UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

La contraception : état des lieux. Enquête au SUMPPS de Nantes auprès de 628 étudiants, d'octobre 2006 à janvier 2007.

ÉLODIE BRAS

Née le 12 mai 1983

Directeur de mémoire : Docteur Carton

Promotion 2003-2007

SOMMAIRE

INTRODUCTION 2

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS 3

1. Contexte 3
1.1 Une hausse de la couverture contraceptive 3
1.2 Une stabilité relative du taux d'IVG 4
1.3 Explications 5
1.3.1 Mauvais usage des méthodes et déficit d'information 5
1.3.2 L'inadéquation de la méthode avec la vie de la femme 5
1.3.3 L'enjeu de la contraception au sein du couple 6
1.3.4 L'ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse et d'enfant 6
1.3.5 La reconnaissance sociale de la sexualité 7
1.3.6 L'évolution du statut des femmes 7

2. Les nouvelles méthodes de contraceptions hormonales 8
2.1 L'implant contraceptif : Implanon® 8
2.1.1 Présentation 8
2.1.2 Mode d'action 9
2.1.3 Utilisation 10
2.1.4 Contre-indications 10
2.1.5 Effets indésirables 11
2.1.6 Avantages et inconvénients de l'Implanon® 12
2.2 L'anneau vaginal : Nuvaring® 14
2.2.1 Présentation et mode d'action 14
2.2.2 Efficacité 14
2.2.3 Utilisation 14
2.2.4 Effets indésirables 15
2.2.5 Avantages et inconvénients du Nuvaring® 15
2.3 Le patch transdermique Evra® 16
2.3.1 Présentation 16
2.3.2 Efficacité 16
2.3.3 Utilisation 16
2.3.4 Effets indésirables 17
2.3.5 Avantages et inconvénients du patch 17

DEUXIÈME PARTIE: RÉSULTATS DE L'ENQUETE 18

1. Objectifs de l'étude et hypothèses de recherche 18
1.1 Objectifs de l'étude 18
1.2 Hypothèses de recherche 18

2. Matériel et méthodes 19
2.1 Population étudiée 19
2.1.1 Choix de l'enquête et de l'échantillon 19
2.1.2 Effectifs 19
2.2 Durée et déroulement de l'étude 19
2.2.1 Durée de l'enquête 19
2.2.2 Modalités de distribution 20
2.3 Spécificités des questionnaires 20
2.3.1 Caractéristiques 20
2.3.2 Exploitation du questionnaire 20
2.3.3 Méthodes statistiques 20

3. Résultats 20

3.1 Description de la population....21
3.1.1 Le sexe....21
3.1.2 L'âge et origine géographique....21
3.1.3 La catégorie socioprofessionnelle des parents....22
3.1.4 Etudes....23
3.1.5 Habitudes de vie....24
3.2 Vie sexuelle....25
3.2.1 Activité sexuelle, âge au premier rapport et nombre de partenaires....25
3.2.2 Activité sexuelle des douze derniers mois....26
3.3 Contraception....28
3.3.1 Les méthodes utilisées....28
3.3.2 Le contexte de la prescription....29
3.3.3 Observance....32
3.3.4 Le recours à la contraception d'urgence (Norlevo®) et à l'IVG....32
3.4 L'information sur la contraception....35
3.4.1 Les sources de l'information....35
3.4.2 Etat des connaissances....35
3.4.3 Satisfaction des étudiants vis-à-vis de l'information....39
3.5 Place de la contraception dans la relation....41

TROISIÈME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION....42

1. Biais et limites de l'étude....43
1.1 Les biais....43
1.2 Les limites....43

2. Répondre aux objectifs de l'étude et hypothèses de recherche....44
2.1 Activité sexuelle et contraception....44
2.1.1 Les méthodes utilisées....45
2.1.2 La prescription....47
2.1.3 L'observance....49
2.1.4 Recours à la contraception d'urgence....51
2.1.5 Recours à l'IVG....53
2.2 L'information....54
2.2.1 Les sources de l'information....54
2.2.2 Les connaissances....55
2.3 Place de la contraception dans la relation....58
2.4 Rôle des différents acteurs de soins....59
2.4.1 Rôle des sages-femmes....59
2.4.2 Rôle du médecin généraliste....60
2.4.3 Rôle de l'infirmière scolaire....60
2.4.4 Rôle du pharmacien....60

CONCLUSION....62

INDEX

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DGS : Direction Générale de la Santé

DIU : Dispositif Intra-Utérin

Enquête COCON : Enquête de Cohorte sur la contraception

ES : Economique et Social

EVA : Ethylène Acétate de Vinyle

GINE : Grossesses Interrompues, Non prévues ou Evitées

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IUT : Institut Universitaire de Technologie

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

L : Littéraire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCEM : Premier cycle d'études médicales

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SMS : Sciences Médico-Sociales

STT : Sciences et Technologies Tertiaires

STI : Sciences et Technologies Industrielles

INTRODUCTION

Le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) en France depuis sa légalisation est resté stable, malgré le recours important des femmes aux différentes méthodes contraceptives existantes.
De récentes études ont montré la persistance d'un déficit d'information en matière de contraception, et que l'échec des méthodes, notamment la pilule, est à l'origine de nombreuses grossesses non prévues.

Hormis les études « Baromètre Santé » menées par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) au niveau régional et national, nous disposons de peu de données précises sur l'information reçue et le parcours contraceptif des jeunes.
La dernière étude « Baromètre Santé » date de 2005.
Dans ce contexte, il semblait intéressant de faire le point sur les méthodes utilisées, notamment celles d'apparition récente et d'aborder le contexte de la prescription.
L'évaluation des connaissances et la satisfaction des étudiants vis-à-vis de l'information reçue peuvent permettre de repérer les manques afin d'améliorer la prévention.

La première partie de ce mémoire est consacrée à la situation contraceptive en France et présente les nouvelles méthodes de contraceptions hormonales récemment apparues.
La seconde partie expose les résultats de l'étude, menée au SUMPPS de Nantes, auprès de 628 étudiants.
Enfin, dans la troisième partie, nous comparons nos résultats avec ceux de la littérature.

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS

1. Contexte

1.1 Une hausse de la couverture contraceptive.

74% des femmes de 18-44 ans utilisent une méthode réversible de contraception.

La pilule est le moyen contraceptif le plus utilisé : 45.8% des femmes de 18-44 ans y ont recours comme méthode contraceptive principale. Son utilisation s'est répandue dans toutes les classes d'âge, notamment chez les femmes de 40-44 ans, ceci pouvant s'expliquer par une hausse de l'offre contraceptive hormonale.

Son accès n'est plus socialement déterminé mais l'effet de la catégorie socio-professionnelle se maintient : les ouvrières et cadres utilisent plus la pilule et moins le stérilet. [15]

De nouvelles inégalités sont apparues avec les pilules de 3ème génération : les femmes titulaires d'un diplôme supérieur, les cadres, professions intellectuelles supérieures ainsi que les femmes bénéficiant d'une mutuelle en sont les principales utilisatrices.

Ceci s'explique également par un biais de prescription : les professions supérieures ont majoritairement recours à leur gynécologue, tandis que les ouvrières s'orientent préférentiellement vers leur médecin généraliste. Les gynécologues prescrivent les pilules de 3ème génération essentiellement aux femmes les plus diplômées, tandis que la prescription des généralistes est indépendante du niveau de diplôme de la femme. [17-27]

16.1% des femmes utilisent le stérilet, qui n'a pas connu une progression aussi importante que la pilule. Le recours à cette méthode s'est stabilisé au-delà de 35 ans et recule fortement entre 25 et 34 ans, ce qui s'explique par l'augmentation de l'âge moyen à la première grossesse. Son usage diminue chez les femmes ayant un enfant et celles en ayant quatre ou plus : il est remplacé par la pilule. [17]

Le stérilet demeure donc en France une contraception d'arrêt, et reste peu prescrit chez les femmes nullipares car souvent associé au risque infectieux.

Le préservatif est utilisé comme méthode contraceptive principale par seulement 7.5% des femmes.

0.9% utilisent une autre méthode féminine locale.

Enfin, le retrait est cité par 2.6% des femmes ; **1.3% pratiquent l'abstinence périodique**.

La stérilisation concerne 5.7% des femmes âgées de 35 à 39 ans et 16.3% des 40-44ans, ce qui **représente 4.5% des 18-44ans**. [17]

Cependant, malgré cette hausse de la couverture contraceptive, le taux d'interruptions volontaires de grossesse reste stable en France.

1.2 Une stabilité relative du taux d'IVG

La proportion de grossesses non prévues a diminué depuis 1975, passant de 46% à 33%. Avec la diffusion des méthodes modernes, on pouvait s'attendre à une différence plus importante. [1-15]

Depuis sa légalisation en 1975, le nombre annuel d'IVG est resté relativement stable.

En 2004, 210700 IVG ont été enregistrées, ce qui correspond à une hausse moyenne annuelle de 1.8% depuis 1995. Le nombre d'IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans se situe à environ 14.6. [58]

75% des IVG sont pratiquées chez des femmes âgées de 18 à 35 ans.

C'est surtout le recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue qui ne cesse d'augmenter.

Depuis 1990, le nombre d'IVG chez les mineures est en constante progression et se situait environ à 13 400 en 2004.

Ce sont les jeunes de 20-24 ans qui y ont le plus souvent recours (27‰) puis les 25-29 ans (23.4‰) et enfin les 18-19 ans (22.9‰). [58-64]

Pourtant, seulement 3% des femmes sexuellement actives et ne cherchant pas à concevoir n'utilisent pas de contraception. [15-16]

1.3 Explications

1.3.1 Mauvais usage des méthodes et déficit d'information

L'accident de méthode reste fréquent puisque 60% des grossesses non prévues surviennent alors que la femme utilisait une méthode contraceptive. L'observance de la pilule est un problème majeur et la possibilité du recours à la contraception d'urgence n'est pas connue de toutes. [1-15-16]

L'enquête COCON (Enquête de cohorte sur la contraception) **met en évidence l'importance des périodes de transition entre deux méthodes** : une femme sur deux ayant eu recours à l'IVG avait changé de méthode contraceptive dans les 6 mois précédant le rapport fécondant. [15]

1.3.2 L'inadéquation de la méthode avec la vie de la femme

La contraception a entraîné une autonomisation professionnelle et sexuelle. On a ainsi assisté à une libéralisation contraceptive mais aussi à *une normalisation contraceptive.*

En effet, la contraception n'est plus seulement un droit, elle est devenue un devoir. Puisque de multiples méthodes existent pour empêcher la survenue d'une grossesse non désirée, le corps médical et la société en général ne comprennent pas et ne tolèrent plus l'absence de méthode contraceptive lorsqu'il n'y a pas de désir de grossesse. « La norme contraceptive se construit à travers des temporalités prescrites » [2-4-27]

Toutes les femmes ne peuvent adhérer à cette norme pour des raisons qui leur sont propres, parce que leur parcours de vie, leur situation sociale, affective, économique les en empêchent. **Ainsi, la capacité des femmes à adhérer à la norme contraceptive dépend de divers facteurs dont font partie l'héritage familial, social et culturel, le réseau des pairs**. Pour citer un exemple, la prise quotidienne de la pilule nécessite une intériorisation, la mise en place d'un geste quotidien, répétitif, à des heures quasi fixes. Ceci peut s'avérer impossible dans certaines situations.

Il est également difficile de toujours être dans le tout contrôle de sa vie, il peut arriver que l'on ne contrôle plus rien, que la vigilance se relâche.

La haute prévalence de la pilule chez les jeunes femmes soulève la question de l'appropriation de cette méthode lorsque les relations sont courtes et qu'il existe des périodes sans partenaire. Ainsi, les rapports sexuels imprévus et occasionnels atténuent le réflexe de la contraception. [1-15-27]

1.3.3 L'enjeu de la contraception au sein du couple

L'absence d'utilisation du préservatif est souvent due à un refus du partenaire masculin d'utiliser une méthode qui pourrait diminuer le plaisir. Ceci soulève la problématique du pouvoir dans la relation de couple et du contexte socio-relationnel.

Ainsi, plusieurs auteurs font référence aux représentations des couples où le désir et le plaisir masculin restent prioritaires. On présente également le choix d'un contraceptif comme quelque chose qui ne dépend que de la femme, alors qu'en fait il est soumis à une « négociation avec le partenaire »

La contraception moderne a entraîné une dissociation entre l'acte sexuel et l'acte de procréer. Les couples « oublient » que la première fonction du rapport sexuel est la procréation. Ceci est majoré par le fait que depuis l'émergence du SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), on place les infections sexuellement transmissibles (IST) comme premier risque d'un rapport sexuel. C'est ainsi qu'au cours du premier rapport, la première méthode utilisée est le préservatif seul, qui s'avère être une protection efficace contre les IST mais reste cependant une méthode contraceptive « fragile ».

De plus, la contraception, en permettant aux femmes de pouvoir vivre leur identité sans prendre le risque d'être mères, leur a donné le « pouvoir » de décider ou non de faire un enfant, responsabilité parfois lourde à assumer. **Ce n'est plus l'homme qui a « la maîtrise » de la procréation, contrairement au temps où les couples utilisaient le retrait comme méthode d'espacement des naissances.** [1-15-27]

1.3.4 L'ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse et d'enfant

Selon les données de l'enquête GINE (Grossesses interrompues, non prévues ou évitées), l'ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse n'explique pas toutes les grossesses non prévues mais c'est un aspect intéressant à aborder.

Les femmes qui n'adhèrent pas à la normalisation du devoir contraceptif sont considérées comme « déviantes ». Il n'y a plus de place pour l'ambivalence. Elles doivent désormais se prononcer de façon consciente sur leur désir d'enfant. [1-26]

Le désir d'enfant n'est pas réductible à la seule volonté consciente de vouloir un enfant et il ne faut pas oublier l'importance de l'inconscient dans notre procréation. [19-26]

Prenons l'exemple de la mauvaise observance de la pilule, dans le cas d'oublis répétés. Pour certains psychologues, la réticence vis-à-vis de la contraception n'est pas banale et il est important de comprendre ce qui a conduit aux oublis répétés de pilule, véritables lapsus contraceptifs. [19]

Le désir inconscient peut être à l'origine de plaintes somatiques ou psychosomatiques. Avec les méthodes disponibles actuellement, on pense que la maîtrise de la fécondité se doit d'être parfaite. Les symptômes médicaux ne sont parfois que l'expression de la difficulté que peut représenter ce contrôle apparemment total sur le corps. Ainsi, lorsque la cohérence entre le désir conscient et inconscient vacille, c'est sur l'objet contraceptif que l'on va « déplacer les images négatives. » La pilule fait grossir, le stérilet devient dangereux…

Pour L. Baudillon, psychologue clinicienne, « le dysfonctionnement de la maîtrise de la fécondité revêt une dimension symbolique ». Pour elle, les raisons rationnelles apportées aux réticences (ex : les plaintes somatiques) masquent en fait « des malaises et des conflits de la sphère psychique et relationnelle ». [19]

1.3.5 La reconnaissance sociale de la sexualité

Outre le manque d'information sur la contraception et la fécondité, selon Bajos *et al.*, **il existe un problème d'accessibilité à la contraception, relié au problème d'acceptation sociale de la sexualité.** [1-16]

Il existe des normes sociales qui définissent l'âge socialement acceptable pour avoir des rapports sexuels. Ainsi, prescrire une contraception à une jeune adolescente peut parfois s'avérer difficile puisque cela suppose de lui reconnaître en quelque sorte le droit à la sexualité. [19]

La difficulté pour le prescripteur est donc de faire abstraction de ses propres représentations et références sociales, culturelles.

De même, pour que l'adolescente s'autorise à prendre une contraception, elle doit prendre conscience qu'à partir du moment où la sexualité commence, elle peut devenir mère. Cela nécessite une capacité de projection pouvant s'avérer parfois difficile. [19]

1.3.6 L'évolution du statut des femmes

La stabilité du taux d'IVG peut s'expliquer aussi par les phénomènes sociologiques actuels. Ainsi, l'augmentation du taux de scolarité chez les femmes, l'allongement de leurs études, leur trajectoire professionnelle, sont autant de facteurs qui contribuent à repousser l'âge de la première maternité. Ainsi, le taux d'IVG augmente avec l'âge,

atteignant son maximum à 20-24 ans. **Contrairement aux générations précédentes où l'enfant arrivait à des moments imprévus, aujourd'hui, il doit arriver dans un cadre établi, où quelques conditions nécessaires doivent être réunies : stabilité professionnelle, conjugale et financière.**

Les grossesses non prévues ne surviennent donc pas dans les mêmes circonstances qu'auparavant. Les relations sexuelles hors conjugalité sont plus fréquentes et l'âge à la première maternité plus tardif. L'entrée dans la sexualité se fait rarement dans le cadre d'un projet familial. [16-27]

L'apparition des différentes méthodes contraceptives a ainsi entraîné le passage d'une « maternité contrainte à une maternité choisie », entraînant la création d'une nouvelle norme procréatrice. Celle-ci, associée à de nouvelles trajectoires socio-affectives se conjuguerait pour augmenter le recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue. D'un point de vue statistique, ceci annulerait l'effet de la hausse du recours à la contraception moderne. [1-4-16]

Il existe donc de multiples facteurs pouvant expliquer la stabilité du taux d'IVG, sur lesquels il est parfois difficile d'agir. Cependant les méthodes, notamment la pilule, ne sont pas toujours adaptées à la femme.

L'offre contraceptive française s'est élargie depuis 2001, ce qui pourra peut être permettre à certaines femmes de résoudre leurs problèmes d'observance

La liste des contraceptifs oraux est disponible en Annexe 2.

2. Les nouvelles méthodes de contraceptions hormonales

2.1 L'implant contraceptif : Implanon®

2.1.1 Présentation

L'Implanon® est commercialisé en France depuis mai 2001.

