que les femmes qui disposent d'une prescription à l'avance, l'utilisent plus significativement en cas de besoin mais ont en même temps tendance à mieux utiliser ensuite une contraception régulière(27).

Plus de la moitié des élèves (57,8%) pensent que la contraception d'urgence ne peut être utilisée que dans les 24 heures qui suivent une situation à risque alors que l'on sait qu'elle peut être efficace jusqu'à 72 heures. Ce message doit être délivré et peut être serait-il intéressant de ne plus l'appeler « pilule du lendemain »...

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

1. BELISLE Claire- Adolescence, Amour et sexualité- Chronique Sociale (Lyon)- Photo langage pour dynamiser la parole et l'écoute-2003- 31p + 48photos.
2. DEBESSE Maurice- L'adolescence- Edition Presse Universitaires de France- 1971- 123 pages
3. GAUTHIER Xavière- Naissance d'une liberté : avortement, contraception : le grand combat des femmes au XXème siècle- Paris- Robert Laffont- 2002- 439 pages
4. KNIBIEHLER Yvonne (historienne)- La sexualité et l'histoire- Edition Odile Jacob- 2002- 267 pages
5. LAGRANGE Hugues- Les Adolescents, le Sexe, l'Amour- Edition Syros- 1999- 256 pages
6. LEVAN Charlotte- Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalité vécues- Edition L'harmattan- Collection Le travail du social-192p.
7. PAGES-POLY Marie-Françoise/ Jean- Quand la sexualité vient aux ados, tout ce qu'ils ne savent pas encore et que vous avez oublié- Edition Calmann-Lévy-1997- 231 pages
8. PONS J-C, VENDITELLI F., LACHCAR P.- IVG et sa prévention : pratique en gynéco-obstétrique- Edition Masson
9. WINCKLER Martin- Contraceptions, mode d'emploi : ce qu'on ne vous avait jamais dit- Edition Au Diable Vauvert- 2001- 447 pages

Articles :

10. ANAES- Des normes pour l'IVG- Santé mentale- 04/01- n°57- p4.
11. ANGIE, CADAC, MFPP- Conférence de presse du 14/03/02- IVG, la contraception, pour une volonté politique clairement affirmée et une mobilisation des moyens- Dossiers de l'obstétrique- 01/05/02- Vol 29- n°305- p30-37.
12. ASSELINEAU Sophie- Sexualité de l'enfant : jeux interdits... - L'Ecole des parents -N°561- Janvier 2007.
13. AVON Bernadette- Contraception 40 ans de pratique, questions pour aujourd'hui « Laennec » 01/04/07- N° 2- Pages 31 à 42

14. BARROUX CHABANOL Colette- Dossier : parler de sexualité- « L'école des parents » -01/01/07- N° 561- Pages 19 à 39
15. BOQUET L, HERMANT P- Sexualité Tabou à l'école- Fenêtre sur cours- 26/02/07- n°294- p 14-19.
16. BRUNON Amandine- Et si les européennes n'étaient pas égales en droit- Vocation Sage Femme 01/10/06- N° 45- Pages 8-9.
17. FANDOS Cécile- IVG : la loi bafouée- Alternatives Economiques-07/06- n°249- Page 24.
18. GIOJA-BRUNERIE- IVG : un défaut de contraception ?-Dossier de l'obstétrique-01/03/06-Vol 33-N°346-Pages 9-13.
19. GLASIER A,BAIRD D.The effects of self-administering emergency contraception- N England J med- 1998- 334- p 1-4.
20. HOREAU Katia- Centre de planning familial : libres paroles- L'Ecole des parents- N° 561- Janvier 2007.
21. HUMBERT Fabien- Contraception et IVG chez les mineures- L'école des parents -N° 561- Janvier 2007
22. JACQUEMIN LE VERN Amandine- Adolescence et pornographie- GynécoObstétrique- 05/04- Vol 32- N° 5- Page 416-419.
23. JACQUEMIN LE VERN Hélène- Adolescente et sa mère face à face devant une demande de contraception en consultation en gynécologie- Dossiers de l'obstétrique- 01/06/02- Vol 29- N°306- p 27-30.
24. NISAND I- Faut-il assouplir encore les règles de l'IVG en France- Gynécologie obstétrique fertilité- 01/06/01- Vol 29- n°6- p 409-412.
25. MERMOZ Mélanie- IVG : exception française- « Alternatives Economiques » - 03/07- N° 256- Pages 50 à 52
26. PENEAU Caroline- Impact médecin hebdomadaire- IVG tardive et pilule du lendemain : le oui... mais des médecins- 09/00- N° 503- p 40-45.
27. RAINE, HARPER, DARNAY- Emergency contraception : advance provision in a young high risk clinic population- Obstetgynecol 2000- p 1-7.
28. SEGUEILLA Martine- Echecs de contraception, IVG, quelle ambivalence, quelles séquelles ?- Dossiers de l'obstétrique- 01/06/02- Vol 29- n° 306- p30-33.
29. SLATER John- L'éducation sexuelle en ballottage- Times- 11/05.
30. Dossier : le sexe et l'école- Monde de l'éducation- 01/05/05- N°336- p21-39.
31. La sexualité expliquée aux enfants -Psychologies- 05/02-N°208-p 74-78.