C'est un bâtonnet radiotransparent souple, non biodégradable, de 4cm de long et 2mm de diamètre. Il comprend un noyau composé de cristaux d'étonogestrel (68mg) dispersés dans une matrice d'éthylène d'acétate de vinyle (EVA) ; **l'étonogestrel est le métabolite actif du désogestrel, progestatif de 3ème génération.** La membrane constituée d'EVA assure une libération prolongée du principe actif. [6]

Sa mise en place se fait sous anesthésie locale, à l'aide de l'applicateur injectable dans lequel il est pré-chargé. L'insertion se fait au niveau de la face interne du bras non dominant, dans le tissu sous-cutané, entre le biceps et le triceps, de 6 à 8cm au dessus du pli du coude. L'efficacité est de trois ans ; il faut cependant diminuer cette durée pour les femmes obèses, car les concentrations sériques d'étonogestrel sont plus basses. [6]

2.1.2 Mode d'action

Son action repose essentiellement sur l'inhibition de l'ovulation par action sur le pic pré-ovulatoire de LH. La glaire cervicale est épaissie, s'opposant ainsi au passage des spermatozoïdes. Il a également une action anti-implantatoire par effet sur l'endomètre qui se retrouve atrophié (discuté). [6-35]
Après l'insertion, les concentrations sériques en étonogestrel atteignent le niveau d'inhibition de l'ovulation en 8h. **Une méthode contraceptive supplémentaire n'est donc pas nécessaire.** [47]
Le taux de libération d'étonogestrel est à son maximum les six premières semaines d'utilisation (environ 60-70µg/j) puis diminue progressivement. **Les taux restent légèrement supérieurs ou égaux au taux nécessaire pour bloquer l'ovulation (25-30µg/j) durant les trois ans d'utilisation.** [10-28]

L'Implanon® est une méthode contraceptive d'efficacité élevée puisque différentes études montrent un indice de Pearl variant de 0 à 0.08%. [10-20-28-46] Les grossesses surviennent à la suite de problèmes d'insertion, de non respect du moment de pose et d'interactions médicamenteuses. Une étude française menée pendant un an et portant sur les échecs, migrations et difficultés de pose, donne un indice de Pearl à 0.06. Toujours selon cette étude, l'incidence des migrations est de 0.10‰ et l'ensemble des échecs, migrations et difficultés de pose est de l'ordre de 0.47‰ [20]. Après cette étude, la commission nationale de pharmacovigilance a décidé de mettre en évidence dans le Résumé Caractéristique du Produit (RCP) et la notice de l'Implanon®, **la nécessité de pose avant le 5ème jour du cycle, le respect d'un délai de 24h après la pose et enfin la mise en garde sur le risque d'interactions médicamenteuses avec les inducteurs enzymatiques.** [20].

Le taux de retour à des cycles normaux est d'environ 88%, chiffre variable selon les études. Le retour à la fertilité est également rapide et les femmes ont, pour la majorité, des cycles ovulatoires dans les 3 semaines suivantes. [24-28]

2.1.3 Utilisation

Dans le cas d'absence de contraception hormonale au préalable, il sera inséré entre le 1er et le 5ème jour du cycle.

Si la contraception antérieure est œstroprogestative, il convient de l'insérer de préférence le jour suivant le dernier comprimé actif ; il peut être également inséré au cours de l'intervalle libre ou au cours de la prise des comprimés placebos pour certaines pilules. Le délai maximum étant le jour suivant l'intervalle libre habituel ou la prise du dernier comprimé placebo. [10-61]

D'après les recommandations de l'ANAES, si la contraception antérieure était une progestative seule, il peut être inséré à n'importe quel moment, l'autre méthode étant interrompue une fois l'implant posé [10-59]. Pour certains auteurs, l'insertion se fera à l'arrêt de la contraception progestative orale [25]. Si il s'agit du relais d'un progestatif injectable, l'insertion aura lieu le jour de l'injection suivante. [10-59]

Enfin, il est recommandé de l'insérer immédiatement après un avortement du premier trimestre et entre le 21ème et le 28ème jour après un avortement du 2ème trimestre ou un accouchement. [10-59]

Dans tous les cas, il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse avant l'insertion et de sa bonne mise en place, par palpation. Les inducteurs enzymatiques peuvent entraîner une inefficacité du contraceptif. Il est recommandé de faire une visite de contrôle à 3 mois afin de s'assurer de sa présence.

2.1.4 Contre-indications

- Accidents thromboemboliques évolutifs
- Les tumeurs progestagènes dépendantes
- Les hémorragies génitales non diagnostiquées
- La présence ou antécédent d'affection hépatique sévère tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés
- Une grossesse connue ou suspectée
- L'hypersensibilité à l'un des composants

L'utilisation de l'Implanon® est déconseillée dans les cas suivants :

- Dans le cadre de l'allaitement au moins 6 semaines après la naissance.
- Poursuite de traitement de cardiopathies ischémiques en cours ou d'antécédents de cardiopathie ischémiques, accidents vasculaires cérébraux ou de migraines avec des signes neurologiques focaux.[61]

2.1.5 Effets indésirables

Les effets indésirables retrouvés sont les mêmes dans toutes les études, seule leur fréquence varie, notamment en fonction de la population étudiée. (Croxatto *et al.*). **Les troubles du cycle sont le premier effet indésirable rencontré quelles que soient les études.**

Viennent ensuite l'acné, les céphalées, vaginites, troubles de l'humeur, dysménorrhées, douleurs abdominales, ainsi que la prise de poids et la diminution de la libido [10-22-28]. **D'après les études de Croxatto *et al.*et Funk *et al.*, on observe une amélioration de l'acné pour environ 60% des femmes**, parmi celles qui en avait avant l'insertion de l'implant. En revanche, pour celles qui n'en présentaient pas, 16% ont constaté une apparition.

De même, **81% des femmes présentant une dysménorrhée trouvent une amélioration.** [24-28-35]

Globalement, l'ensemble des effets secondaires diminue au cours du temps. [47]

La modification du profil de saignements est l'effet indésirable majeur de l'Implanon® et constitue la première cause de retrait du dispositif. L'OMS a défini une période de référence de 90 jours, et classe les saignements selon 5 catégories. On distingue :

- l'aménorrhée : c'est l'absence de saignements sur cette période.
- les saignements normaux : 3 à 5 épisodes sur 90 jours.
- les saignements fréquents : plus de 5 épisodes.
- les saignements rares : moins de 3 épisodes.
- les saignements prolongés se caractérisent par un épisode d'une durée supérieure à 14 jours consécutifs.

Les saignements rares et prolongés sont les troubles les plus fréquemment retrouvés au cours des six premiers mois d'utilisation, de fréquence respective d'environ 50% et 40%, variable selon les études. Les saignements prolongés s'améliorent nettement avec le temps, leur fréquence diminuant jusqu'à environ 20% au

bout de 13 mois d'utilisation. [47] D'après Hickey *et al.*, les périodes de saignements prolongés commencent en même temps qu'une chute du taux d'œstradiol et finissent avec une augmentation de celui-ci ; la production endogène d'hormones influence donc les saignements endométriaux. [35]

La fréquence de femmes en aménorrhée augmente au cours du temps, et atteint un maximum d'environ 20-25%. Enfin, les saignements fréquents s'améliorent aussi avec le temps, passant de 12% les premiers mois à 4% au bout de 24 mois. [22-28]

L'acceptabilité de ces saignements dépend de facteurs tels que l'information préalable des femmes, la tenue d'un calendrier de saignements, ainsi que l'origine géographique et culturelle. [10-28]

Une étude australienne randomisée (Weisberg E. *et al.*) auprès de 179 femmes a permis de comparer l'efficacité de trois traitements versus un placebo.

Les résultats montrent que deux traitements sont significativement efficaces dans l'arrêt d'un épisode de saignements. Le premier consiste à donner deux doses de 25mg de mifépristone à J1 du traitement, puis 20µg d'éthinylœstradiol le matin pendant 4 jours avec un placebo le soir. Le deuxième traitement est la doxycycline, antibiotique, 100mg deux fois par jour pendant 5 jours.

En revanche, il n'y a pas de différence avec les autres traitements quant au nombre d'épisodes et leur durée, après ce traitement. Ces résultats confirment ce qui avait déjà été démontré dans d'autres études : la mifépristone seule semble peu efficace et l'efficacité contraceptive n'est pas diminuée en dessous d'une certaine dose. [59]

La vitamine E, anti- oxydant donnée durant l'épisode de saignements sous forme orale serait également efficace. [35]

2.1.6 Avantages et inconvénients de l'Implanon®

Les problèmes d'inobservance sont résolus, il convient donc tout à fait aux femmes ayant des oublis répétés de pilule ; il trouve son indication pour celles présentant des contre-indications aux œstrogènes et au dispositif intra-utérin (DIU).

La durée d'efficacité étant de trois ans, l'aspect contraignant de la contraception est minime.

L'Implanon® coûte 138 euros et est remboursé à 65% par la sécurité sociale.

La satisfaction des patientes est bonne et se situe aux alentours de 80%, donnée variable selon les études. [10-54]

Le principal enjeu reste l'acceptabilité des saignements qui constituent la première cause de retrait de l'implant. [6-24-47] Les troubles du cycle tendent à diminuer avec le temps mais il convient de bien informer la patiente : pour certaines, la présence de saignements irréguliers et imprévisibles constitue une barrière sociale et sexuelle. [35] Il faut également prévenir les femmes d'une éventuelle aménorrhée qui peut être un inconvénient pour certaines. [47-61], l'étude d'Otero Flore *et al.* montre en effet que 29% des patientes arrêtent en raison de l'aménorrhée, taux plus élevé que ceux retrouvés dans la littérature. **Dans tous les cas, un counseling approprié avant l'utilisation de l'implant augmente la tolérance des troubles du cycle et des autres effets secondaires.** [24]

Il semblerait que les Européennes acceptent moins bien les effets indésirables que d'autres, comme les Asiatiques ou les Africaines, ce qui explique l'incidence élevée des retraits en Europe : environ 30% des femmes vont abandonner l'Implanon®. [20-34]. **Les patientes ayant un niveau d'éducation plus élevé accepteraient moins bien les troubles du cycle.** [47] En France, le laboratoire Organon a mis en place une étude de suivi de l'Implanon® afin d'estimer le taux et les motifs de retraits prématurés du dispositif. Sur 10.5 mois, le taux de retrait observé était compris entre 5.5% et 10.6%, inférieur à celui habituellement retrouvé dans les études qui est de l'ordre de 11.7% à 12 mois. (Edwards *et al*.) [34]

Pour certains auteurs, les femmes ayant des problèmes de poids, de pilosité ou d'acné, des céphalées et des troubles du cycle, ne sont pas des patientes « idéales » pour l'Implanon® ; de même les adolescentes chez qui la survenue de ces effets indésirables peut être moins bien acceptée. Pour d'autres, elles constituent la population « idéale » en raison des problèmes d'observance qui n'existent plus avec cette méthode.

Ainsi, les avis restent partagés pour la prescription de cette méthode en première intention, notamment chez les jeunes patientes. [10-12-54] Certains considèrent que les méthodes classiques doivent être privilégiées, et l'Implanon® réservé aux femmes présentant des contre-indications à ces méthodes, ou ayant des difficultés d'observance. **D'après l'étude de Sergent *et al.*, une restriction des indications de pose de l'Implanon® a permis de diviser par trois la fréquence des retraits.[53]**

2.2 L'anneau vaginal : Nuvaring®

2.2.1 Présentation et mode d'action

Nuvaring® a été mis sur le marché français en avril 2004.

Il est composé d'une matrice en polymère d'acétate de vinyle ; sa taille est de 54mm et son diamètre de section de 4mm. **Il contient 2.70mg d'éthinylœstradiol et 11.70 mg d'étonogestrel, les quantités libérées par 24h étant respectivement de 15 et 120µg.**

Les hormones passent ensuite dans la circulation systémique au travers des nombreux plexus artériels et veineux de la muqueuse vaginale, inhibant l'ovulation.

L'augmentation des taux est rapide après l'insertion et décroît ensuite légèrement.

Les taux sériques restent constants au cours des 3 semaines et évitent ainsi les pics quotidiens de la pilule.

Une fois délivré à la patiente, il peut être conservé 4 mois à température ambiante.

Les contre-indications de Nuvaring® sont les mêmes que celles de la contraception orale œstroprogestative. [45]

2.2.2 Efficacité

L'indice de Pearl est compris entre 0.4 et 0.65 dans les études européennes ; il est de 1.3 aux Etats-Unis. Ceci s'explique par la différence de compliance entre les deux continents. Ainsi, l'étude de Roumen et *al.* retrouve une compliance de 90.8% en Europe, 79.9% en Amérique du nord et 4.1% de périodes prolongées de 24 à 48h sans anneau. [25-52-53]

Le co-usage de tampons et de spermicides ne diminue pas l'efficacité contraceptive.

2.2.3 Utilisation

L'anneau doit être placé au fond du vagin et laissé en place 3 semaines. L'insertion et le retrait se font toujours le même jour et approximativement à la même heure, l'écart maximum étant de 3 heures par rapport à l'heure habituelle.

S'il n'y avait pas de contraception au préalable, il doit être inséré entre le 1er et le 5ème jour du cycle. L'efficacité contraceptive est obtenue au bout de 7 jours ; il est donc recommandé d'utiliser une méthode locale : préservatifs, spermicides.

Il peut être inséré à tout moment lorsque la contraception est microprogestative ; dans le cas du relais d'un implant, il est recommandé de le mettre en place le jour même du retrait.

Lorsque la contraception est une pilule œstroprogestative, il faut l'insérer au plus tard le dernier jour de l'intervalle libre ou de la prise du dernier comprimé placebo.
Enfin, il pourra être utilisé le jour même d'un avortement du premier trimestre, mais dans le cas d'un avortement du 2ème trimestre et un accouchement, il faut attendre 4 semaines. [10]

Si l'anneau est mis en place avec 3 heures de retard par rapport à l'heure habituelle, il y a un risque de grossesse. De même, s'il est resté en dehors du vagin pendant plus de 3 heures, ou laissé plus de 4 semaines, l'efficacité contraceptive est diminuée.

L'hémorragie de privation survient pendant l'intervalle libre, en moyenne 3 jours après le retrait, et dure environ de 4.7 à 5.3 jours. Pour 2.9% des cycles, elle se prolonge dans le cycle suivant. [25] L'hémorragie de privation précoce, survenant pendant la période avec anneau, représente environ 5.4 à 7.7% des cycles. La fréquence de l'aménorrhée est faible. (0.6 à 2%).**Les saignements irréguliers sont rares.** (2.6-6.4% des cycles). [52]

2.2.4 Effets indésirables

D'après l'étude de Roumen *et al.* , 41% des femmes n'ont pas d'effets secondaires durant la première année d'utilisation.
Pour l'instant, nous ne disposons pas de données suffisantes sur le suivi à long terme des utilisatrices de l'anneau. **Cependant, les premières études ont montré des effets indésirables semblables à ceux que l'on rencontre avec une contraception orale œstroprogestative, dont la fréquence est variable selon les études** : céphalées (5.8% à 7%), vaginites (3.9-5.6%), leucorrhées (3.5-4.8%), et des problèmes en relation avec le dispositif. (4.4%) [25-46] L'incidence des effets liés aux œstrogènes est faible. (2.8% de nausées et 1.9% de mastodynies) [53]
Les femmes arrêtant les autres méthodes suite à la mauvaise acceptabilité des effets indésirables arrêtent l'anneau plus prématurément que les autres. [45]
Dans l'étude d'Oddsson et *al.,* 15.1% des sujets arrêtent en raison des effets secondaires. [46]

2.2.5 Avantages et inconvénients du Nuvaring®

Le taux de satisfaction des patientes semble élevé (96%) et l'observance satisfaisante. [25] L'insertion et le retrait sont faciles pour la quasi-totalité des femmes ; environ 87%

des femmes et 74% des partenaires ne ressentent pas le dispositif durant le rapport sexuel. [44-52] Sa mise en place nécessite cependant une certaine aisance avec son corps.

Nous ne possédons que très peu d'études sur le Nuvaring® depuis sa commercialisation. Il va falloir attendre le développement de cette contraception pour avoir de nouvelles données.

L'anneau vaginal présente de nombreux avantages : les concentrations hormonales uniformes évitent les fluctuations journalières observées sous contraception orale ; il évite le premier passage hépatique et les interférences avec d'autres médicaments, et résout le problème de la diminution de l'efficacité contraceptive en cas de vomissements ou de diarrhées observée sous contraception orale ; la prise unique mensuelle peut être une solution aux problèmes de compliance. [46]

Cependant, il n'est pas remboursé par la sécurité sociale, et son coût (environ 15 euros l'unité) limite nettement sa diffusion.

2.3 Le patch transdermique Evra®

2.3.1 Présentation

Le patch Evra®, commercialisé depuis janvier 2004, a une surface de 20 mm2 et **contient 6 mg de norelgestromine, métabolite actif du norgestimate et 0.75mg d'éthinylœstradiol. Les quantités quotidiennes libérées sont respectivement de 150 µg et 20µg.** [23]

2.3.2 Efficacité

L'indice de Pearl varie de 0.71 à 0.88 selon les études ; la compliance des patientes serait plus élevée qu'avec la contraception orale. Son efficacité serait diminuée chez les femmes obèses. D'après l'étude de Archer et *al.,* comparant l'efficacité du patch versus une contraception orale, (Triphasil®), l'indice de Pearl du patch en utilisation optimale est de 0.85 versus 0.79 pour la contraception orale. Cette efficacité diminue en cas de mauvaise compliance : 4.46 contre7.58. [13]

2.3.3 Utilisation

Le dispositif doit être appliqué sur une peau propre, sèche, intacte et sans pilosité : abdomen, fesses, face externe du bras, partie supérieure du torse afin d'éviter le

frottement avec les vêtements. En l'absence de contraception préalable, il est appliqué le premier jour des règles. **Les concentrations en norgestimate et éthinylœstradiol ne varient pas selon les sites d'application.** . [13]

Si la contraception antérieure est œstroprogestative, il doit être mis en place le premier jour de l'hémorragie de privation. Au-delà, il faut utiliser une méthode non hormonale pendant 7 jours. Enfin, dans le cadre du relais d'une méthode uniquement progestative, il est appliqué à n'importe quel moment mais il faut également utiliser une méthode non hormonale pendant 7 jours.

Comme toutes les contraceptions œstroprogestatives, il est recommandé de l'utiliser le jour même d'une IVG ou d'une fausse-couche du premier trimestre, mais d'attendre 4 semaines après un accouchement ou un avortement du 2ème et 3ème trimestre.

Le patch est changé à un jour fixe de la semaine (8ème et 15ème jours), l'intervalle libre commençant à partir du 22ème jour, et remis en place le jour habituel. **L'efficacité est maintenue jusqu'à deux jours si le changement de patch est oublié.**

En cas de décollement partiel ou total inférieur à 24h, il faut réappliquer le patch au même endroit ou en prendre un nouveau. Si le décollement est supérieur à 24h, un nouveau patch doit être réappliqué et une méthode locale doit être utilisée en complément pendant 7 jours. [6]

2.3.4 Effets indésirables

Les études montrent des effets indésirables supérieurs à ceux observés avec la contraception orale, les mastodynies particulièrement : 19% contre seulement 6% avec la contraception orale. [14] On observe également des réactions cutanées au point d'application dans environ 20% des cas. Enfin, les nausées, douleurs abdominales et dysménorrhées ont sensiblement la même fréquence qu'avec l'utilisation de la pilule. [23-61]

Dans l'étude de Smallwood *et al.,* 1.9% des patchs ont du être remplacés car ils s'étaient décollés, 4.6% dans celle de Audet *et al.* [14-53]

2.3.5 Avantages et inconvénients du patch

La compliance des patientes pour le patch est de 90% environ (Smallwood *et al.*, Audet *et al.*) plus élevée qu'avec la contraception orale, et elle augmente avec le temps. Les utilisatrices du patch ont significativement plus de cycles avec une compliance parfaite que les utilisatrices de la contraception orale. [57]

D'après Urdl *et al.*, le taux de satisfaction des utilisatrices est plus élevé avec le patch qu'avec la pilule et augmente avec l'âge, alors qu'il reste stable pour celle-ci.