32. Les frontières de l'éducation sexuelle- Monde de l'éducation- 01/03/03- n°312- p 70-73.

33. L'IVG concerne-t-elle l'homme ?- Journal des psychologues- 05/01- n°187- p 7-8.

34. Un nouveau bilan mitigé de la mise en œuvre de la loi sur l'IVG- Actualités Sociales hebdomadaires- 09/12/05- n°2433- p17.

Textes Officiels

35. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

36. Circulaire N°2003-027 - L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées- du 17 février 2003.

37. Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, modifiée par loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 , relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

38. Décret n°2001-258 du 27 mars 2001, protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire.

39. Programmes de sciences de la vie et de la Terre en vigueur au collège et au lycée

40. Code de la santé publique, art. L. 2212-1, R. 2212-1 et annexe 22-1, relatifs aux conditions d'autorisation et encadrement médical des interruptions volontaires de grossesse.

41. Code de la sécurité sociale, art. L. 321-1 (4°) et L. 613-14 relatifs à la prise en charge par l'assurance maladie des frais de soins et d'hospitalisation afférents aux interruptions volontaires de grossesse.

42. Code de la santé publique, art. L. 2212-7 dispense d'autorisation parentale pour les interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures

43. Code de la sécurité sociale, art. L. 132-1, D. 132-1 et s. et D. 162-17-1, prise en charge anonyme et gratuite par l'assurance maladie des interruptions volontaires de grossesse.

Autres sources :

Documents non publiés :

44. CHAPLAIN Elise- Allongement du délai légal de l'IVG à 14 SA. Vécu de 3 équipes- Mémoire sage femme- Rouen- 2004.

45. CUREZ Véronique- Une expérience de groupe en milieu scolaire- Mémoire de fin de formation au conseil conjugal et familial- Rouen 2002.

Brochures d'informations :

46. Interruption volontaire de grossesse- Dossier Guide- Direction générale de la santé- Edition Sicom- Nov 2005.

47. Questions Q- Le petit livre des infections sexuellement transmissibles- INPES et Ministère de la santé.

48. J'ai oublié de prendre ma pilule ! Que dois-je faire ?- Laboratoire Pierre Fabre Médicament- Les carnets santé pratique- 01/04

49. Plaisir, protection, amour, préservatif- Education pour la santé pour mieux vivre- Collection VIH/SIDA- Direction générale de la santé.

50. Le petit livre de l'Amour sans risque- Agence Française de lutte contre le SIDA.

51. Questions d'ados- version actualisée- Livret pour les 15-18 ans- INPES- Juin 2007.

52. Les filles, les garçons : guide du corps au dessous du soutien-gorge ou de la ceinture- Ministère de la santé.

53. La pilule expliquée aux adolescentes- Laboratoire Schéring

54. Questions de filles et de garçons « choisir sa contraception »- Réalisée en associations avec des experts et des jeunes du lycée Modeste Leroy, Evreux.

55. DELIUS ATOUSSA Rodolphe- Une fille nommée JULES ...- Pilule : histoire d'en parler- Laboratoire Schéring

56. Les premières fois- Comité français d'éducation pour la santé (CFES).

Autres documents :

57. Jack Lang et Bernard Kouchner se mobilisent en faveur de la prévention du VIH et de l'éducation affective et sexuelle des jeunes- Communiqué de presse du Ministre, Jack Lang- Décembre 2001.

58. NISAND I- Rapport sur l'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes- Février 99.

59. UZAN Michèle- Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes- Novembre 98.

60. Avis du Haut Conseil de la Population et de la Famille- Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures- Décembre 2006.