Les effets indésirables rapportés avec le patch ne sont pas négligeables. Le risque de décollement est à prendre en compte : la prescription doit s'accompagner d'une information claire sur les précautions à prendre dans cette situation. [57]

Tout comme l'anneau, le patch n'est pas remboursé et coûte environ 13 euros par mois.

DEUXIÈME PARTIE: RÉSULTATS DE L'ENQUETE

1. Objectifs de l'étude et hypothèses de recherche

1.1 Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

- Décrire l'activité sexuelle et les méthodes contraceptives utilisées chez une population d'étudiants.
- Décrire le recours à la contraception d'urgence et l'IVG.
- Définir les différentes sources d'information sur la contraception et la satisfaction vis-à-vis de l'information reçue.
- Etudier l'état des connaissances sur les différentes méthodes existantes, notamment celles d'apparition récente ainsi que les connaissances relatives à la contraception d'urgence.

Plus spécifiquement pour les filles :

- Evaluer les critères de choix d'une méthode contraceptive.
- Décrire le contexte de la prescription.
- Décrire la satisfaction pour la méthode utilisée.

1.2 Hypothèses de recherche

Nous émettons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : la pilule et le préservatif sont les méthodes contraceptives les plus utilisées dans cette classe d'âge.

Hypothèse 2 : le coût d'une méthode est probablement le premier argument de choix d'une contraception, et le rôle du prescripteur non négligeable.

Hypothèse 3 : la contraception d'urgence est peu connue.

Hypothèse 4 : les sources d'information sur la contraception sont nombreuses et pourtant les connaissances, notamment sur toutes les méthodes disponibles, semblent souvent incomplètes.

2. Matériel et méthodes

2.1 Population étudiée

2.1.1 Choix de l'enquête et de l'échantillon

Un questionnaire a été choisi comme mode d'investigation. Elaboré à l'aide des professionnels, il a ensuite été testé auprès de quelques étudiants afin d'établir la version définitive.

L'étude a concerné les étudiants consultant au service de médecine préventive de la faculté de Nantes (SUMPPS) pour leur visite d'entrée à la faculté. Les étudiants interrogés provenaient de différentes filières. Ceci a donc permis de cibler l'étude sur une population, afin de limiter les biais. (Présentation du SUMPPS : cf. Annexe 3)

2.1.2 Effectifs

Pour que l'étude soit représentative, les nombres de questionnaires nécessaires étaient les suivants :

- 150 à 200 pour les garçons
- 400 pour les filles

510 questionnaires ont été distribués aux filles et **290** aux garçons.

433 questionnaires « filles » **(84.9%)** et 236 « garçons » **(81.4%)** ont été récupérés.

411questionnaires « filles » soit 80.6% et 217 pour les garçons soit 74.8% ont pu être exploités.

2.2 Durée et déroulement de l'étude

2.2.1 Durée de l'enquête

La distribution des questionnaires a commencé le 2 octobre 2006, premier jour des visites médicales. Le service étant fermé pendant les vacances, l'étude a été interrompue

du 21 au 29 octobre et du 23 décembre au 7 janvier. L'étude a été arrêtée le 11 janvier 2007.

2.2.2 Modalités de distribution

Les questionnaires, anonymes, étaient remis en main propre aux étudiants lorsqu'ils venaient se présenter au secrétariat. Une boîte prévue pour le retour des questionnaires était en évidence dans la salle d'attente.

Il était stipulé aux étudiants dans la lettre accompagnant le questionnaire qu'ils avaient la possibilité de ne pas répondre aux questions qui leur semblaient embarrassantes.

2.3 Spécificités des questionnaires

2.3.1 Caractéristiques.

- La première partie, commune aux deux questionnaires, regroupait des données générales.
- Un deuxième item regroupait des données personnelles
- Une troisième partie était consacrée à la contraception avec des questions différentes selon la population étudiée.
- Enfin, une quatrième partie était constituée de questions réponses relatives à la contraception. (cf. Annexe 1)

2.3.2 Exploitation du questionnaire

La saisie des questionnaires s'est effectuée avec le logiciel EPIDATA 3.1 et l'analyse avec EPIDATA ANALYSIS.

2.3.3 Méthodes statistiques

La description des variables qualitatives repose sur un pourcentage. Celle des variables quantitatives repose sur la moyenne et un écart-type de la population.

Pour la comparaison, les tests sont effectués avec un seuil de décision de $p < 0.05$.

Les pourcentages sont comparés avec la méthode du Khi2. Les moyennes sont comparées par le test de Student.

3. Résultats

Nous allons aborder dans un premier temps les caractéristiques sociodémographiques des deux populations étudiées.

Ensuite nous aborderons la sexualité et la contraception. Enfin, nous étudierons les différentes sources de l'information et l'état des connaissances des étudiants sur la contraception.

3.1 Description de la population

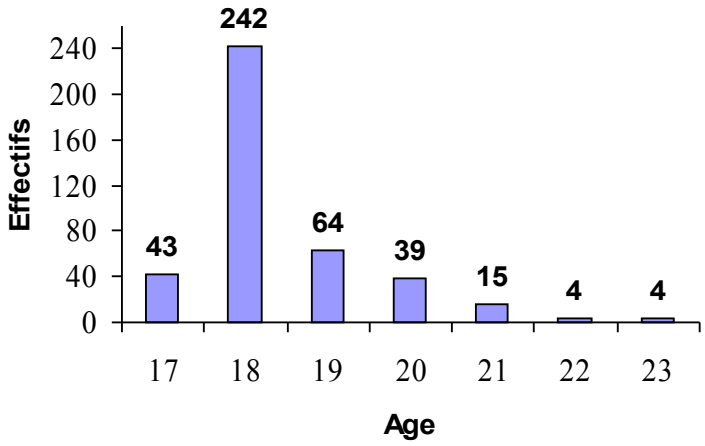
3.1.1 Le sexe

Les deux populations étudiées sont représentées par 411 filles et 217 garçons.

3.1.2 L'âge et origine géographique

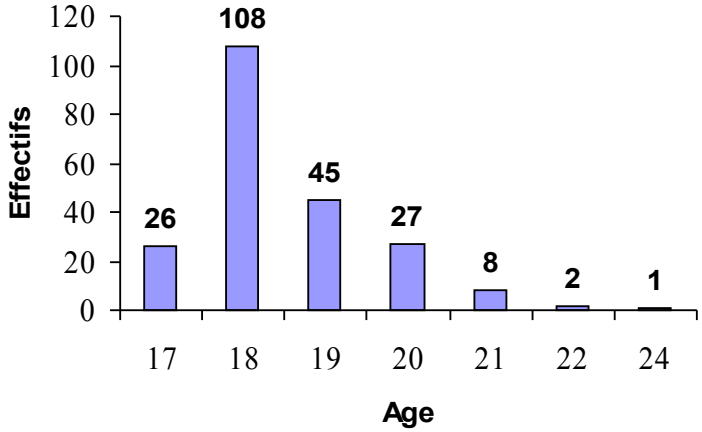
Pour les filles, l'âge moyen de l'échantillon est de **18.4 ans ± 1.1ans** [médiane =18 ans, 17-23].

Figure 1: Répartition par âge des filles (n=411)



Pour les garçons, l'âge moyen de l'échantillon est de **18.5 ans ± 1.1 ans** [médiane =18 ans, 17-24].

Figure 2 : Répartition par âge des garçons (n=217)



97.1% des filles et 93.6% des garçons sont nés en France, 1.5% (2.3%) dans un autre pays européen.

Pour 20.2% des filles et 17.1% des garçons le lieu d'habitation d'origine compte moins de 2000 habitants.

3.1.3 La catégorie socioprofessionnelle des parents

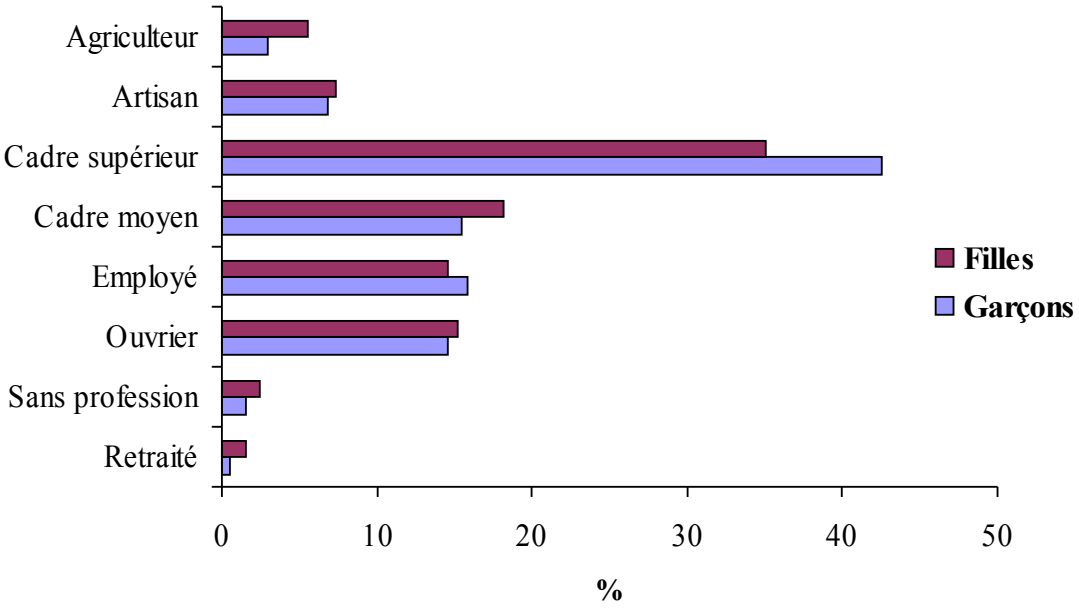


Figure 3 : Catégorie socioprofessionnelle du père par sexe

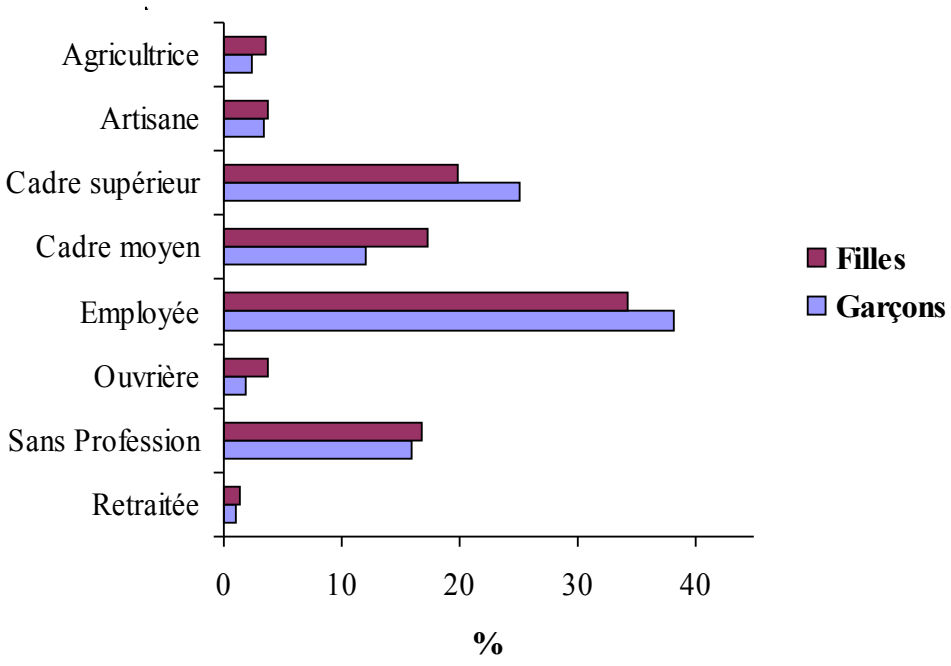


Figure 4 : Catégorie socioprofessionnelle de la mère par sexe

Les cadres supérieurs, professions libérales, ingénieurs, professeurs et médecins prédominent chez les pères.

Une part importante des mères est sans profession.

3.1.4 Etudes

♦ **Bac obtenu**

91% des étudiantes ont un bac général (9% un bac technologique).84.7% l'ont obtenu en 2006.

- 66.7% ont un bac Scientifique (S)
- 19.3% un bac Economique et Social (ES)
- 6% un bac Littéraire (L)

Pour la filière technologique, les bacs SMS (Sciences médico-sociales ; 2.7%) et STT (Sciences et Technologies Tertiaires ; 2.5%) sont les plus représentés.

88.5% des garçons interrogés ont un bac général, 10.1% un bac technologique et 1.4% un bac professionnel. 81.5% l'ont obtenu en 2006.

- 78.7% ont un bac S
- 10% un bac ES
- 6% un bac L

Les séries STT (2.8%) et STI (Sciences et Technologies Industrielles) (2.8%) sont les plus fréquemment retrouvées en série technologique.

♦ **Domaine d'études actuel et section fréquentée** :

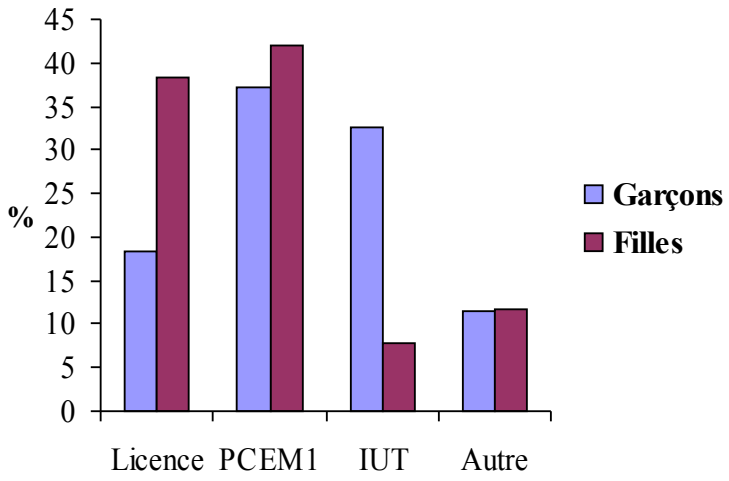


Figure 5 : Répartition des étudiants selon le domaine d'études

Section	Filles		Garçons	
	n	%	n	%
Droit-Politique-Economie-Gestion	37	9.0	12	5.5
Lettres et Langues	30	7.3	8	3.7
Sciences et technologies	78	19.0	88	40.6
Sciences Homme et sociétés	65	15.8	19	8.8
Santé	175	42.6	80	36.9
Autre	23	5.6	9	4.1
Pas de réponse	3	0.7	1	0.5
Total	411	100%	217	100%

Tableau 1 : Répartition des étudiants par section

3.1.5 Habitudes de vie

Les étudiants interrogés sont tous célibataires. 6.7% des filles et 3.9% des garçons vivent en couple. 45.4% des étudiants déclarent vivre seuls et 54.6% chez leurs parents.

La majorité des étudiants (53.4%) ne travaille pas. 42.5% travaillent occasionnellement (vacances, week-ends) et 4.2% régulièrement.

13.1% déclarent ne pas avoir de mutuelle complémentaire (8.8% n'ont pas répondu à cette question).

25.9% des filles et 17.8% des garçons déclarent pratiquer une religion.

En ce qui concerne le tabac, 16.6% fument, la moyenne étant de 6.5 cigarettes quotidiennes.

Pour le cannabis, 22% déclarent en consommer, l'usage étant plus important chez les garçons (27.7% versus 19.1%). La consommation semble relativement importante : 19.5% déclarent en fumer plusieurs fois par mois ; 18% des garçons et 12.8% des filles en fument plusieurs fois par semaine.

81.3% consomment de l'alcool, les chiffres étant sensiblement les mêmes si l'on compare les deux sexes. Cependant, l'importance de la consommation varie : 19.7% des garçons en consomment plusieurs fois par semaine, contre 10.4% des filles, la consommation occasionnelle étant plus importante chez ces dernières. (68% versus 33.5%).

3.2 Vie sexuelle

Parmi les étudiants interrogés, 270 filles (65.7%) et 133 garçons (61.9%) déclarent avoir déjà eu un ou plusieurs rapport(s) sexuel(s).

L'âge moyen du premier rapport sexuel est le même quel que soit le sexe : 16.6 ans, la médiane se situant à 17 ans. L'écart-type est de 1.3 pour les filles [12-22] et de 1.2 [14-21] pour les garçons.

Le nombre moyen de partenaires est de 3 ± 3.2 [1-25] pour les garçons et de 2.3 ± 2.2 [1-20] pour les filles, la médiane étant de 2 pour chacun des sexes.

3.2.1 Activité sexuelle, âge au premier rapport et nombre de partenaires.

Si l'on compare l'existence de relations sexuelles en fonction du bac obtenu, (professionnel et technologique versus général) il existe chez les étudiantes un lien entre le bac obtenu et l'existence de rapports sexuels : 81.1% des étudiantes des séries professionnelles et technologiques ont eu des rapports, versus 64.2%. : OR=2.4 ; [IC=95% ; 1.00-6.6 ; p=0.0453].

Cependant, l'existence de relations sexuelles et le type de bac sont liés à l'âge : les étudiantes dont le bac est général sont plus jeunes (18.4 ans en moyenne versus 19.2 ans). **Au total, le lien entre le type de bac et les relations sexuelles n'est observé que pour les jeunes filles de plus de 18 ans (p=0.0059).**

Cette relation n'est pas observée chez les garçons. (p=1).

En revanche, pour ces derniers, le premier rapport est plus précoce lorsque le bac obtenu est technologique : 16.5 ans ± 1.8 [14-20] vs 16.6 ans ± 1.1 [14-21]. (p=0.015).

Au contraire, les filles en série technologique ont eu leur premier rapport plus tard : 16.7 ans ± 1.2 [14-22] contre 16.1 ans ± 1.7 [12-20] avec p=0.009.

De même, selon le domaine d'études (Licence-IUT-PCEM1, en excluant la catégorie « autre ») : **la proportion d'étudiantes en IUT ayant eu des relations sexuelles (84.4%) est significative par rapport aux autres :** 59.5% des étudiantes en médecine ont eu des rapports, 67.4% en Licence. (p=0.0192)

Le domaine d'étude ou la faculté fréquentée n'interviennent pas dans l'âge du premier rapport.

Le nombre de partenaires sexuels depuis le premier rapport est plus important en Licence vs PCEM1 et IUT : (p=0.00)

- 2.3 ± 1.7 chez les filles [1-9]

- 4.8 ± 1.9 pour les garçons [1-25] que dans les autres domaines.

Afin d'étudier le lien avec la profession des parents, nous avons défini deux nouvelles variables : nous comparons les étudiants dont les parents sont cadres moyens ou supérieurs, versus les autres.

Pour les deux sexes, on retrouve que les étudiants dont les parents sont cadres moyens ou supérieurs ont eu moins de partenaires que les autres :

- pour les filles : 2.19 ±1 .87 [1-14] vs 2.53 ± 2.61 [1-20] : p=0.00.
- pour les garçons : 2.48 ± 2.20 [1-10] vs 3.84 ± 4.29 [1-25] : p=0.00

Il n'existe pas de lien entre l'âge moyen au premier rapport et le nombre de partenaires.

Le lieu d'habitation n'intervient pas dans l'existence ou non de rapports, tout comme la pratique ou non d'une religion. On observe cependant que 76.3% des filles pratiquant une religion n'ont pas eu de relations sexuelles (versus 69.6% ; p=0.1490)

En revanche, les filles du milieu urbain ont plus de partenaires : 2.4 ± 2.3 [1-20] vs 1.9 ± 1.4 [1-6] ; p=0.00.

On observe également ce phénomène chez les garçons, mais ce n'est pas significatif : 3.1 ± 3.30 [1-25] vs 2.25 ± 2.29 [1-8] : p=0.06.

L'usage du cannabis et la consommation d'alcool sont deux facteurs intervenant de façon très significative et ce dans chacune des deux populations étudiées.

Ainsi, 85.9% des filles (vs 60.7% ; OR=3.9 [IC=95% ; 2-8.3 ; p=0.00]) et 74.6% des garçons (vs 57.1% ; OR=2.2 [IC=95% ; 1.1-4.6 ; p=0.02]) fumant du cannabis ont déjà eu des rapports sexuels.

Pour l'alcool, ceci est vrai pour 69.3% (OR=2.5 [IC=95%; 1.3-3.9 ; p=0.002]) des filles et 66.5% des garçons. (OR=2.72 [IC=95% ; 1.3-6; p=0.0091])

Enfin, le tabac intervient chez les filles mais pas chez les garçons : 87.3% des fumeuses ont déjà eu des rapports : OR=4.3 [IC=95% ; 2-9.7; p=0.00]

Le nombre de partenaires est plus important lorsqu'il y a du tabagisme. Ceci est vrai pour les deux sexes. (p=0.00). Pour les filles, la consommation de cannabis est un facteur significatif en plus du tabac (p=0.00)

3.2.2 Activité sexuelle des douze derniers mois.

Le graphique qui suit expose l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois pour les étudiants ayant déjà eu des rapports.

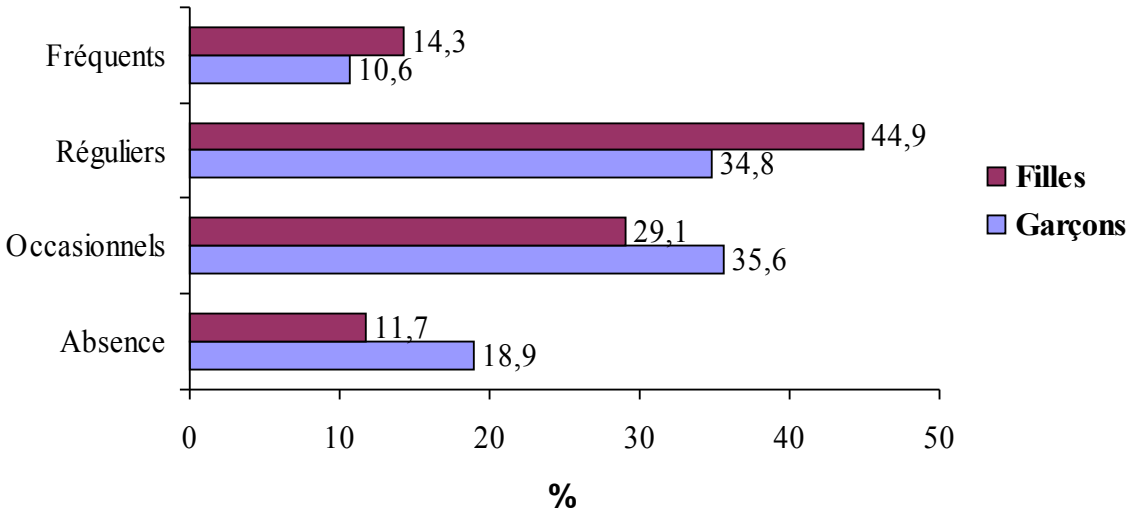


Figure 6: Activité sexuelle des étudiants au cours des douze derniers mois.

Dans le questionnaire nous avions précisé que les rapports étaient occasionnels lorsqu'ils étaient inférieurs à 1 par mois, réguliers lorsque leur fréquence était de 1 à 3 par semaine et fréquents si supérieurs à 3 par semaine.

88.3% des filles ayant déjà eu des rapports sexuels en ont eu ces douze derniers mois contre 81.1% des garçons.

On remarque également que les rapports occasionnels occupent une part importante dans la population étudiée.

Ainsi, 40.8% des filles et 54.5% des garçons ont eu des rapports occasionnels voire aucun rapport sexuel ces douze derniers mois.

L'activité sexuelle de l'ensemble des étudiants au cours des douze derniers mois varie selon le domaine d'études (IUT versus Licence-PCEM1, « autre exclue ») :

- seules 20% des étudiantes en IUT n'ont pas eu de rapports sexuels, versus 43.6% en Licence et PCEM1. (OR=3.1 [IC=95% ; 1.15-8.76 ; p=0.012])

- au contraire, 63.2% des garçons en IUT n'ont pas eu de rapports ces douze derniers mois versus 43.8 % pour les Licence et PCEM1. (OR=2.2 [IC=95% ; 1.14-4.28 ; p=0.015])

3.3 Contraception

70.1% des filles et 47.9% des garçons déclarent utiliser une méthode contraceptive au moment de l'enquête.

Si l'on s'intéresse uniquement aux jeunes sexuellement actifs ces douze derniers mois, une contraception est utilisée par **100% des filles et 89.8% des garçons.**

Parmi les filles n'ayant jamais eu de rapports, 23.4% (n=33) utilisent une méthode contraceptive.

3.3.1 Les méthodes utilisées

Si l'on considère l'ensemble de l'échantillon des étudiantes, 58.2% utilisent une méthode hormonale. (n=239).

26.2% des étudiantes utilisent leur méthode depuis moins d'un an, 24.6% depuis plus d'un an, et 49.2% depuis deux ans ou plus.

22.1% (n=44) ont utilisé une autre méthode avant celle-ci (199 réponses).

11.7% des garçons ont utilisé une autre méthode auparavant.

La pilule reste la méthode la plus utilisée :

- par 75.6% des jeunes filles ayant déjà eu des relations sexuelles
- et 78.9% de celles ayant eu des relations sexuelles ces douze derniers mois.

26.3% des jeunes n'ayant pas eu de rapports au cours de cette période prennent la pilule.

7.8% des étudiantes interrogées utilisent la pilule alors qu'elles sont vierges.

25.4% l'utilisent depuis moins d'un an ,23.7% depuis un an mais moins de deux ans et 50.9% depuis deux ans ou plus.

Pour décrire l'utilisation des différentes méthodes, nous avons tenu compte seulement de la population sexuellement active ces douze derniers mois, composée de 237 filles et 108 garçons.

La pilule est souvent associée au préservatif masculin ou féminin: 33.8% d'association chez les filles et 30.5% pour les garçons. Le retrait semble plus important chez les garçons : 5.6% vs 2.1%.

On peut également souligner que les nouvelles méthodes contraceptives telles que le patch ou l'anneau vaginal ne sont pas utilisées tout comme les méthodes barrières.

Méthodes	Filles		Garçons	
	n	%	n	%
Pilule seule	107	45.1	16	14.8
Implant	3	1.3	1	0.9
Préservatif masculin seul	40	16.9	38	35.2
Préservatif masculin+Pilule	77	32.5	32	29.6
Préservatif féminin seul	2	0.8	0	0.0
Préservatif féminin+ Pilule	3	1.3	1	0.9
Retrait	**5**	**2.1**	**6**	**5.6**
Autres (calcul du cycle.)	0	0.0	3	2.8
Pas de méthode	0	0.0	11	10.2
Total	237	100%	108	100%

Tableau 2 : Méthodes contraceptives utilisées par les jeunes sexuellement actifs ces douze derniers mois.

♦ Utilisation du préservatif lorsque le partenaire n'est pas fixe.

45.2% des garçons et 43.6% des filles ont répondu à la question de l'utilisation systématique ou aléatoire du préservatif lors de relations sexuelles avec des partenaires différents. 92.1% des étudiants garçons et filles ayant répondu l'utilisent ainsi systématiquement.

60.5% des utilisateurs du préservatif masculin se déclarent «en partie» satisfaits par cette méthode, 14.2% ne sont « pas du tout satisfaits ».

Lorsque l'utilisation du préservatif est aléatoire, les raisons les plus importantes sont les sensations moindres et la contrainte de l'utilisation.

Les garçons placent ensuite le coût, la honte de l'achat et enfin le doute que cette méthode instaure entre les deux partenaires.

Pour les filles, le doute arrive en troisième position, suivi du coût et de la honte de l'achat.

3.3.2 Le contexte de la prescription

Sur l'ensemble des étudiantes, 239 utilisent une méthode contraceptive (pilule ou implant) qui nécessite une prescription.

Celle-ci est le plus souvent faite par un médecin généraliste (52.7%). Les gynécologues représentent 36.4% des prescripteurs, puis viennent les centres de

planification familiale (7.5%) et enfin les autres spécialistes : endocrinologues et dermatologues (3.4%).

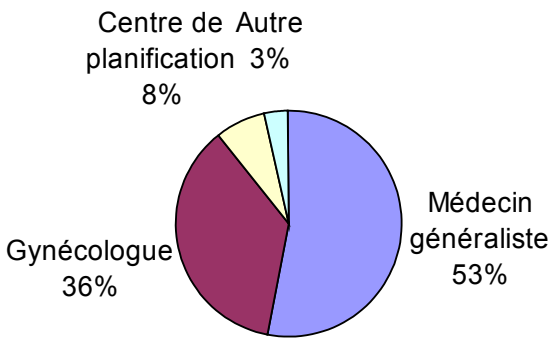


Figure 7 : Prescripteurs des méthodes hormonales.

Le prescripteur varie de façon significative en fonction de l'âge, si l'on regroupe les étudiantes comme suit: (OR=2.4 [IC=95% ; 1.16-4.99 ; p=0.0082])

- avant 20 ans, 57.8% des étudiantes ont pour prescripteur un médecin généraliste.
- après 20 ans, 56.5% des prescripteurs sont des gynécologues.

Ceci est également significatif selon le lieu d'habitation d'origine:

72.3% des filles en milieu rural ont eu recours à leur médecin généraliste, versus 55.6% en milieu urbain (nous avons exclu les « autres prescripteurs»): OR=2.1 [IC=95% ; 0.97-4.6; p=0.0439].

Enfin, le prescripteur (généraliste ou gynécologue) varie également selon la profession des parents: cadres moyens et supérieurs vs les autres:

- 50.4% des filles de cadres moyens ou supérieurs ont eu recours à leur médecin généraliste pour la prescription de leur contraception, vs 70.2% pour les autres. Elles ont ainsi plus recours à leur gynécologue : 49.6% vs 29.8%. OR=2.32 [IC=95% ; 1.26-4.3]

20.3% des étudiantes ont eu le choix entre différentes méthodes contraceptives durant cette consultation.

La proposition entre différentes méthodes dépend du prescripteur:

- 52.9% des étudiantes pour qui la prescription s'est faite dans un centre de planification ont pu choisir.

- 17.8% ont eu le choix lorsque le prescripteur était un généraliste ou un gynécologue. (La catégorie «autre» a été exclue) OR=5.2 [IC=95% ; 1.68-16.21 ; p=0.002]

Parmi les étudiantes utilisant la pilule depuis moins de deux ans, 20.5% ont eu le choix entre différentes méthodes contraceptives. Il n'y a pas de différence avec celles l'utilisant depuis plus de deux ans: p=1.

Les utilisatrices de la pilule semblent globalement satisfaites: (n=230)

- 76.1% répondent que leur contraception leur convient complètement (n=175)
- **23.5 % en partie**. (n=54)
- 0.4% des jeunes ne sont pas satisfaites. (n=1)

Lorsque la méthode ne convient pas ou seulement en partie, la raison la plus évoquée est celle des effets indésirables (n=20). Viennent ensuite la contrainte par rapport aux horaires (n=14), l'inadéquation de la méthode avec la vie affective (n=4) et les oublis (n=4).

La satisfaction des étudiantes utilisant la pilule n'est pas différente selon qu'il y ait eu choix ou non: p=1

Parmi celles ayant eu le choix, 77.3% répondent que leur contraception leur convient complètement vs 75.7% pour celles qui n'ont pas choisi.

Les étudiantes ont été interrogées sur les éléments qui déterminent, pour elles, un choix contraceptif (84.6% de réponses). La position moyenne de chaque item est indiquée entre parenthèses.

Le facteur le plus important reste le prescripteur (2.3).

Les étudiantes semblent accorder de l'importance à **une contraception adaptée à leur sexualité (2.5) ainsi qu'aux effets indésirables (2.6).**

Vient ensuite l'adéquation de la méthode avec la nature de la relation (2.8) ; l'éducation, l'adaptation de la méthode au mode de vie ainsi que l'absence de gêne lors du rapport arrivent au même rang (3.4).

Enfin, les étudiantes semblent attacher **peu d'importance à une méthode nécessitant une manipulation vaginale (3.6), au coût (3.7)** ou au fait que la méthode convienne au partenaire (3.8).

3.3.3 Observance

97.5% (n=230) des étudiantes prenant la pilule ont répondu.

50% sont sujettes aux oublis, qui restent cependant occasionnels dans 52.9% des cas. 27.7% des oublis se produisent moins d'une fois par mois et 19.3% plusieurs fois par mois.

Si l'on considère l'ensemble des étudiantes sous pilule :

- **9.6% l'oublient plusieurs fois par mois**
- 13.8% moins d'une fois par mois
- 28.8% l'oublient occasionnellement

L'observance semble diminuer au cours du temps sans que cela soit significatif: p=0.38 46.3% des étudiantes prenant la pilule depuis moins d'un an sont sujettes aux oublis. Ce taux se situe à 55.4% après un an.

La fréquence des oublis reste la même qu'il y ait eu choix ou non entre différentes méthodes. (p=0.8668)

La profession des parents n'intervient pas non plus, si l'on compare la proportion d'oublis des filles de cadres moyens et supérieurs vs les autres. (p=0.8935)

L'âge n'intervient pas: la moyenne d'âge des étudiantes qui oublient n'est pas différente de celles qui n'oublient pas. (p=0.969)

Les filles ayant eu des rapports sexuels occasionnels ces douze derniers mois ne sont pas plus sujettes que les autres aux oublis. (p=0.7394)

Il n'existe pas de lien entre la faculté fréquentée et la fréquence des oublis. (p=0.2841)

Le seul facteur significatif retrouvé reste le nombre de partenaires : 2.59 ± 2.6 [1-20] en moyenne pour celles qui oublient versus 2.03 ± 1.58 [1-10]:p=0.00 et ce indépendamment de l'âge du premier rapport. (p=0.347).

3.3.4 Le recours à la contraception d'urgence (Norlevo®) et à l'IVG.

♦ **Recours au Norlevo®**

39.8% des étudiantes ayant déjà eu des relations sexuelles ont utilisé le Norlevo® au moins une fois, la moyenne étant de 1.6 fois ± 0.9 avec une médiane à 2. [1-5]

Pour 18.8% de l'ensemble des garçons, une de leurs partenaires y a déjà eu recours (61.3% de taux de réponses à cette question).

Nombre de recours	n	%
1	60	56.1
2	38	35.5
3	5	4.7
5	4	3.7
Total	107	100%

Tableau 3 : Répartition du nombre de recours au Norlevo® chez les filles

Faculté	n	%
Droit-Politique-Economie-Gestion	**14**	**41.2**
Lettres et Langues	9	31.0
Sciences et technologies	16	21.3
Sciences Homme et sociétés	14	21.9
Santé	45	27.1
Autre	5	25.0
Total	103	100%

Tableau 4: Fréquence du recours au Norlevo® par section (p=0.3216)

Les jeunes filles déclarant fumer du cannabis ont eu recours au Norlevo® de façon plus significative que celles n'en fumant pas: 38.2% versus 23.5% : OR=2 [IC=95% ; 1.1-3.6 ; p=0.0131].

75% des étudiantes ayant déjà eu recours à l'IVG ont eu recours au Norlevo® vs 25.3% pour les autres : OR=8.88 [IC=95% ; 1.57-65.61 ; p=0.0051]

En revanche, la moyenne des recours au Norlevo® n'est pas différente selon qu'il y ait eu une IVG (1.67 ± 0.816; 1-3; médiane=2) ou non (1.6 ± 0.899;1-5 ; médiane=1):p=0.78

Le lieu d'habitation d'origine intervient également: les habitantes du milieu urbain y ont plus recours que celles du milieu rural : 28.8% y ont eu recours en milieu urbain vs 16.5% en milieu rural : OR=2.05 [IC=95% ; 1.03-4.16 ; p=0.0307].

La proportion d'étudiantes du milieu rural ayant eu des rapports est pourtant plus importante (70.4% vs 65% en milieu urbain) même si cette différence n'est pas significative. (p=0.4308)

Le nombre de partenaires intervient aussi puisque celles ayant eu recours au Norlevo® ont eu en moyenne 2.78 ± 2.9 partenaires [1-20] vs 2 ± 1.48 pour les autres [1-9].(p=0.001)

Ceci n'est pas lié à l'âge: il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen des étudiantes qui ont eu recours au Norlevo®: 18.4 ± 1 vs 18.5 ± 1.1. (p=0.097)

Le recours au Norlevo® varie également mais de façon non significative selon :

- la section fréquentée : 41.2% des étudiantes en Droit-Politique-Economie-Gestion y ont eu recours vs 25.1% pour les étudiantes des autres sections : p=0.0649
- le domaine d'études puisque 41.4% des étudiantes en IUT y ont eu recours contre 26.2% des étudiantes en Licence et PCEM1: p=0.0858
- le tabac: 35.9% des fumeuses l'ont utilisée contre 24.6% des non fumeuses: p=0.0645

La profession des parents n'intervient pas dans le recours au Norlevo®: p=1.00

♦ **Recours à l'IVG**

3.1% des étudiantes ayant déjà eu des rapports ont eu recours une fois à l'IVG (n=8), soit 1.9% de l'ensemble de la population totale.