61. Enquête sur le contexte de la sexualité en France- CSF : Premiers Résultats- Mars 2007.

62. Etude DUREX-2001

63. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire- Guide du formateur- Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieure- Collection repères- février 2004.

Site Internet :

64. <http://eduscol.education.fr> (Mai 2007)

65. <http://www.legifrance.gouv.fr> (Avril 2007)

66. <http://www.ined.fr> (Juin 2007)

67. <http://www.science.gouv.fr> (Mars 2007)

68. <http://www.doctissimo.fr> (Mars, Septembre, Décembre 2007)

69. <http://portal.unesco.org/fr> (Septembre 2007)

70. <http://psycho.ados.fr> (Septembre 2007)

71. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> (Avril 2007)

72. <http://www.gyneweb.fr> (Juin 2007- Janvier 2008)

73. <http://www.cngof.asso.fr> (décembre 2007)

Annexe I :

Le Questionnaire

1. Quel âge as-tu ?

2. De quelle origine es-tu ?

- Europe
- Afrique du Nord (Maghreb)
- Afrique du Sud
- Asie
- Autre : précise

3. Tu vis : Avec tes 2 parents

- Dans une famille recomposée (beau père, belle mère)
- Seulement avec ta mère
- Seulement avec ton père
- Avec quelqu'un d'autre : précise

4. a) Combien d'enfants êtes vous à la maison ?

b) À quel rang te situes-tu ?

(Par exemple si tu es l'aîné, ton rang est le 1er)

5. Quelles professions exercent tes parents ?

- Père
- Mère
- n'a pas d'activité professionnelle
- n'a pas d'activité professionnelle

6. a) As-tu déjà discuté des sujets suivants avec ta famille ?

- De la puberté et des changements qu'elle engendre OUI NON
- Du premier rapport sexuel OUI NON
- De contraception OUI NON
- Des infections sexuellement transmissibles OUI NON
- De l'homosexualité et de l'hétérosexualité OUI NON

b) Si tu as répondu « NON » à toutes ces questions, c'est parce que :

- En parler avec la famille c'est trop gênant
- Tu ne veux pas en parler car tu ne te sens pas concernée
- Tu préfères en parler avec quelqu'un d'autre : ami(e), médecin
- Autre : précise

7. Avec quelle personne, le sujet de la sexualité te paraît il le plus abordable ?
(Une seule réponse possible)

- Ta mère
- Ton père
- Ta belle mère ou ton beau père
- Tes frères et/ou tes sœurs
- Tes ami(e)s
- Autre : précise

8. Pour toi que signifie flirter ?

.....

9. Comment peut se manifester le désir chez un garçon ?

- Par une éjaculation
- Par une érection
- Par une transpiration excessive
- Par une envie d'uriner
- Autre :

10. C'est quoi une zone érogène :

- je ne sais pas
-

11. Explique en quelques mots ce que sont les préliminaires.

- Je ne sais pas
-

12. Qu'est-ce qu'un orgasme ?

- je ne sais pas
-

13. Explique en quelques mots ce qu'est « une contraception » :

.....

14. A ton avis, la contraception, c'est une histoire de :

- Fille
- Garçon
- De couple

15. Explique en quelques mots ce que tu comprends par « il faut se protéger lors d'une relation sexuelle » :
.....
.....

Dans ton cursus scolaire

16. T'a t'on parlé de sexualité ?

- OUI
 NON

17. En quelle(s) classe(s) était-ce ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Ecole primaire
 6ème
 5ème
 4ème
 Cette année

18. Par qui le sujet de la sexualité a-t-il été abordé ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Professeurs (précise la matière :))
 Des intervenants extérieurs (médecin, sage femme)
 L'infirmerie scolaire
 Autre : précise :

19. Quels thèmes ont été abordés ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Le premier rapport sexuel
 Les différents moyens de contraception
 L'homosexualité et l'hétérosexualité
 Le mécanisme de la reproduction
 Les infections sexuellement transmissibles
 La pédophilie et/ou les viols
 Les endroits où il est possible de trouver des réponses au sujet de la sexualité, de la contraception et des maladies sexuellement transmissibles
 La contraception d'urgence

20. A-t-il été possible pour toi de t'exprimer et de poser des questions ?

- OUI
 NON

21. Tu as trouvé ces interventions :

- A°) Très bien
 Sans intérêt
 Trop théorique

- B°) Pas assez fréquentes
 Trop nombreuses
 Trop courtes
 Trop longues

22. Sais-tu où te rendre en cas de problèmes concernant la sexualité et/ou la contraception ?

- OUI
 NON

23. As-tu déjà été dans un centre de planification familial ?

- OUI précise la raison :

24. T'es-tu déjà rendue chez ton infirmière scolaire pour discuter d'un problème de sexualité ou de contraception ?

- OUI
 NON

25. Penses-tu savoir utiliser un préservatif ?

- OUI
 NON

Si tu prends la pilule

(Si ce n'est pas le cas, passe à la question 32)

Quel est le nom de ta pilule :

26.A. combien d'heure(s) de décalage as-tu le droit avec cette pilule ?