Les étudiantes ayant eu recours à l'IVG ont eu leurs rapports sexuels plus tôt que les autres: 16.4 ans ± 2.16 [12-19] en moyenne vs 16.6 ± 1.28 [14-22]. (p=0.028)

Elles ont eu également plus de partenaires que les autres : 5.5 ± 6.44 [1-20] vs 2.2 ± 1.85 [1-14]. (p=0.00)

Enfin, 11.1% des étudiantes en section Droit-Politique-Economie-Gestion ont eu recours à l'IVG vs 1.1% dans les autres sections, toutes confondues : OR=11.13 [IC=95% ; 2.18-56.97 ; p=0.0031]

En revanche, aucun lien significatif n'est retrouvé avec :

- les oublis de pilule : p=1.00

- le lieu d'habitation : p=1.00
- la profession des parents : p=1.00
- l'usage de cannabis (p=0.1334) ou de tabac (p=0.6289)

57.14% ont changé de méthode contraceptive ensuite.

On retrouve cette donnée chez les garçons : pour 3% d'entre eux, une de leur partenaire y a déjà eu recours.

3.4 L'information sur la contraception

3.4.1 Les sources de l'information

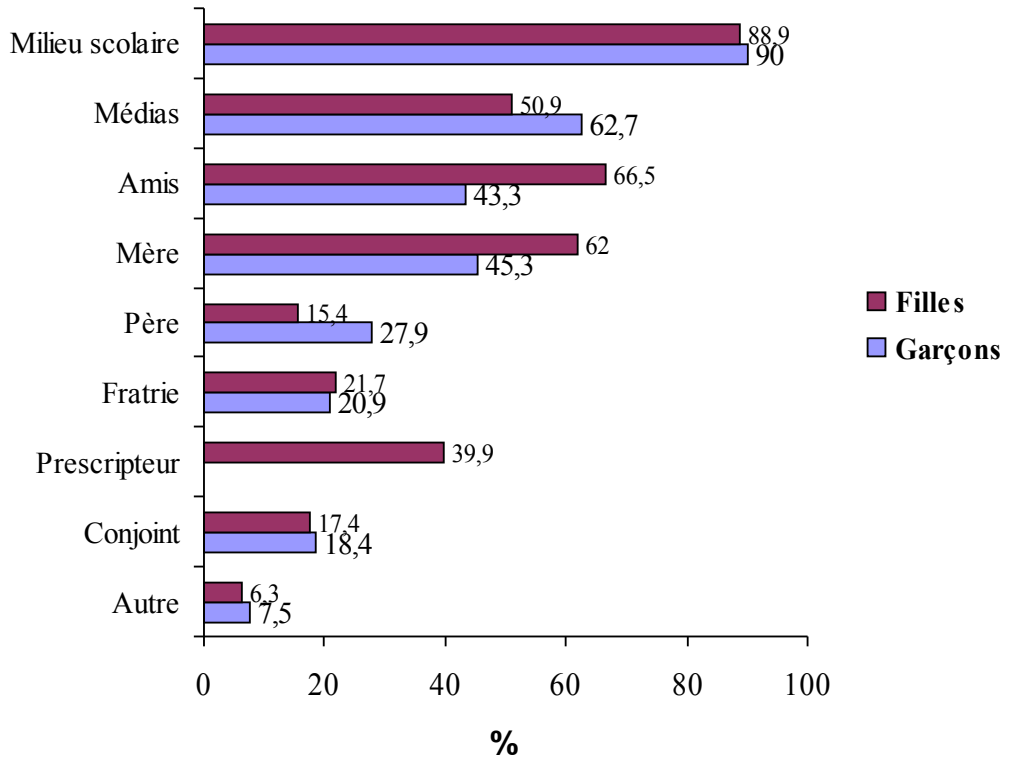


Figure 8: Les différentes sources d'information des étudiants sur les méthodes existantes

Le milieu scolaire est la source d'information la plus citée quel que soit le sexe.

3.4.2 Etat des connaissances

♦ Connaissances des différentes méthodes disponibles actuellement.

Dans le tableau exposant les différentes méthodes, les étudiants devaient cocher lorsqu'ils connaissaient le principe d'utilisation correspondant.

Les résultats sont exposés dans le graphique qui suit.

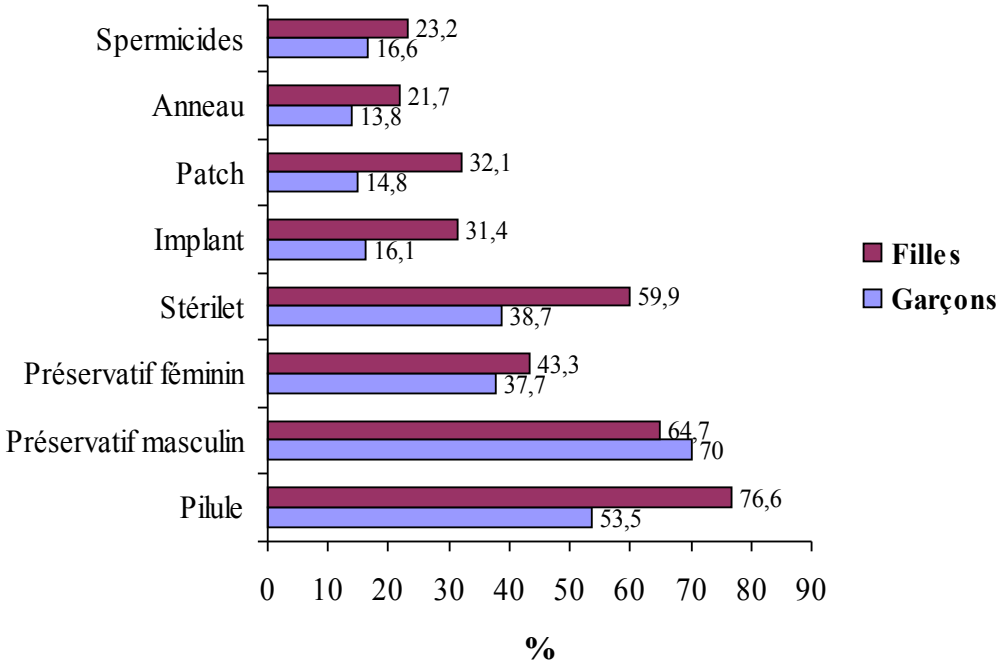


Figure 9 : Connaissances des étudiants sur le principe d'utilisation des différentes méthodes contraceptives.

L'implant, le patch l'anneau et les spermicides sont les méthodes les moins connues quel que soit le sexe.

♦ Connaissances relatives à la contraception d'urgence. (Norlevo®)

107 étudiantes ont eu recours au Norlevo®.

Pour les étudiantes n'ayant jamais eu recours à la contraception d'urgence (n=308), 65.9% ont répondu à cet item. Parmi elles, **84.7% connaissent le principe du Norlevo® et 77% savent comment se le procurer.**

De même, 70% des garçons ont répondu (n=152). **67.11% en connaissent le principe et 45.58% savent comment l'obtenir.**

La moyenne d'âge des étudiantes ayant des connaissances relatives à la contraception d'urgence est inférieure à celles qui n'en n'ont pas.

Les étudiantes connaissant le principe du Norlevo® ont en moyenne 18.5 ans ± 1.1 [18.3-18.6] alors que pour les autres, l'âge moyen est de 19 ans ± 2 .8 (18.4-19.6) : p=0.00

En revanche, 71.5% des filles de cadres supérieurs et moyens savent comment se le procurer vs 85.7% pour les autres : OR=2.4 [IC=95% ; 1.06-5.46; p=0.0246]

Pour les garçons, le facteur significatif est le domaine d'étude : 59.6% des étudiants sachant comment se le procurer sont en PCEM1 et les 39.8% restant étudient dans les autres filières. OR=2.23 [IC=95% ; 1.05-4.78 ; p=0.025]

En ce qui concerne le lieu où l'on peut le trouver, 62.2% des garçons et 44.1% des filles n'ont pas répondu. Pour les filles, les étudiantes qui avaient déjà eu recours au Norlevo® ne devaient pas répondre.

Les réponses des étudiants sont exposées dans le tableau qui suit :

Lieux cités par les étudiants	Filles (n=170) %	Garçons (n=82) %
Pharmacie	90.6%	**76.8%**
Planning familial	**33.5%**	**34.1%**
Infirmerie scolaire	15.3%	9.8%
Médecin généraliste	1.8%	3.2%
SUMPPS	0.0%	0.5%

Tableau 5 : Lieux cités par les étudiants pour se procurer le Norlevo®

♦ **Connaissances erronées sur la contraception**

A la fin du questionnaire, les étudiants étaient invités à répondre à quelques questions-réponses (cf. annexe 1).

Le taux de réponse est de 98.1% pour les filles [398-408] et de 95.9% des garçons [207-211].

Les résultats sont exposés dans le tableau 5. On peut retenir :

- **la faiblesse des connaissances sur le risque d'inefficacité de la pilule en cas de vomissements survenant dans les 2h après la prise** : 28.4% des filles pensent qu'il n'y a pas de risques et 48.5% ne savent pas. Chez les garçons, 61.4% n'ont pas su répondre.
- **le manque d'information des étudiants :**

  - pour les nouvelles méthodes de contraception hormonales, l'anneau et l'implant contraceptif

  - pour le Norlevo® : 9.2% des garçons ne savent pas quand la pilule du lendemain doit être prise.

- **la persistance d'idées reçues :**

- 3.4% des garçons pensent que la pilule rend stérile et 12.4% ne savent pas ; beaucoup pensent également que l'on ne peut pas poser de stérilet à une nullipare. (34.6% pour les filles / 22.7%)

- la majorité pense également que l'absence de pénétration (ou d'éjaculation) protège du risque de grossesse. (49% / 50.2%)

- 14.8% des filles pensent que le calcul du cycle est un bon moyen d'éviter une grossesse et 4.2% ne savent pas.

Questions	Filles		Garçons	
	Mauvaises réponses (%)	% « ne sait pas »	Mauvaises réponses (%)	% « ne sait pas »
Pas de pénétration, pas de risque de grossesse	**49**	5	**50.2**	8.5

Pas d'éjaculation, pas de risque de grossesse	**24.6**	**12.3**	**20.5**	**8.1**
Le calcul du cycle permet d'éviter une grossesse	**14.8**	**4.2**	-	-
La pilule rend stérile	1.5	4.9	3.4	12.4
Risque si vomissements	**28.4**	**48.5**	**29**	**61.4**
Pas de stérilet chez une nullipare	34.6	27.9	22.7	45.4
Pas de retrait de l'implant avant 3 ans	13.2	63.9	7.3	80.7
L'anneau se met en place comme un tampon	11.7	65.4	16.9	71.5
Retrait de l'anneau après chaque rapport	16.1	63.8	17.9	68.1
Prise de la pilule du lendemain	1.3	2.8	4.8	9.2

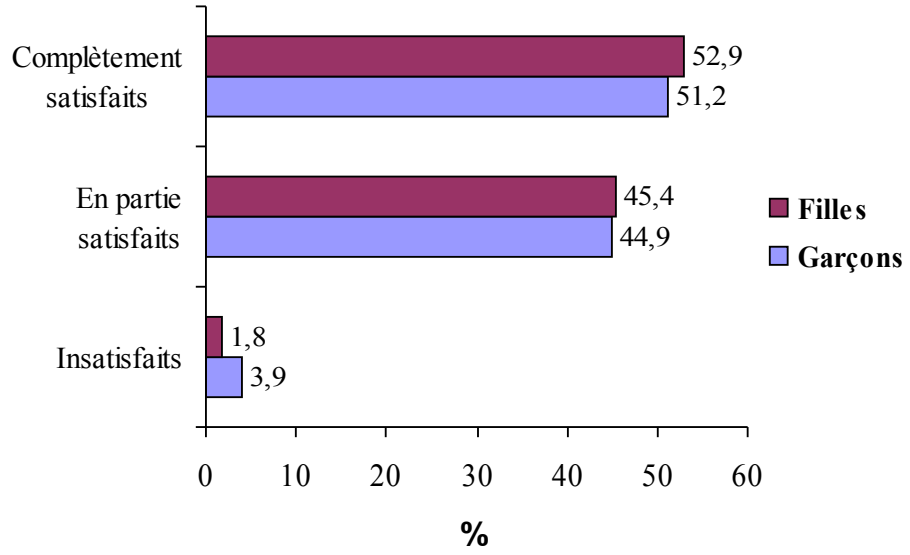
Tableau 6: Connaissances erronées des étudiants sur la contraception

3.4.3 Satisfaction des étudiants vis-à-vis de l'information

La satisfaction vis-à-vis de l'information varie peu selon le sexe : 44.9% des garçons et 45.4% des filles s'estiment « en partie » suffisamment informés.

Les garçons ne se sentant pas assez informés sont deux fois plus nombreux que les filles (3.9% versus 1.8%).

Figure 10:



Satisfaction des étudiants pour l'information

Pour les filles, la satisfaction varie de façon significative selon :

- le lieu d'habitation d'origine

42.5% des habitantes en milieu rural sont entièrement satisfaites de leur information, contre 55.6% des habitantes en milieu urbain. OR=1.69 [IC=95% ; 1.00-2.89 ; p=0.04]

- la série du bac

65.7% des filles ayant obtenu un bac technologique ou professionnel ne sont pas complètement satisfaites de leur niveau d'information, contre 45.4% des séries générales. OR=2.31 [IC=95%; 1.05-5.13 ; p=0.0322]

- le domaine d'études

Les étudiantes en PCEM1 sont plus satisfaites que les autres (Licence-IUT-Ecoles) : 60.7% totalement satisfaites, versus 47.2%: OR=1.73 [IC=95% ; 1.13-2.65 ; p=0.0084]

- l'âge du premier rapport

La précocité du premier rapport sexuel intervient de façon significative : les étudiantes totalement satisfaites de leur niveau d'information ont eu leur premier rapport à 16.17 ans ± 0.937 en moyenne, versus 16.5 ans ± 1.18 pour les autres: p=0.023

En revanche, la satisfaction de l'information des étudiantes ne varie pas en fonction de leur âge au moment de l'étude : 0.984

La satisfaction des filles vis-à-vis de leur niveau d'information ne varie pas selon la profession des parents : p=0.9182

Pour les garçons, l'âge du premier rapport n'intervient pas, mais contrairement aux filles, celui au moment de l'enquête intervient : **les étudiants s'estimant les mieux informés sont plus jeunes que les autres : 18.4 ans en moyenne versus 18.6 ans: p=0.039**

Les étudiants en PCEM1 sont plus satisfaits de leur niveau de connaissances que les autres : 62.5% sont totalement satisfaits, vs 44.1% pour les autres : OR=2.11 [IC=95% ; 1.14-3.93; p=0.0106]

Aucun lien n'a été retrouvé avec le lieu d'habitation ou le bac obtenu ou la profession des parents.

3.5 Place de la contraception dans la relation

97 garçons (44.7%) ont répondu à la question « demandez- vous à vos partenaires si elles utilisent un moyen de contraception ? ». Les résultats sont les suivants :

- 72.2% le demandent systématiquement
- 16.5% occasionnellement
- **11.3% ne le demandent jamais.**

Pourtant, les étudiants garçons semblent se sentir concernés par la contraception.

En effet, pour 96% des garçons (n=187), c'est une préoccupation du couple et une préoccupation féminine pour 3.1% d'entre eux. (n=6)

Enfin, nous avons également interrogé les étudiants sur l'abord de la contraception au sein du couple. On note que 55.5% des filles et 66.8% des garçons ont répondu à cette question.

Les résultats sont exposés dans le tableau qui suit.

Fréquence des discussions	Filles		Garçons	
	n	%	n	%
Oui, souvent	108	47.4	37	25.5

Oui, parfois	100	43.9	78	53.8
Non, jamais	20	8.8	30	20.7
Total	228	100%	145	100%

Tableau 7: Fréquence des discussions sur la contraception

TROISIÈME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION

1. Biais et limites de l'étude

1.1 Les biais

Afin de limiter les biais, nous avons ciblé l'étude sur une population précise : les étudiants se présentant pour la visite médicale obligatoire d'entrée à la faculté. Ceci constitue déjà un biais puisque les deux échantillons sont composés de jeunes ayant accès à un niveau d'enseignement supérieur. Ainsi, les résultats de cette étude ne sont pas applicables aux jeunes du même âge, ayant interrompu leurs études, sans emploi ou se trouvant sur le marché du travail.

En lien avec ceci, on remarque également que les étudiants interrogés sont rarement issus de parents sans profession et la majorité des pères sont cadres supérieurs ou cadres moyens.

La majorité des jeunes a obtenu un bac général. Les séries professionnelles et technologiques sont peu représentées.

De plus, la plupart des filles interrogées étudient plutôt en Licence et PCEM1; les garçons proviennent surtout d'IUT et PCEM1.Il y a donc un déséquilibre dans la représentation de chaque domaine.

Les contraintes liées à l'ordre de convocation des étudiants ainsi que la courte durée de l'étude n'ont pas permis d'avoir une population plus hétérogène.

On peut également évoquer les biais de questionnement et/ou de non compréhension de certaines questions, ceci pouvant fausser quelque peu les résultats retrouvés.

1.2 Les limites

Nous pouvons nous interroger sur la fiabilité des réponses obtenues. En effet, les résultats d'une telle enquête relevant du privé, de l'intime pour certaines questions, peuvent être mis en doute. La confrontation des résultats à ceux d'autres enquêtes va permettre de faire une évaluation de la fiabilité des données.

2. Répondre aux objectifs de l'étude et hypothèses de recherche.

2.1 Activité sexuelle et contraception

L'âge moyen du premier rapport est le même quel que soit le sexe : 16.6 ans en moyenne.

Dans l'étude menée par Durex© en 2004, l'âge moyen du premier rapport en France est de 17.1 ans. [62]

Une étude datant de 2005 sur le comportement de santé de 617 étudiants d'IUT de l'Université de Poitiers, retrouve un âge moyen de 16.7 ans. [42]

Dans l'étude du Baromètre Santé 2005 menée dans les Pays de la Loire auprès de jeunes âgés de 12 à 25 ans, à 17 ans, 49% des jeunes ont déjà eu des rapports, sans différences selon le sexe. [68]

Au même âge, notre étude retrouve une différence : 50% des garçons ont déjà eu des relations sexuelles vs 58.1% des filles. Si l'on considère les deux sexes, 54.1% ont donc déjà eu des rapports à 17 ans.