- Je ne sais pas
 Jusqu'à 3 heures
 Jusqu'à 12 heures
 Jusqu'à 24 heures
 Il n'y a pas de limite d'heures (le tout est de reprendre le comprimé)

27. a) As-tu déjà oublié ta pilule ou fais un décalage supérieur au temps accordé ?

- 1 fois
 entre 1 et 5 fois
 environ une fois par plaquette
 Plusieurs fois par plaquette
 jamais

Le préservatif

- b) Si tu l'as déjà oubliée c'était : (*plusieurs réponses possibles*)
- Au moment de reprendre la pilule (après les 7 jours d'arrêt)
 - N'importe quand pendant la plaquette
 - A la fin de la plaquette
 - Dans les premiers mois de son utilisation
25. Penses-tu savoir utiliser le préservatif ?
- OUI
 - NON
26. T'es-tu déjà entraîné à mettre un préservatif avant d'avoir des rapports sexuels ?
- OUI
 - NON
27. As-tu déjà acheté des préservatifs ?
- OUI précise l'endroit :
 - Grand magasin
 - Pharmacie
 - Distributeur
 - Autres :
 - NON
28. Tu prends la pilule :
- Pour réguler ton cycle
 - Pour éviter une grossesse lors de tes rapports sexuels
 - Autre : précise
28. Est-il possible d'obtenir des préservatifs gratuits pour les mineurs ?
- OUI précise où :
 - NON
29. Penses-tu que les préservatifs sont facilement accessibles ?
- OUI
 - NON pourquoi :
30. Serait-il possible pour toi de demander à tes parents de t'acheter des préservatifs ?
- OUI et c'est déjà arrivé
 - OUI
 - NON
30. Tes parents savent-ils que tu prends la pilule ?
- OUI
 - NON
- 30.

31. Connais-tu la contraception d'urgence ?

- OUI
 NON

32. Où peut-on se la procurer ?

- Bureau de tabac – librairie
 Infirmerie scolaire (collège, lycée)
 Pharmacie
 Centre de planification familiale
 Grands magasins

33. L'as-tu déjà utilisée ?

- OUI ; précise :
 suite à un oubli de pilule
 suite à un rapport sexuel sans moyen de contraception
 suite à un accident de préservatif
 Autre : précise.....
 NON

34. Penses-tu que la contraception d'urgence soit facile d'accès ?

- OUI
 NON précise les raisons

35. Si tu as déjà flirté avec un garçon, quel âge avais-tu lors de ton premier baiser ?

.....

Si tu n'as jamais eu de relation sexuelle avec un garçon

(Si ce n'est pas le cas passe directement à la question 38)

36. Tu penses que c'est parce que :

- Tu n'as pas de petit ami, ou tu n'as jamais été amoureuse
 Tu ne te sens pas prête
 Tu as peur d'avoir mal, d'être déçue
 Ta famille n'est pas d'accord avec l'idée que tu aies des relations sexuelles (tes parents te trouvent trop jeune par exemple)
 Tu te trouves trop jeune

Autre :

37. Penses-tu qu'il y'ait un âge idéal pour faire l'amour ?

- OUI précise lequel :

NON

Si tu as déjà eu une relation sexuelle avec un garçon :

(Si ce n'est pas le cas, passe directement au quiz)

► Lors de ton premier rapport sexuel :

38. Quel âge avais-tu?

39. Quel âge avait ton partenaire ?

40. Etait-il vierge ?
 OUI
 NON

41. S'avait-il que pour toi c'était la première fois ?
 OUI
 NON

42. Lors de ce premier rapport sexuel, avez-vous utilisé un moyen contraceptif ?

- OUI ; précise :
 Pilule contraceptive
 Préservatifs
 Retrait
 Autre :précise.....
 NON

43. Peux tu me donner le mois et le lieu de cette première fois ?

- Je ne m'en rappelle plus
- Mois :
- Lieu :

44. De ce premier rapport sexuel, tu as été :

- Ravie
 Déçue
 Surprise
 Effrayée
 Autre ;précise.....

► Lors de ton dernier rapport sexuel,

45. As-tu utilisé une contraception?

- OUI ; précise laquelle

NON ; pourquoi :

46. As-tu déjà refusé une relation sexuelle parce que ton ami ne voulait pas utiliser un préservatif ?

- OUI
 NON

Voici une série de questions destinées à tester tes connaissances. Prends le temps de bien lire les items et **coche les cases qui correspondent à tes réponses.**

47. A ton avis, les mineurs ont-ils le droit à une contraception gratuite ?

- OUI
 NON

48. Cite les moyens de contraception que tu connais :

- FEMININ :
- MASCULIN :

49. Il y'a un risque de grossesse :

- Dès le premier rapport sexuel
- Si on a un rapport non protégé
- Si on a un rapport non protégé pendant les règles
- S'il y a eu pénétration sans éjaculation
- S'il y a eu éjaculation à coté du vagin
- Lors d'un rapport anal
- Lors d'une fellation
- S'il y a eu un rapport avec préservatif sans pilule
- S'il y a eu un rapport avec pilule sans préservatif

50. La pilule :

- Empêche les infections sexuellement transmissibles
- Empêche la survenue d'une grossesse
- Rend stérile
- Sous pilule, l'ovulation a lieu au 14^{ème} jour
- Doit être prise de façon régulière
- Fait systématiquement grossir
- Il existe un risque pour la santé si on associe le tabac à la pilule

51. Que doit on faire en cas d'oublis de pilule :

- On continue la plaquette jusqu'à la fin
- On prends le comprimé oublié dès que possible
- On utilise un autre moyen de contraception si il y'a un rapport sexuel
- On ne doit se protéger que si l'oubli a lieu au 14^{ème} jour
- On utilise la contraception d'urgence s'il il y a eu un rapport sexuel sans autre moyen de contraception
- On doit consulter un médecin devant un retard de règles

52. Le préservatif :

- C'est le seul moyen qui protège des infections sexuellement transmissibles
- Il doit être utilisé lors des rapports sexuels génitaux
- Il doit être utilisé lors des rapports bucco-génitaux (fellation)
- Si l'emballage est déjà ouvert on peut quand même l'utiliser
- On doit l'installer sur un pénis en érection
- Si il y a plusieurs rapports sexuels successifs, on peut garder le même préservatif
- Pour plus de protection, on peut en mettre 2

53. En déroulant le préservatif sur le pénis, tu te rends compte qu'il est du mauvais côté que dois-tu faire?

- Le remettre du bon côté, mais s'assurer que ce dernier est bien déroulé sur le pénis.
- Il faut le jeter et recommencer avec un autre

54. La contraception d'urgence :

- C'est un moyen de contraception régulier comme le préservatif ou la pilule.
- C'est une méthode de rattrapage (que l'on utilise lors d'un rapport sexuel non ou mal protégé).
- C'est une méthode abortive (qui provoque un avortement).
- C'est une pilule qui empêche l'ovulation.
- Elle est aussi appelée « pilule du lendemain ».
- On peut la prendre que dans les 24 heures qui suivent une situation à risques
- Il existe un age précis pour l'utiliser (entre 22 et 49 ans)
- Rend moins féconde.

55. On doit utiliser la contraception d'urgence

- Lorsqu'il y a eu un rapport non protégé (oubli de pilule par exemple)
- Lorsqu'il y a eu un rapport mal protégé (déchirure du préservatif)
- S'il y a eu un oubli de pilule et un rapport le même jour
- S'il y a eu un oubli de pilule et un rapport sexuel dans les 3 jours d'avant

- S'il y a eu un oubli de pilule et un rapport sexuel dans les 5 jours d'avant
- S'il y a eu un oubli de pilule et un rapport sexuel dans les 10 jours d'avant
- S'il y a eu oubli de pilule mais seulement pénétration sans éjaculation

56. Après une situation à risques (rapport non ou mal protégé), devant quels signes il faut craindre une grossesse :

NB: Si tu mets plusieurs réponses, classe les par ordre d'importance : le numéro 1 étant destiné au signe le plus inquiétant pour toi.