L'étude nationale du Baromètre Santé retrouve, au contraire, une activité sexuelle plus précoce chez les hommes : 53.9% des garçons âgés de 15 à 19 ans ont déjà eu des rapports vs 46% des femmes. [9]

L'activité sexuelle au cours des douze derniers mois pour les jeunes ayant déjà eu des rapports varie selon le sexe. Au total, 84.7% ont eu des rapports ces douze derniers mois.

Ce chiffre est inférieur à celui retrouvé dans le Baromètre 2005 régional où 91% des jeunes déclaraient avoir eu des rapports au cours de cette même période. [68]

Les rapports sexuels des étudiants sont plutôt irréguliers :

40.8% des filles et 54.5% des garçons ayant déjà eu des rapports ont eu des rapports sexuels occasionnels voire aucun rapport sexuel ces douze derniers mois.

Il existe deux modèles d'organisation des premières années de vie sexuelle. En effet, il semblerait que les garçons aient un début de vie sexuelle plutôt marqué pas des relations brèves, avec un plus grand nombre de partenaires et de longs intervalles sans activité sexuelle.

Les filles au contraire auraient des relations amoureuses plus prolongées. [3-8]

Dans une étude menée dans un SUMPPS dijonnais en 1999 auprès de 300 étudiantes en première année âgées de 17 à 23ans, 61% des filles ayant déjà eu des rapports déclaraient

avoir une activité sexuelle régulière au cours des douze derniers mois. 34.5% avaient eu des rapports « plusieurs fois ». [66]

2.1.1 Les méthodes utilisées.

Dans notre étude, la couverture contraceptive est élevée puisque 100% des filles ayant eu des rapports ces douze derniers mois utilisent une méthode contraceptive.
Dans l'étude Baromètre Santé Pays de la Loire 2005, 97% des jeunes filles ayant eu au moins un rapport sexuel au cours de l'année et à priori concernées par la contraception, déclarent « faire quelque chose pour éviter une grossesse ». Les filles non concernées sont celles cherchant à concevoir, enceintes, ou seules au moment de l'enquête. [68]
Dans une même étude menée en 2000, 93% des garçons déclarent qu'eux-mêmes (ou leur partenaire) utilisent une contraception, versus 89.8% dans notre étude. Cette différence observée peut s'expliquer par un biais de réponse pour cette question.

La pilule est le moyen de contraception le plus utilisé : 78.9% des filles de notre échantillon ayant eu des rapports ces douze derniers mois y ont recours.
On retrouve des données similaires dans l'enquête du Baromètre Santé 2005 Pays de La Loire dans laquelle 82% des jeunes filles de 15-19 ans utilisent la pilule. (On confronte nos données à celles des 15-19 ans puisque 84.9% des filles de notre étude ont entre 17 et 19 ans). [68]
Dans cette même étude :

-.31% citent à la fois la pilule et le préservatif masculin ; 32.5% les associent dans la notre.

- 51% utilisent la pilule sans le préservatif masculin, 45.1% l'utilisent seule dans notre étude.

- 12% citent le préservatif masculin sans la pilule versus 16.9% dans notre échantillon.

Nos données sont également concordantes avec celles de l'étude menée au SUMMPS de Dijon en 1999 où **42.1% des utilisatrices de la pilule l'utilisent seule**, 41.3% l'associent systématiquement au préservatif et 16.6% occasionnellement. [66]

Les réponses des garçons à cette question ne sont pas concordantes avec celles des filles dans notre étude. En effet, seuls 14.8% citent l'utilisation de la pilule par leur

partenaire ; dans 29.6% des cas elle est associée au préservatif masculin et l'utilisation de celui-ci comme méthode contraceptive unique est rapportée plus fréquemment que chez les filles : 35.2% versus 16.9% ;

Dans le Baromètre santé 2005 des Pays de la Loire, on retrouve cette différence entre garçons et filles, les auteurs ont choisi de ne pas publier les réponses des garçons pour cette question, on compare donc avec les données de 2000 :

- 40% des garçons citent la pilule seule
- 20% citent l'association de la pilule et du préservatif
- 40% citent uniquement le préservatif masculin.

Le Baromètre santé 2005 montre également que l'association du préservatif masculin et de la pilule diminue avec l'âge. Chez les 20-25 ans, 79% des filles utilisent la pilule seule et seulement 10% l'associent au préservatif masculin. [68]

Aucun étudiant n'a cité le stérilet. Dans le Baromètre Santé 2005 national, 0.7% des 15-19 ans et 0.9% des 20-24 ans l'utilisaient. [9]

Les nouvelles méthodes de contraceptions hormonales (l'implant, le patch et l'anneau) ne restent que peu voire pas du tout utilisées. Peu de données sont disponibles actuellement pour comparer ces résultats.

Seules 1.3% des filles de notre étude utilisent l'implant, et aucune des deux autres méthodes n'est utilisée.

En janvier 2004, la SOFRES a mené une étude pour le laboratoire JANSSEN-CILAG© intitulée « Les Français et la contraception ». 500 hommes et 1002 femmes âgés de 15 à 49 ans ont ainsi été interrogés.

Dans cette étude, 2% des femmes utilisant une méthode contraceptive au moment de l'enquête ont recours à l'Implanon® et pour 1% des hommes, il est utilisé par leur partenaire. [69]

2.1% des étudiantes utilisent le préservatif féminin. Malgré son apparence certes particulière, il faut néanmoins souligner que ce moyen constitue une alternative intéressante au préservatif masculin, notamment si l'homme refuse de se protéger. Il peut être mis en place au cours de préliminaires et retiré plus tard que le préservatif masculin, ce qui diminue les contraintes d'utilisation.

Le polyuréthane présente une solidité supérieure au latex, ce qui diminue les risques de rupture. En recouvrant les organes génitaux externes de la femme, il protège mieux du risque de transmission de certaines IST notamment l'herpès génital ou la syphilis. Enfin, l'absence de latex est intéressante pour les personnes allergiques.

Son efficacité est bien sûr corrélée à une mise en place correcte ce qui impose que la femme soit à l'aise avec son corps et connaisse bien son anatomie.

Au cours de l'année 2001, un CPEF du Val de Marne a effectué une enquête auprès de 179 femmes afin de connaître les critères d'acceptabilité du Femidom®. 47% des utilisatrices et 39% des partenaires se déclaraient satisfaits ; parmi les utilisateurs satisfaits, 90% des femmes et 89% des partenaires sont prêts à le réutiliser.

Toujours selon cette étude, la mise en place reste l'inconvénient le plus cité (29%). Viennent ensuite l'aspect (27%) et le bruit (22%) qui peut être diminué par l'utilisation d'un lubrifiant.

C'est surtout son coût (2 euros l'unité) qui constitue un obstacle. Cependant, les jeunes peuvent l'obtenir gratuitement dans les centres de planification. [48]

5.6% des garçons et 2.1% des filles interrogés dans notre étude utilisent le retrait.

Dans l'enquête Cocon, le retrait n'était pratiqué par aucune fille âgée de 18 à 19ans mais par 0.4% des 20-24ans. [17]

Notre étude a permis de vérifier notre première hypothèse en montrant que la pilule et le préservatif sont les méthodes contraceptives les plus utilisées dans cette tranche d'âge.

2.1.2 La prescription

Le médecin généraliste est le prescripteur principal des méthodes hormonales. Il existe un lien entre le prescripteur et :

- l'âge des étudiantes : après 20 ans, elles se tournent préférentiellement vers un gynécologue : OR=2.4

Ceci s'explique par le contexte dans lequel l'information sur la contraception se fait. Nous verrons plus loin que la famille, notamment la mère, constitue une source importante de l'information reçue. Les premières prescriptions vont donc se faire dans un cadre « familial », où le médecin généraliste joue un rôle fondamental.

- le lieu d'habitation d'origine : la répartition géographique des professionnels peut aussi expliquer que **les habitantes des communes de moins de 2000 habitants aient plus recours à leur généraliste que les autres. (OR=2.1)**

- la profession des parents : **l'effet de la catégorie socioprofessionnelle se retrouve** à travers les générations puisque les femmes ouvrières se font plutôt suivre par leur médecin généraliste alors que les professions supérieures privilégient le gynécologue. (OR=2.3)

Une faible proportion d'étudiantes (20.3%) a eu le choix entre différentes méthodes contraceptives.

Il faut cependant tenir compte du taux de réponse à cette question qui est de 71.6%.

Depuis 2 ans, l'offre contraceptive s'est élargie. On pouvait penser que les étudiantes qui utilisent la pilule depuis moins de 2 ans étaient susceptibles d'avoir plus eu le choix que les autres entre différentes méthodes.

Comment expliquer cela ? Nous pouvons émettre quelques hypothèses :

- les prescripteurs hésitent à proposer des méthodes non remboursées par la sécurité sociale, comme le patch ou l'anneau.
- les jeunes femmes connaissent peu ces nouvelles méthodes donc elles ne sont pas demandeuses.
- la prescription de la pilule est devenue automatique, cela doit demander un effort de la part du prescripteur de sortir de cette logique de prescription et de proposer toutes les méthodes disponibles, sans y mettre son propre jugement.

Les centres de planification familiale proposent plus souvent différentes méthodes que les médecins généralistes ou les gynécologues.

23.5 % des étudiantes interrogées répondent que leur contraception leur convient en partie. La satisfaction ne varie pas selon qu'il y ait eu choix ou non entre différentes méthodes.

Dans le sondage SOFRES, 71% des femmes utilisatrices de la pilule sont totalement satisfaites et 29% « non tout à fait satisfaites ». [69]

L'étude de Laveissière *et al.,* retrouve que 54% des 15-19ans et 57% des 20-24 ans sont très satisfaites par la pilule, 42% et 39% assez satisfaites. Chez les jeunes de moins de 20 ans, 3 filles sur 4 déclarent rencontrer au moins un effet indésirable ; la prise de poids et les spottings sont les effets les plus fréquemment cités. [37]

Les étudiantes de notre échantillon citent le plus souvent les effets indésirables comme raison de leur insatisfaction ; ils souvent le motif d'arrêt d'une méthode hormonale.

Les étudiantes semblent donc globalement satisfaites mais il faut tenir compte de la difficulté à accepter les effets indésirables qui peut, à plus long terme, diminuer l'observance et entraîner un arrêt de la méthode.

Les conseils du prescripteur sont pour elles un élément déterminant dans un choix contraceptif, tout comme une contraception adaptée à leur sexualité et avec le moins d'effets indésirables possibles.

En revanche, le coût ou l'absence de manipulation vaginale ne sont pas des éléments déterminants pour les étudiantes interrogées. Ainsi, la première partie de notre hypothèse 2 n'est pas vérifiée : le coût d'une méthode n'est pas le premier argument de choix pour la population étudiée.

Le prescripteur doit donc tenir compte de tous ces aspects et proposer à la patiente plusieurs méthodes et le plus objectivement possible.

Ceci vérifie donc la seconde partie de notre deuxième hypothèse : le rôle du prescripteur n'est pas négligeable.

2.1.3 L'observance

50% des étudiantes prenant la pilule ont déclaré être sujettes aux oublis.

La proportion d'oublis est la même selon qu'il y ait eu choix ou non entre différentes méthodes.

Dans le sondage SOFRES, 65% des femmes interrogées oublient leur pilule. Si l'on considère l'ensemble des femmes sous pilule :

52% l'oublient « rarement » ; 26.7% l'oublient « occasionnellement » dans notre étude

- 10% l'oublient « souvent » vs 14% d'oublis inférieurs à une fois par mois.
- 3% l'oublient « très souvent » ; dans notre échantillon, 9.8% l'oublient plusieurs fois par mois.

Ces différences peuvent s'expliquer par la population étudiée dont l'échantillon est plus large dans le sondage SOFRES : les femmes interrogées sont âgées de 15 à 49ans.

Ainsi, 77% d'entre elles utilisent leur pilule depuis plus de 2 ans contre seulement 49% dans notre échantillon. [69]

L'observance s'améliore-t-elle avec l'habitude ?

La vigilance augmente-t-elle avec l'âge ?

La sexualité des jeunes femmes interrogées semble plutôt irrégulière. **Dans notre étude, le caractère occasionnel des rapports n'est pas un facteur de risque pour les oublis.**

D'après l'étude de Bajos *et al.,* 65.1% des 897 femmes en situation de grossesse non prévue utilisaient une méthode contraceptive.
20.9% utilisaient la pilule et 21.8% une méthode naturelle.
423 femmes se sont retrouvées enceintes en raison d'un échec de leur méthode. Pour la majorité d'entre elles (41.6%), **l'échec était lié à un incident de pilule. Seules 11.3% évoquait un échec de méthode naturelle.**
La raison la plus fréquemment citée était celle des oublis ou du retard dans la prise des comprimés : 60.3% ; **21.4% n'avaient pas d'explication. [15]**
De même, l'étude de Barjot *et al.,* menée auprès de 551 femmes enceintes alors qu'elles prenaient une contraception orale a montré que 60.8% des échecs étaient dus à des oublis de pilule de plus de 12 heures. 51.3% des patientes pensaient avoir oublié au moins une prise sans pouvoir en préciser le nombre. [18]

Ces études soulèvent le problème de l'adéquation de la méthode à la vie affective et sexuelle de la femme mais **également le problème du repérage des oublis et la conduite à tenir dans cette situation, notamment le recours à la contraception d'urgence.**
Nous avons choisi de ne pas faire préciser aux étudiantes le type d'oublis (supérieurs ou inférieurs à 12h) et ce qu'elles font lorsque cela survient. Il serait intéressant de mener une étude à ce sujet.

Même si le choix ne semble pas améliorer l'observance et la satisfaction, d'autres études ont montré l'efficacité d'une prescription adaptée.
On peut rappeler à ce propos quelques recommandations de l'ANAES :

- Le choix entre différentes méthodes permet de réduire l'écart entre l'efficacité optimale (celle des essais thérapeutiques) et l'efficacité pratique, et permet une plus grande satisfaction des personnes
- La première prescription d'une contraception devrait se faire dans le cadre d'une consultation spécifique

- Les recommandations insistent également sur la nécessité pour le professionnel d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux et en prenant compte les aspects psychologiques, sociologiques et économiques.

- Le prescripteur se doit ainsi d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelle.

- Enfin, le DIU ne constitue pas une méthode uniquement destinée aux multipares ; il s'agit d'une méthode de première intention, une fois les contre-indications prises en compte, les risques infectieux et de grossesse extra-utérine évalués et écartés. [61]

2.1.4 Recours à la contraception d'urgence

Dans notre étude, 38.8% des filles ayant déjà eu des relations sexuelles ont eu recours une fois ou plus à la contraception d'urgence. 18.8% des garçons déclarent qu'une de leurs partenaires y a déjà eu recours. Ce dernier chiffre est à considérer avec prudence puisque seulement 61.3% des garçons ont répondu à cette question.

Dans l'étude du Baromètre Santé 2005 national, 30% des femmes âgées de 15 à 25 ans et sexuellement actives y avaient eu recours, soit deux dois plus qu'en 2000.

Pour 12.8% des hommes, leur partenaire actuelle y avait eu recours.

Dans le Baromètre Santé 2005 des Pays de la Loire, 23% des jeunes filles âgées de 15 à 25 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont eu recours à la pilule du lendemain.

En 2000, 15% des garçons affirmaient avoir eu une partenaire l'ayant utilisée.

Notre étude montre donc un recours plus élevé au Norlevo®. [9-68]

Les jeunes filles habitant en milieu urbain ont plus recours au Norlevo® que celles du milieu rural : 28.8% de recours en milieu urbain vs 16.5% en milieu rural ; OR=2.05. Dans le Baromètre des Pays de la Loire 2000, cette différence est également observée : 16% vs 12% ; mais elle n'est pas significative. Elle l'est par contre au niveau national.

Dans l'étude d'Anna Girard, on retrouve ce phénomène : 76.2% des jeunes ayant utilisé le Norlevo® sont citadines. [11-67-70]

On peut émettre quelques hypothèses :

- un problème d'accessibilité en milieu rural : les centres de planification sont situés dans les villes ; ce sont des endroits les plus « anonymes » comparés aux pharmacies où les jeunes n'osent toujours pas aller.

- un manque d'information que nous développerons plus tard : tous les jeunes ne savent pas où se la procurer.

L'hypothèse du lien avec la fréquence des rapports sexuels est peu probable, puisqu'au contraire, les filles en milieu rural ont des rapports plus tôt et plus fréquents que celles du milieu urbain mais sans que ceci soit significatif.

De même, la fréquence des oublis de pilule ne varie pas selon le lieu d'habitation.

On peut également ajouter que notre étude ne retrouve pas de différence de recours selon le bac obtenu ; **en revanche, l'étude nationale du Baromètre Santé 2000 retrouve un recours plus fréquent dans les lycées professionnels que dans les lycées généraux ou technologiques.** [11]

Par contre, nous avons retrouvé **un lien entre le nombre de partenaires et le recours au Norlevo®.** Ce lien se retrouve également dans l'étude de l'INSERM où les utilisatrices de la contraception d'urgence déclarent 12 partenaires en moyenne vs 4 pour les non utilisatrices. Cette étude ne retrouve pas de lien avec le lieu d'habitation.

En revanche, elle montre également que les femmes les plus diplômées ont tendance à y avoir plus recours, ce qui s'explique par le niveau d'information de celles-ci.

Nous avons également retrouvé **une variation entre la section fréquentée et la fréquence du recours**, sans que cela soit vraiment significatif : les étudiantes en Droit-Politique-Economie-Gestion y ont plus recours que les autres ; elles ne sont pourtant pas plus sujettes aux oublis que les autres et n'ont pas plus de partenaires sexuels. [33]

De plus, les filles consommant du cannabis y ont plus recours (OR=2) ce qui entre probablement dans le cadre des conduites à risque. De plus, ceci est lié au nombre de partenaires qui est plus important lorsque les filles consomment du cannabis.

Enfin, les étudiantes ayant eu recours à l'IVG ont également plus eu recours au Norlevo® : OR=8.88 ; on peut se poser la question de l'échec de la méthode ayant conduit à l'IVG, ce qui expliquerait ce lien.

En ce qui concerne le nombre de recours à la contraception d'urgence, nous allons comparer les taux avec ceux du Baromètre santé 2005 national où les femmes interrogées ont entre 15 et 54ans :

- 67.2% n'ont pris la contraception d'urgence qu'une seule fois, **vs 56.1% dans notre étude**

- 21.2% y ont eu recours deux fois, **vs 35.5%**

- 11.2% trois fois ou plus vs 8.4%

Une autre étude menée par l'INSERM auprès de 397 femmes âgées de 18 à 44 ans (caractéristiques des utilisatrices de la pilule du lendemain en France) montre que 15% seulement l'ont utilisée deux fois et que 22% l'ont utilisée trois fois ou plus.