- L'absence de règles
- Une prise de poids
- Des nausées
- Des règles plus courtes
- Des règles moins abondantes que d'habitude
- Une tension mammaire
- Autres :

57. Une interruption volontaire de grossesse ou IVG :

- C'est un moyen de contraception
- Le délai légal pour interrompre une grossesse est fixé à 12 semaines de grossesse
- Pour effectuer une IVG, une mineure doit être accompagnée par un de ses parents
- En fonction du terme de la grossesse, il existe différentes méthodes pour interrompre une grossesse
- Une IVG ne comporte aucun risque pour la santé

Merci de ta participation

Annexe II :

Législation

- **Loi 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L648 et L649 du code de la santé publique**
- **Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse**
- **Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence**
- **Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception**

Loi 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L648 et L649 du code de la santé publique

Art 1^{er} - Les articles L648 et L649 du code de la santé publique sont abrogés. En conséquence, les mots « *anticonceptionnels* » et « *propagande anticonceptionnelle* » sont supprimés de l'intitulé du chapitre V du titre III du livre V du code la santé publique (première partie)

Art 2 - La fabrication et l'importation des contraceptifs sont autorisés dans les conditions fixées par un règlement d'administration publique.

Art 3 - La vente de produits, médicaments et objets contraceptifs est subordonnée à une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le ministre des affaires sociales. Elle est exclusivement effectuée en pharmacie.

Les contraceptifs inscrits sur un tableau spécial, par décision du ministre des affaires sociales, ne sont délivrés que sur ordonnance médicale ou certificat médical de non contre-indication. Aucun produit, aucun médicament abortif ne pourra être inscrit sur ce tableau spécial.

Cette ordonnance ou ce certificat de non contre-indication sera nominatif, limité quantitativement et dans le temps, et remis, accompagné d'un bon tiré d'un carnet à souches, par le médecin au consultant lui-même.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut-être pratiquée que par un médecin, dans un établissement hospitalier, un centre de soins agréé ou conformément à des conditions fixées par un règlement d'administration publique.

La vente ou la fourniture de contraceptifs aux mineurs de dix-huit ans non émancipés et des contraceptifs inscrits au tableau spécial aux mineurs de vingt et un ans non émancipés ne peut être effectuée que sur ordonnance médicale constatant le consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal.

Un règlement d'administration publique déterminera les modalités d'application du présent article.

Art 4 - Un règlement d'administration publique déterminera les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial, ainsi que les modalités de l'agrément, par le ministre des affaires sociales, des centres de planification ou d'éducation familiale. Ces établissements et ces centres, publics ou privés, ne devront poursuivre aucun but lucratif.

La délivrance de contraceptifs est interdite dans ces établissements et ces centres.

Les pouvoirs publics reconnaissent et soutiennent la mission des associations familiales et des autres mouvements qualifiés pour la préparation lointaine et proche des jeunes au mariage et à la vie adulte, ainsi que pour l'information objective des adultes aux divers problèmes de la vie du couple, de la famille et de l'éducation des jeunes.

Art 5 - Toute propagande antinataliste est interdite. Toute propagande et toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives sont interdites, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens.

Un décret précisera les modalités d'application du présent article.

Art 6 - Pour les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, un règlement d'administration publique déterminera, d'une part, les conditions de vente ou de fourniture des contraceptifs aux mineurs non émancipés et, d'autre part, les conditions dans lesquelles les établissements et centres visés aux articles 3 et 4 de la présente loi pourront délivrer des contraceptifs.

Ce règlement d'administration publique fixera les modalités d'application des autres dispositions de la présente loi à ces départements en tenant compte de leur situation particulière.

Art 7 – I- Sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 20 000 F ou de l'une de ces peines seulement :

1° Quiconque aura, de quelque manière que ce soit, importé ou fait importer, fabriqué ou fait fabriquer, vendu ou fait vendre, fourni ou fait fournir, délivré ou fait délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs en infraction aux dispositions de l'article 2, ou des premier, deuxième et quatrième alinéas de l'article 3, ou des règlements pris pour leur application ;

2° Quiconque aura contrevenu aux dispositions de l'article 5 ou des règlements pris pour son application.