Nous n'avons pas étudié les raisons du recours à la contraception d'urgence pour les jeunes filles de notre échantillon, le Baromètre 2005 des Pays de la Loire retrouve les raisons suivantes :

- 42% ont eu un problème avec le préservatif

- 35% un problème de pilule

- 15% un rapport sans contraception

- 7% utilisaient une méthode naturelle

- 1% évoquaient une autre raison

On peut se poser la question de prescrire la contraception d'urgence en avance. Plusieurs études ont montré que la prescription en avance augmente le recours et que celui-ci se fait plus tôt. Il n'y a pas plus d'utilisation répétée. L'incidence sur les pratiques contraceptives est variable selon les études, certaines retrouvant une utilisation moins effective des méthodes conventionnelles. Aucune étude n'a retrouvé de diminution significative du taux d'IVG lorsque la contraception d'urgence est prescrite en avance.

Au total, l'ANAES recommande d'informer la patiente sur la contraception d'urgence et de la prescrire en avance au cas par cas. [49-56-61]

2.1.5 Recours à l'IVG

Dans notre étude, 3.1% des étudiantes ayant déjà eu des rapports sexuels ont eu recours à l'IVG. Les réponses des garçons sont en accord puisque pour 3% d'entre eux, une de leurs partenaires y a déjà eu recours.

Ces données semblent en accord avec celles du Baromètre Santé 2005 national où le taux est de 3.6% pour les 15-19ans et 8.6% pour les 20-25ans.

Nous retrouvons cette fois un lien significatif avec la section fréquentée : les étudiantes en Droit-Politique-Economie-Gestion ont plus eu recours à l'IVG que les autres. (OR=11.13) [9]

2.2 L'information

2.2.1 Les sources de l'information

Le milieu scolaire est la source d'information la plus citée dans notre enquête, bien que 11.1% des filles et 12% des garçons ne la citent pas. Si l'on compare avec l'étude d'A. Girard, on retrouve des données similaires puisque 13.1% des lycéens interrogés ne citaient pas l'école. [70]

Rappelons que la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 a donné obligation à tous les établissements scolaires d'organiser pour tous les élèves, de l'école élémentaire aux classes de terminale, trois séances annuelles d'éducation à la sexualité.

Certains préconisent une éducation aux risques sexuels dès l'école primaire, ce qui permet d'aborder la question avant que l'adolescent s'engage dans la vie sexuelle. L'éducation sexuelle en milieu scolaire nécessite donc la formation des enseignants, afin que l'information soit efficace et adaptée à l'âge.

Les amis sont la deuxième source d'information la plus fréquemment citée par les filles (66.5%).Ceci s'explique par l'importance du réseau des pairs à cet âge ; les discussions sur la sexualité et la contraception trouvent toute leur place dans ce cadre. Ceci est intéressant dans la mesure où l'information reçue peut être ainsi partagée, mais c'est aussi un risque de propager des idées reçues ou des informations erronées.

Pour 62.7% des garçons, la deuxième source la plus citée est celles des **médias**. Ils ne sont cités que par 50.9% des filles.

Nous n'avons pas fait préciser aux étudiants quels médias les avaient informés. Il est certain qu'Internet joue aujourd'hui un rôle considérable. Dans une enquête réalisée par M. Lemort, auprès de 467 jeunes filles âgées de 13 à 21 ans, 53.7% citaient la télévision, 33% les revues et 27% la radio. [71]

L'étude menée au SUMPPS de Dijon retrouve la télévision comme média le plus fréquemment cité (60%), puis la radio (33%) et enfin la presse (16%). [66]

Une vaste campagne publicitaire nationale intitulée « La contraception. Ne laissez pas l'imprévu décider à votre place » a eu lieu en janvier 2002. Le but était de sensibiliser le public par des moyens de diffusion de masse :

- une campagne d'affichage a été réalisée, sur 7800 panneaux au total

- la radio a été également sollicitée avec la diffusion de 3 spots de 30 secondes sur les radios les plus écoutées.

- un « mémo contraception » a également été réalisé : 7 millions d'exemplaires destinés au grand public étaient ainsi disponibles chez les médecins, pharmaciens, plannings familiaux…

Aucune campagne d'une telle envergure n'a eu lieu depuis.

La famille est également une source d'information non négligeable. Dans notre étude la mère semble être une interlocutrice privilégiée dans ce domaine puisqu'elle est citée par 62% des filles et 45.3% des garçons ; le père est cité par 15.4% des filles et 27.9% des garçons.

Dans l'étude menée à Dijon, la famille est citée par 66% des étudiantes, ceci est comparable avec les données d'A. Girard où 63.2% des élèves interrogés ont évoqué cela avec leurs parents. [66-70]

Enfin, pour les filles, **le prescripteur** a été cité par 39.9% d'entre elles. Ceci est à mettre en relation avec le fait que peu d'étudiantes (20.3%) ont eu le choix entre différentes méthodes lors de la prescription de leur contraception. Il apparaît donc logique que le prescripteur ne soit pas plus fréquemment cité.

2.2.2 Les connaissances.

a) connaissances relatives aux différentes méthodes :

En raison d'un probable biais de questionnement, les réponses des étudiants sur le principe d'utilisation des différentes méthodes sont surprenantes, notamment pour :

- la pilule : 76.6% des filles vs 53.5% des garçons
- le préservatif. : 64.7% vs 70%

Néanmoins, les réponses semblent logiques puisque ces méthodes restent les plus connues. Viennent ensuite le stérilet et le préservatif féminin connu par seulement 43.3% des filles et 37.7% des garçons.

Enfin, les nouvelles méthodes de contraception sont citées par moins d'un tiers des filles, les réponses semblant concordantes entre elles. Les garçons les connaissent deux fois moins. On retrouve ceci dans les questions réponses où les taux les plus élevés de

mauvaises réponses et « ne sait pas » sont retrouvés pour les questions relatives aux nouvelles méthodes.

Même si ces données sont à considérer avec prudence, il apparaît évident qu'il existe une lacune au niveau de l'information relative aux méthodes récemment apparues.

Rappelons que 23.5% des étudiantes sont « en partie » satisfaites par la pilule et que 19.3% des oublis se répètent plusieurs fois par mois. De plus, nous avons remarqué que l'observance diminue au cours du temps. Il semble donc intéressant dans ce contexte que les jeunes femmes soient informées de toutes les méthodes disponibles, afin que leur choix soit « éclairé »et que l'on puisse prévenir ainsi des IVG dues à une mauvaise observance.

b) connaissances relatives au Norlevo®

En ce qui concerne les connaissances relatives au Norlevo®, on peut noter le faible taux de réponse des étudiantes à cette question : 65.9% pour les filles et 67.1% pour les garçons. On peut donc supposer un manque d'information à ce niveau.

Il semblerait qu'il reste des progrès à faire :

- 67.1% des garçons ayant répondu en connaissent le principe vs 84.7% pour les filles

- 45.6 % savent comment l'obtenir vs 77% pour les filles.

- 9% des garçons ne savent pas que la contraception d'urgence doit être prise le plus rapidement possible après un rapport à risque.

62.2% des garçons et 44.1% des filles n'ont pas répondu lorsqu'il s'agissait de citer les lieux où l'on peut le trouver.

Pour ceux qui ont répondu, la pharmacie est le lieu le plus fréquemment cité. **La majorité des étudiants ne savent pas que l'on peut se procurer le Norlevo® dans les centres de planification : ceci concerne 66.5% des filles et 65.9% des garçons.**

Il apparaît essentiel que les garçons soient correctement informés en ce qui concerne la contraception d'urgence, afin de compléter ce même manque de connaissances chez leur partenaire.

Il convient également de souligner que les filles connaissant le principe du Norlevo® sont plus jeunes que les autres : ont-elles été mieux informées grâce aux différentes campagnes d'information dont elles ont peut- être bénéficié au sein de leurs établissements scolaires ?

D'après les données du Baromètre Santé 2005, c'est surtout le délai maximal d'utilisation qui reste mal connu :

- 31% des garçons disent ne pas savoir combien de temps après un rapport à risque on peut prendre le Norlevo® vs 16% pour les filles
- 8% seulement fixent le délai maximum à 72h vs 15%.
- 67% des filles sous-estiment le délai maximal d'utilisation [9]

Notre 3ème hypothèse est donc vérifiée : la contraception d'urgence n'est pas connue de tous.

c) connaissances erronées et idées reçues

- 76.9% des étudiantes interrogées et 90.4% des garçons ignorent qu'il y a un risque de grossesse si des vomissements surviennent dans les 2 h après une prise de pilule.

Ceci illustre parfaitement le manque d'information sur les situations entraînant une diminution d'efficacité de la pilule.

Dans l'étude de Barjos *et al.*, les vomissements représentaient 9.8% des échecs et 6.9% évoquaient une diarrhée. [18]

Chaque prescription de pilule devrait être accompagnée d'un document expliquant ce qu'il faut faire dans une situation à risque de diminuer l'efficacité contraceptive ; ceci n'étant pas toujours explicite sur les notices d'utilisation.

- 19% des filles pensent également que le calcul du cycle est une bonne méthode de contraception ; ceci est probablement lié à une mauvaise interprétation de ce qui est appris à l'école. Les jeunes filles retiennent que le cycle féminin dure 28 jours mais ceci est une moyenne et beaucoup ne le savent pas. Ainsi, un rapide calcul peut leur faire penser que cette méthode assure une protection efficace.

- 6.4% des filles et 15.9% des garçons pensent également que la pilule rend stérile ou « ne savent pas ». Ces taux sont supérieurs à ceux retrouvés par A. Girard : dans son étude, 3.2% des filles et 7.1% des garçons pensaient que la pilule entraînait une stérilité. Dans l'étude de Laveissière *et al.,* 4% des femmes de chaque classe d'âge pensent que la pilule rend stérile. [37]

Enfin, beaucoup d'étudiants pensent encore que l'absence de pénétration ou d'éjaculation protège du risque de grossesse. [70]

Ces résultats nous montrent également que les garçons semblent moins bien informés que les filles.
Pourtant, ils ne sont pas moins satisfaits de leur niveau de connaissances.

De plus, notre étude a mis en évidence que certains groupes se sentent moins bien informés que d'autres : les étudiantes dont le lieu d'habitation d'origine compte moins de 2000 habitants (OR=1.69), et celles ayant obtenu un bac professionnel ou technologique. (OR=2.31)
Se pose donc la question de l'accessibilité de l'information en milieu rural, et de l'information donnée dans les lycées : est-elle équitable entre tous les établissements quel que soit leur enseignement ?
Enfin, on remarque un facteur âge pour les garçons : les jeunes se sentent mieux informés.

Dans le Baromètre Santé Pays de la Loire 2000 ,78% des jeunes s'estimaient « très bien » ou « plutôt bien informés » sur la contraception. La différence selon l'usage ou non d'une méthode n'était pas significative, ce qui est également le cas dans notre étude.
La réalisation de notre étude et l'analyse de la littérature existante nous ont permis de vérifier notre quatrième hypothèse : malgré les nombreuses sources d'information, celle-ci est encore incomplète. [67]

2.3 Place de la contraception dans la relation

Dans notre étude, peu d'étudiants ont répondu aux questions relatives à la place de la contraception au sein de leur relation amoureuse. On peut émettre l'hypothèse qu'ils ne se sentent pas encore concernés par ce problème puisque beaucoup n'ont jamais eu de rapports sexuels.
Cependant, pour ceux ayant répondu, la contraception semble être une responsabilité partagée.
En effet, 87.6% des garçons ayant déjà eu des rapports se renseignent auprès de leur partenaire afin de connaître leur situation contraceptive.
Dans le sondage SOFRES ,72% des hommes n'ayant pas de compagne attitrée se renseignent et 27% ne le font jamais vs 11.3% dans notre étude. [69]

96% des garçons de notre échantillon estiment que la contraception est une préoccupation du couple.

Il est certain que la sensibilisation des jeunes à travers les différentes campagnes d'information a un effet positif sur la responsabilisation de chacun.

2.4 Rôle des différents acteurs de soins

2.4.1 Rôle des sages-femmes

L'exercice en centre de planification familiale nous amène à organiser des séances d'information sur la sexualité et la contraception. Nous avons donc notre place auprès des jeunes et un rôle important de prévention.

Les centres ne peuvent couvrir à eux seuls tous les établissements scolaires nécessitant des séances d'information. Il serait peut être intéressant d'élargir ces missions à des sages-femmes qui ne travaillent pas dans ces centres mais qui seraient volontaires pour intervenir, afin que le maximum de jeunes bénéficient d'une information.

De plus, notre droit de prescription a été élargi par l'arrêté du 12 octobre 2005, modifiant l'arrêté du 23 février 2004, fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes, à la contraception hormonale du post-partum et du post-abortum. [72]

Ainsi, nous nous devons d'être à l'écoute de la patiente afin de lui prescrire la contraception la plus adaptée possible, en tenant compte des facteurs :

- Démographiques
- Socioéconomiques et de l'environnement social
- Liés au mode de vie
- Liés au couple et à son fonctionnement
- En relation avec la femme et son histoire

C'est également un moment de conseil et de prévention. Il est nécessaire de faire le point sur les connaissances, les croyances et idées reçues en matière de contraception.

Le fonctionnement de la méthode doit être expliqué le plus clairement possible et il est nécessaire de s'assurer de la compréhension de ce qui a été dit.

Pour le cas de la pilule, on peut insister sur ce qu'il faut faire en cas d'oublis ou de troubles digestifs. Il semble nécessaire de donner à la femme une information complète, claire et de lui fournir un document auquel elle puisse se référer si besoin. Toute prescription de pilule, patch ou anneau devrait s'accompagner d'un tel document. De plus, il est nécessaire

d'informer la patiente sur la contraception d'urgence, afin qu'elle sache où et comment l'obtenir et dans quels délais.

2.4.2 Rôle du médecin généraliste.

Le médecin de famille est un intervenant important, nous l'avons vu précédemment. C'est souvent le premier prescripteur d'une contraception. **Là encore, nous ne pouvons qu'insister sur la sensibilisation des professionnels à l'entretien contraceptif, qui amène la patiente à choisir sa contraception de façon libre et éclairée**.

En mars et juin 2006, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) a conçu, en collaboration avec la DGS (Direction Générale de la Santé) une formation d'une journée destinée à des médecins généralistes afin d'améliorer l'information, la prescription et le suivi de la contraception. Ceci s'est fait sous forme d'ateliers avec des échanges pratiques, des jeux de rôle. Des formations de ce type devraient être obligatoires. [51]

Mais plus encore, le médecin traitant a un grand rôle de prévention : aborder la contraception avec la jeune fille même si celle-ci n'a jamais eu de rapports, permet d'établir une relation de confiance mais aussi de sensibiliser les jeunes sur la contraception et la nécessité d'y avoir réfléchi et de s'être renseigné avant le premier rapport.

Ceci reste également valable pour les garçons, qui doivent être eux aussi alertés et responsabilisés.

2.4.3 Rôle de l'infirmière scolaire

La présence de l'infirmière scolaire permet aux jeunes de pouvoir bénéficier rapidement d'une information ou d'un conseil.

La loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 autorise les infirmières scolaires des établissements du second degré à délivrer à titre exceptionnel la contraception d'urgence, si un médecin ou un centre de planification familiale n'est pas immédiatement accessible.

Ceci est intéressant dans la mesure où la confidentialité est mieux respectée que dans une pharmacie où les jeunes hésitent souvent à aller, de peur que ce soit su.

L'infirmerie scolaire dispose également de dépliants sur la sexualité et la contraception. C'est donc un lieu important de la chaîne de prévention. [73]

2.4.4 Rôle du pharmacien

Le rôle du pharmacien ne se limite pas à la seule délivrance de la contraception d'urgence.

D'après le décret n°2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence :

« La délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. » [74]

La minorité est justifiée par simple déclaration orale, en aucun cas une pièce d'identité ne doit être demandée.

De plus, l'entretien préalable doit s'accompagner d'une information sur une contraception régulière et la prévention des IST et l'intérêt d'un suivi médical.

Le pharmacien doit également remettre la documentation dont il dispose sur ces sujets ainsi que les coordonnées du centre de planification et d'éducation familiale le plus proche.

CONCLUSION

L'information des étudiants n'est donc pas encore optimale. Des problèmes d'accessibilité à l'information persistent : certains groupes se sentent moins bien informés.

Les nouvelles méthodes de contraceptions hormonales restent peu connues et des idées reçues persistent.

La prescription se fait encore rarement dans le cadre d'un choix. Les recommandations récentes sur les bonnes pratiques en matière de contraception ainsi que la formation des professionnels concernés (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes) permettront peut-être à long terme d'améliorer l'information et l'observance.

Il faut donc poursuivre les efforts d'information en multipliant les campagnes d'information ainsi que les séances dans les établissements scolaires. Les campagnes d'information sur la sexualité et la contraception n'ont pas lieu tous les ans ; il faut donc mettre l'accent sur les actions locales, organisées par la région, par l'intermédiaire des ORS.

De plus, on peut qualifier la politique française en matière de contraception d'essentiellement « curative » puisque l'IVG est remboursée alors que tous les contraceptifs ne le sont pas. Ainsi, l'apparition du patch contraceptif et de l'anneau vaginal constituent certes un progrès puisqu'ils permettent d'élargir le choix des femmes, mais leur coût limite nettement leur accès. Ceci est d'autant plus regrettable dans la mesure où la mauvaise observance et les difficultés contraceptives sont souvent liées à des situations socioéconomiques particulières. Les femmes pour qui ces méthodes seraient une solution n'y ont donc pas accès.

Le remboursement des préservatifs est également une question à aborder. La prévention des IST reste un problème de santé publique majeur et on ne peut qu'insister sur l'efficacité de la double protection pour prévenir les grossesses non prévues, ce qui est loin d'être systématique.

Enfin, l'accès récemment facilité à la contraception d'urgence constitue une avancée intéressante. Le recours augmente mais il faudra attendre quelques années afin de voir si cela a une incidence sur le taux d'IVG.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

[1] BAJOS N., FERRAND M. et l'équipe GINE.
De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues.
Paris : Inserm, 2002,348 p. (Questions en santé publique)

[2] BAULIEU E-E., HERITIER F., LERIDON H. et al.
Contraception : contrainte ou liberté ?
Paris : éditions Odile Jacob, 1999,305p. (Travaux du collège de France)

[3] BOZON M.
Sociologie de la sexualité.
Paris : Nathan université, 2003,128p. (Sociologie 128)

[4] BRETIN H.
Contraception : quel choix pour quelle vie ? Récits de femmes, paroles de médecins.
Paris : Inserm, 1992,229p. (Analyses et prospective)

[5] GIAMI A., SCHILTZ M-A.
L'expérience de la sexualité chez les jeunes adultes. Entre errance et conjugalité.
Paris : Inserm, 2004,387p. (Questions en santé publique)

[6] GRAESSLIN O., DEDECKER F., GROLIER F. et al
Patchs, anneaux, implants… : les nouvelles méthodes de contraceptions hormonales. In : *Mises à jour en gynécologie et obstétrique. Vingt-huitièmes journées nationales. Publiées par B. Carbonne.*
Paris : Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2004,p209-232.