II- Toutefois, sera puni :

1° D'un emprisonnement d'un an à quatre ans et d'une amende de 4 000 à 40 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement :

a) Quiconque aura, de quelque manière que ce soit, vendu ou fait vendre, fourni ou fait fournir, délivré ou fait délivrer des produits, médicaments ou objets contraceptifs à des mineurs non émancipés en infraction aux dispositions des premier, deuxième, quatrième et cinquième alinéas de l'article 3 et des textes réglementaires pris pour leur application ou pour l'application de l'article 6 ;

b) Le praticien qui aura sciemment contrevenu aux dispositions du cinquième alinéa de l'article 3 ou des textes réglementaires pris pour son application ou pour l'application de l'article 6 ;

2° D'un emprisonnement de deux mois à six mois et d'une amende de 2 000 à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement quiconque aura contrevenu aux dispositions du troisième alinéa de l'article 3 ou des premier et deuxième alinéas de l'article 4 ou des textes réglementaires pris pour leur application ou pour l'application de l'article 6.

Art 8 – Chaque année à l'occasion de la discussion de la loi de finances, le ministre des Affaires sociales publiera un rapport rendant compte de l'évolution démographique du pays, ainsi que de l'application de la présente loi.

Art 9 – Les règlements d'administration publique doivent être publiés au plus tard dans les six mois qui suivent la promulgation de la présente loi.

Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse
--

TITRE 1er

Art. 1er. - La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art 2. - Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.

TITRE II

Art. 3. - Après le chapitre III du titre 1er du livre II du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé "Interruption volontaire de la grossesse" :

Art. 4. - La section I du chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

SECTION I

Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine

"Art. L. 162. - La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

"Art. L. 162-2. - L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

"Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

"Art. L. 162-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

"1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

"2° Remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant :

"a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;

"b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article 162-4.

"Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

"Art. L. 162-4 - Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter 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 qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

"Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

"Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du code pénal.

"Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

"Art. L. 162-5. - Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite : il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

"Art. L. 162-6. - En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L.

162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5. "L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.

"Art. L. 162-7. - Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou le cas échéant, du représentant légal est requis.

"Art. L. 162-8. - Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

"Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

"Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesses soient pratiquées dans ses locaux.

"Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

"Art. L. 162-9. - Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

"Art. L. 162-10. - Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin, inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

"Art. L. 162-11. - L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

"Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7."

Etablissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes

II. - A l'article L. 176 du code de la santé publique les mots "une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé" sont remplacés par les mots "un établissement d'hospitalisation privé".

III. - L'article L. 178 du code de la santé publique est modifié comme suit :

"Art L. 178. - Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6 (2e alinéa) et L. 162-9 à L. 162-11."

IV. - Il est introduit dans le code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé :

"Art. L. 178-1. - Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart total des actes chirurgicaux et obstétricaux.

"Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récidive, la fermeture sera définitive."

Art. 8. - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Art. 9. - Il est ajouté au titre III, chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale un article L. 181-2 ainsi rédigé :

"Art. L. 181-2. - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre 1er du livre du code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret."

Art. 10. - L'article L. 647 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. L. 647. - Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 20 000 F. ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet.

"Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer un interruption de grossesse.

"En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie."

Art. 11. - Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre 1er restera en vigueur. L'application des articles L. 161-1, L. 650 et L. 759 du code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Art. 12. - Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du code pénal est ainsi rédigé :

"Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance..."

(Le reste sans changement).

Art. 13. - En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation de naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 14. - Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Art. 15. - Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

Art. 16. - Le rapport sur la situation démographique de la France, présenté chaque année au Parlement par le ministre chargé de la population, en application de la loi n°67-1176 du 28 décembre 1967, comportera des développements sur les aspects socio-démographiques de l'avortement.

En outre, l'institut national d'études démographiques analysera et publiera, en liaison avec l'institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 162-10 du code de la santé publique.

LOI no 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence

Article 1er

L'article L. 5134-1 du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« 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 prescription obligatoire.

« Afin de prévenir une interruption volontaire de grossesse, ils peuvent être prescrits ou délivrés aux mineures désirant garder le secret. Leur délivrance aux mineures s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon les 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 infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical. »

Article 2

Avant le 31 décembre 2002, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan de l'application du cinquième alinéa de l'article L. 5134-1 du code de la

santé publique autorisant les infirmières scolaires à administrer une contraception d'urgence aux élèves mineures et majeures ainsi que de la délivrance à titre gratuit dans les pharmacies d'une contraception d'urgence aux mineures.

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

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 4

L'article L. 2212-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

« Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

« Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins. »

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. »

« Art. L. 2212-7. - Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

« Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

« Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

« Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures. »

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 24

« 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.

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

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

Annexe III :

***«La meilleure contraception
c'est celle que l'on choisit »***

Vrai/Faux

Testez vos connaissances sur la contraception.

- Q1. Une femme peut tomber enceinte uniquement le 14^e jour de son cycle. VRAI FAUX
- Q2. Un saut de lit peut être passé à une femme n'ayant pas eu d'orgasme.
- Q3. Une contraception, si elle est efficace, c'est la même pour toute la vie.
- Q4. Une femme qui allaite n'a pas de risque de grossesse.

Réponses

- Q1 : Faux. Le moment de l'ovulation est imprévisible même si les cycles sont réguliers. De plus, selon l'état de santé, les ovules peuvent être ovulés avant ou après le 14^e jour du cycle. Tout rapport non protégé présente un risque de grossesse qui apparaît en milieu sur un 5^e du cycle (le cycle commence le 1^{er} jour des règles).
- Q2 : Vrai. Une femme n'ayant pas eu d'orgasme peut se faire féconder sans le vouloir. Le médecin prend compte de certaines contre-indications.
- Q3 : Faux. Une contraception est efficace si elle est adaptée au mode de vie et à la vie sexuelle. Elle peut cependant être inadaptée à un couple qui n'est pas stable, qui a des enfants, ou qui a une maladie.
- Q4 : Faux. Une femme qui vit d'allaitement, qui allaite son enfant ou non, doit consulter un médecin ou une sage-femme pour utiliser la plus rapidement possible un moyen de contraception adapté. A la naissance, il est possible de bénéficier d'une contraception adaptée. A la naissance, il est possible de bénéficier d'une contraception adaptée. A la naissance, il est possible de bénéficier d'une contraception adaptée.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.droits-contraception.fr

choisir sa contraception

La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit.



Les différentes méthodes contraceptives

La méthode	Ses particularités et ses avantages	Son prix	Où l'obtenir ?
Pillule contraceptive	Un comprimé à prendre quotidiennement à la même heure pendant les 21 jours du cycle ou 28 jours selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives et les pilules progestatives seules. Elles sont prises tous les jours, à la même heure, et de manière constante. En cas d'oubli, il faut prendre la pilule combinée et/ou la pilule progestative, voir l'illustration plus détaillée.	De 2 € à 12 €/mois. Certaines sont remboursées à 65%. Les pilules combinées œstroprogestatives sont remboursées à 65%. Les pilules progestatives seules sont remboursées à 65%. Les pilules combinées œstroprogestatives sont remboursées à 65%. Les pilules progestatives seules sont remboursées à 65%.	Prescrite par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances (après un avortement ou une IVG). Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Patch contraceptif	Un patch à coller sur le ventre ou le bras pendant 7 jours. Il est changé tous les 7 jours. Il permet d'obtenir une contraception efficace pendant 3 semaines.	14 € par mois. Non remboursé.	Prescrite par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Anneau contraceptif	Un anneau souple à placer soigneusement dans le vagin, simplement comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au retour des 4 semaines, on retire l'anneau soi-même. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines.	136 € Remboursé à 65 %.	Prescrite et posé par un médecin. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
Stérilet	Il en existe deux types : au cuivre ou à la progestérone. Le stérilet au cuivre agit en empêchant la fécondation. Le stérilet à la progestérone agit en empêchant la fécondation. Ils sont placés dans l'utérus par le médecin dès que la femme le désire. Ils sont gardés de 4 à 10 ans. Il n'y a aucune durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.	10 € au cuivre, 27 € au hormonal, 136 € au hormonal. Remboursé à 65%.	Prescrite par un médecin, ou une sage-femme dans certaines circonstances. Délivré sur ordonnance en pharmacie.

La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit.

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Vous, avec sans doute entendu parler d'implant, de préservatif féminin, de patch ou encore d'anneau contraceptif...

Aujourd'hui, chaque femme, chaque couple, a le choix de la contraception qui lui convient le mieux. Et ça, c'est le plus important.

Parce qu'utiliser une méthode adaptée, c'est faire le choix d'une contraception plus efficace : celle qui ne vous posera pas de problèmes, qui sera facile à utiliser, adaptée à votre situation - que vous soyez en couple ou non -, à votre mode de vie, à votre personnalité, etc.

Vous trouverez dans ce document une présentation des différentes méthodes contraceptives ainsi que des informations pratiques pour savoir où, comment et à quel prix vous les procurer. Ainsi informée, vous pourrez dialoguer avec un professionnel de santé qui vous aidera dans votre démarche pour choisir la contraception qui vous convient le mieux.