[7] JASPARD M.
Sociologie des comportements sexuels.
Paris : La Découverte, 2005,122p. (Repères)

[8] LAGRANGE H., LHOMOND B., et al.
L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida.
Paris : La Découverte, 1997, p.227-358. (Repères)

[9] LYDIE N., LEON C.
Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse. Sexualité, IST et dépistage du VIH. *In : Baromètre Santé 2005.Premiers résultats.*
Vanves : INPES, 2006, p.103-117. (Baromètre)

[10] SERFATY D.
Contraception.
2e éd. Paris : Masson, 2002, 421p. (Abrégés)

[11] WARSZASKI J, BAJOS N.
Activité sexuelle, contraception, maladies sexuellement transmissibles. In : Baromètre santé 2000, résultats.
Vanves : INPES, 2001, p.209-232 (Baromètre)

[12] WINCKLER M.
Contraceptions mode d'emploi. Edition 2003
Vauvert : Au Diable Vauvert, 2003, 556p.

ARTICLES DE PERIODIQUES

[13] ARCHER D.F, CULLINS V., CREASY G.W, *and al.*
The impact of improved compliance with a weekly contraceptive transdermal system (Ortho Evra) on contraceptive efficacy.
Contraception, 2004, 69, p.189-195.

[14] AUDET M.C, MOREAU M., KOLTUN W.D *and al.*
Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive. A randomized controlled trial.
JAMA, 2001, 285, 8, p.2347-2354.

[15] BAJOS N., LERIDON H., GOULARD H. *and al.*
Contraception: from accessibility to efficiency.
Human Reproduction, 2003,18,5, p.994-999.

[16] BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M.
Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
Population et sociétés, 2004,407, p.38-40.

[17] BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H.
Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. La contraception en France dans les années 2000. Présentation de l'enquête Cocon.
Population, 2004, 59,3-4, p.479-502.

[18] BARJOS P., GRAESSLIN O., COHEN D., *et al*.
Grossesses survenant sous contraception orale: les leçons de l'étude GRECO.
Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 34, 2006, p.120-126.

[19] BAUDILLON L.
La reproduction interdite : de la contraception à l'IVG. In : Naître ou ne pas naître : la contraception, entre contrôle et liberté.
Le journal des psychologues, 2004, 218, p.21-27.

[20] BENSOUDA-GRIMALDI L., JONVILLE-BERA A.-P., BEAU-SALINAS F. *et al.*
Implanon® : difficultés d'insertion et de retrait, échecs contraceptifs.
Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2005,33, p.986-990.

[21] BRUNNER HUBER L., HOGUE C., STEIN A. *and al.*
Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation and choice study.
American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2006, 194, 5, p. 1290-1295.

[22] CROXATTO H-B., URBANCSEK J., MASSAZI R, *and al.*
A multicentre efficacy and safety study of the single contraceptive Implanon®.
Human reproduction, 1999, 14, 4, p.976-981.

[23] CREASY G.W, LARRY M.D, ABRAMS L.S, *and al.*
Transdermal Contraception
Seminars in reproductive medicine, 2001, 19, 4, p373-380.

[24] CROXATTO H.B.
Clinical profile of Implanon®: a single-rod etonogestrel contraceptive implant.
The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2000, 5, 2, p. 21-28.

[25] DIEBEN T.O.M, ROUMEN T.J.M.E, APTER D., *et al.*
Efficacy, cycle control and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring.
Obstetrics and Gynecology, 2002,100, 3, p.585-593.

[26] DORLAND-POTTIER C.
« Un enfant si je veux, quand je veux ».In : Naître ou ne pas naître. La contraception entre contrôle et liberté.
Le journal des psychologues, 2004,218, p.30-33.

[27] FERRAND M.
La contraception en France : une situation paradoxale. In : Naître ou ne pas naître. La contraception entre contrôle et liberté.
Le journal des psychologues, 2004, 218, p.34-37.

[28] FUNK S., MILLER M.M., MISHELL DR J., *and al.*
Safety and efficacy of Implanon, a single-rod implantable contraceptive containing etonogestrel.
Contraception, 2005, 71, p.319-326

[29] FOURNIER C.
Aider les femmes à mieux choisir leur méthode. L'accompagnement ou le counseling.
In : Dossier Contraception.
Le concours médical ,2006 ,128 ,25-26, p.1059-1056.

[30] GABRIEL A.
Efficacité réelle et théorique des différentes méthodes de contraception disponibles en 2005. *Les dossiers de l'obstétrique,* 2005, 340, p.23-25.

[31] GAINER E., PRUDHOMME M., PERRIOT Y. *and al.*
Enquête prospective sur la délivrance de la contraception d'urgence dans les centres de planification et d'éducation familiale du Val de Marne.
Gynécologie, Obstétrique et Fertilité, 2005, 33,6, p.403-408.

[32] GIAMI A., SPENCER B.
Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels.
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2004,52, p.377-387.

[33]GOULARD H., BAJOS N., JOB-SPIRA N.
Caractéristiques des utilisatrices de la pilule du lendemain, en France.
Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2003, 31, p.724-729.

[34] GRAESSLIN O., HOFFET M., BARJOT., *et al.*
L e suivi à long terme d'une cohorte de femmes porteuses d'un implant contraceptif (Implanon) : analyse intermédiaire des données de l'observatoire OPNI.
Gynécologie Obstétrique et fertilité, 2005, 33, p .315-321.

[35] HICKEY M., D'ARCANGUES C.
Vaginal bleeding disturbances and implantable contraceptives.
Contraception, 2002, 65, p.75-84.

[36] HOUSSIN D.
Pour une prescription adaptée. In : Dossier Contraception.
Le concours médical ,2006 ,128 ,25-26, p.1045-1046.

[37] LAVEISSIERE M.N, PELISSIER C., LE M.G.
La contraception orale en 2001 : résultats d'une enquête portant sur 3609 femmes âgées de 15 à 45ans.
Gynécologie, Obstétrique et Fertilité, 2003, 31,3, p.220-229.

[38] LERIDON H., OUSMY P., BAJOS N., équipe Cocon.
La médicalisation croissante de la contraception en France.
Population et sociétés, 2002,381,p1-4.

[39] LESSANA M.M
Naître ou ne pas naître…In : Naître ou ne pas naître. La contraception entre contrôle et liberté.
Le journal des psychologues, 2004, 218, p.38-43.

[40] MATET N., LAMARCHE J.
L'accès en urgence: le dispositif actuel. In : Dossier Contraception.
Le concours médical ,2006 ,128 ,25-26, p.1051-1052.

[41] MILSOM. I, LETE I., BJERTNAES A. *and al.*
Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, Nuvaring, versus an oral contraceptive containing 30µg ethynil estradiol and 3 mg drospirenone.
Human reproduction, 2006, 21, 9, p2304-2311.

[42] MIGEOT V., INGRAND I., DEFOSSEZ G.
Comportements de santé des étudiants d'IUT de l'Université de Poitiers.
Santé publique, 2006, 18, 2,195-205.

[43] MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J.
Evaluation of a mass media campaign on contraception in France.
The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2002, 7, p. 105-113.

[44] MOREAU C., BAJOS N.
Impact de la démédicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France. Résultats de l'enquête Baromètre Santé. In : Dossier Contraception.
Le concours médical ,2006 ,128 ,25-26, p.1047-1050.

[45] NOVAK A., DE LA LOGE C., ABETZ L., *and al.*
The combined contraceptive vaginal ring, Nuvaring®: an international study of user acceptability.
Contraception, 2003, 67, p.187-194.

[46] ODSSON K., LEIFELS-FISCHER B., ROBERTO DE MELO N. *and al.*
Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (Nuvaring) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial.
Contraception, 2002,71, p.176-182.

[47] OTERO FLORES J.B., LOZANO BALDERAS M., CORTES BONILLA M. *and al.*
Clinical experience and acceptability of the etonogestrel subdermal contraceptive implant.
International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 90, p.228-233.

[48] PRUDHOMME M., BOUCHER J., DELBERGHE P. *et al.*
Préservatif féminin ou masculin : proposez les deux !
Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2005,33, p.891-897.

[49] RAINER T.R, HARPER C.C, ROCCA C.H *and al.*
Direct access to emergency contraception trough pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs. A randomized controlled trial.
JAMA, 2005, 293,1, p.54-62.

[50] RAYMOND G.E., TRUSSEL J., POLIS C.B.
Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic revue.
Obstetrics and Gynecology, 2007, 109, 1, p. 181-188.

[51] RENARD V., AUBIN I., BACLE F. *et al.*
Un partenariat original pour former les médecins généralistes. In : Dossier Contraception.
Le concours médical ,2006 ,128 ,25-26, p.1057-1058.

[52] ROUMEN F.J.M.E., APTER D., MULDERS T.M.T, *et al.*
Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and éthinyloestradiol.
Human Reproduction, 2001, 16, 33, p.469-475.

[53] SARKAR N.N.
The combined contraceptive vaginal device (Nuvaring®): a comprehensive review.
The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2005,10,2, p. 73-78.

[54] SERGENT F., CLAMAGERAN C., BASTARD A-M *et al.*
Acceptabilité de l'implant contraceptif à l'etonogestrel (Implanon®).
Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction,2004,33,5, p407-415.

[55] SMALLWOOD G.H., MEADOR M.L., LENIHAN J.P., *and al.*
Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system.
Obstetrics and Gynecology, 2001, 98,5, p789-805.

[56] S.T.LO S., Y.S.FAN S., HO P.C. *and al.*
Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial.
Human Reproduction, 2004, 19, 10, p.2404-2410.

[57] URDL W., APTER D., ALPERSTEIN A. *and al*
Contraceptive efficacy, compliance and beyond: Factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception.
European Journal of Obstetrics and Gynecology and reproductive biology, 2005, 121, p202-210.

[58] VILAIN A.
Les interruptions volontaires de grossesse en 2002.
Etudes et résultats, 2004,348, 8p. [Dernière consultation le 10/03/07]. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er348.pdf

[59] WEISBERG E., HICKEY M., PALMER D., *and al.*
A pilot study to assess the effect of three short-term treatments on frequent and/or prolonged bleeding compared to placebo in women using Implanon.
Human reproduction, 2006, 21, 1, p295-301.

[60] ZAFRAN M.
La consultation de base en contraception.
Les dossiers de l'obstétrique, 2002,306, p.26-27.

RAPPORTS

[61] ANAES.
Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004. [Dernière consultation le 13/03/07]
Disponible sur :
http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/con_rap.pdf

[62] DUREX
Global Survey 2004: [Dernière consultation le 10/03/07]. Disponible sur :
http://www.durex.com/fr/GSS2004Results.asp?intMenuOpen=9

[63] FNORS
Prévision des grossesses non prévues dans 3 départements : Rhône, Seine-St-Denis, Somme. Rapport final. Juin 2004. [Dernière consultation le 10/03/07]. Disponible sur :
http://www.fnors.org/Fnors/Ors/Travaux/Gross.pdf

[64] HAUT CONSEIL DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE
Rapport présenté par I. NISAND et L.TOULEMON.
Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures.
Décembre 2006, 15p. [Dernière consultation le 10/03/07]. Disponible sur :
http://www.femmes-egalite.gouv.fr/se_documenter/ressources_doc/bibliotheque/docs/ivg_mineures.pdf

[65] INSERM
Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes.
Paris : Inserm, 2001,247p. (Expertise collective)

[66] ORS DE BOURGOGNE
Une action de prévention auprès de jeunes femmes en Bourgogne.
Octobre 1999, 37p.

[67] ORS DES PAYS DE LA LOIRE
Sexualité, contraception et infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de la région.
Résultats de l'enquête Baromètre Santé Jeunes 2000, octobre 2002, 8p. [Dernière consultation le 8/03/07]. Disponible sur :
http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/BSJ/2000BSJpdl.pdf

[68] ORS DES PAYS DE LA LOIRE
Sexualité, contraception, prévention et dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de 15-25 ans.
Résultats de l'enquête Baromètre Santé Jeunes 2005, mai 2006, 12p. [Dernière consultation le 8/03/07]. Disponible sur :
http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/BSJ/2005BSJpdlsexualite.pdf

[69] SOFRES
Sondage : les Français et la contraception. [Dernière consultation le 10/03/07]
Disponible sur :
http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/280104_contraception.htm

MEMOIRES et THESES

[70] GIRARD A.
Contraception et adolescence. L'information reçue et l'utilisation qui en est faite.
Mém : Sage-femme: Nantes : 2001,81p.

[71] LEMORT M.F.
La contraception au cours du premier rapport sexuel. Enquête réalisée auprès de 467 jeunes filles âgées de 13 à 21 ans.
Th : Méd. : Nantes : 1998,122p.

TEXTES LEGISLATIFS

[72] Arrêté du 12 octobre 2005 modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.
Journal officiel du 8 novembre 2005.
http://www.legifrance.gouv.fr/imagesJOE/2005/1108/joe_20051108_0260_0017.pdf

[73] Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.
Journal Officiel du 14 décembre 2000
http://www.legifrance.gouv.fr/imagesJO/2000/198/JO200019830.pdf

[74] Décret n°2002-39 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence.
Journal Officiel du 10 janvier 2002.
http://www.legifrance.gouv.fr/imagesJO/2002/005/JO200200590.pdf

[75] Loi n°2001-588 relative à l'IVG et à la contraception
Journal Officiel du 7 juillet 2001.
http://www.legifrance.gouv.fr/imagesJOALL/2001/108/JO200110823ALL.pdf

Dernière consultation des ces sites : 14/03/07

SITES INTERNET

[76] **http://www.cbezanson.com/CO%20tableau.htm** [Dernière consultation le 14/03/07]

[77] **http://www.univ-nantes.fr/952/0/fiche_952__structure/** [Dernière consultation le 14/03/07]

ANNEXE 1

Bras Elodie
Etudiante sage-femme 4°année
Ecole de Nantes
E-mail : elo.bras@hotmail.fr

Octobre 2006

A Nantes.

Etudiante en quatrième année à l'école de sages-femmes de Nantes, j'ai choisi la contraception comme thème de mon mémoire de fin d'études.

Ce sujet me tient particulièrement à cœur. Afin que ce travail soit le plus complet possible, je réalise une étude chez les étudiants inscrits en première année à l'université.

Le questionnaire qui suit est strictement anonyme. Si certaines questions vous semblent gênantes, vous avez la possibilité de ne pas y répondre.
Cependant, pour que mon étude soit valable, il est important que je recueille toutes les données nécessaires.

Je compte donc sur vous, sur la sincérité de vos réponses, afin de rendre ce travail le plus juste possible.
Si à l'issue de ce questionnaire vous souhaitez me contacter, mon e-mail est à votre disposition.

Je vous remercie de votre collaboration.

CONTRACEPTION ETUDIANTES – UNIVERSITE DE NANTES

DONNEES GENERALES

- Quel âge avez-vous ? ……. ans

- Votre lieu d'habitation d'origine compte : 1.□ Moins de 2 000 habitants
2.□ Plus de 2 000 habitants

- Vous êtes née 1.□ En France (métropole) 2.□ Dans un DOM ou TOM
3.□ Dans un autre pays européen 4.□ Dans un pays du Maghreb
5.□ Dans un autre pays d'Afrique 6.□ Ailleurs, précisez : ……

- La profession de votre père
1.□ Agriculteur
2.□ Artisan, commerçant
3.□ Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4.□ Profession intermédiaire, cadre moyen
5.□ Employé
6.□ Ouvrier
7.□ Sans profession
8.□ Autre, précisez …….

- La profession de votre mère
1.□ Agricultrice
2.□ Artisane, commerçante
3.□ Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4.□ Profession intermédiaire, cadre moyen
5.□ Employée
6.□ Ouvrière
7.□ Sans profession
8.□ Autre, précisez …….

- A quel bac avez-vous été reçu ?
1.□ Bac général 2.□ Bac professionnel 3.□ Bac technologique
Préciser la série ……. Année d'obtention …….

- Dans quel domaine étudiez-vous actuellement ?
1.□ Licence 2.□ IUT 3.□ PCEM1 4.□autre, précisez……
- Quelle est votre faculté (ou votre école, IUT)
1.□ Droit, politique, économie, gestion 2.□ Lettres et langues
3.□ Sciences et technologie 4.□ Sciences Homme et société
5.□ Santé 6.□Autre, précisez ……

- Travaillez- vous en dehors de vos études ?
0.□ Non 1.□ Oui occasionnellement (vacances, week-ends, soirées)
2.□ Oui régulièrement à temps partiel 3.□ Oui à plein temps

- Avez-vous une mutuelle (complémentaire) ? 1.□ Oui 2.□ Non

- Pratiquez-vous une religion ? 1. □ Oui 2. □ Non
Si Oui, laquelle : 1.□ Catholique 2.□ Protestante
3.□ Juive 4.□ Musulmane 5.□ Autre

- Fumez-vous actuellement tous les jours ? 1.□ Oui 2.□ Non
Combien de cigarettes/ jour…….

- Vous arrive-t-il de consommer du cannabis ? 1.□ Oui 2.□ Non
Si Oui 1.□ ≥ 1/ semaine
2.□ ≤ 1 /semaine mais plusieurs fois par mois
3.□ Très rarement

- Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? 1.□ Oui 2.□ Non
Si Oui 1.□ ≥ 1/semaine
2.□ ≤ 1/semaine mais plusieurs fois par mois
3.□ Très rarement

VIE PERSONNELLE

- Avez-vous des enfants 1.□ Oui 2.□ Non
Si Oui, combien ? ……

- Etes-vous 1.□ Mariée 2.□ Célibataire

Vivez-vous en couple ? 0.□ Non 1.□ Oui, tous les jours 2.□ Oui, de manière espacée

Vivez-vous : 1.□ seule 2.□ chez vos parents

- Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ? 1. □ Oui 2. □ Non
Si Oui, -âge du premier rapport : ……ans
-nombre de partenaires jusqu'à ce jour :…….

- Avez- vous eu des rapports hétérosexuels au cours des 12 derniers mois :
0.□ Non
1.□ Occasionnels (≤ 1/ mois)
2.□ Réguliers (de 1 à 3 par semaine)
3.□ Fréquents (plus de 3 par semaine)

- Avez-vous un projet de grossesse dans l'année ? 1.□ Oui 2.□ Non
Dans les 3 ans ? 1.□ Oui 2.□ Non

CONTRACEPTION

Dans le tableau suivant :
Colonne A : cochez la ou les méthodes de contraception que vous utilisez actuellement ;
Colonne B: cochez lorsque vous en connaissez le coût
Colonne C : cochez lorsque vous connaissez le principe d'utilisation

	A Méthode(s) contraceptive(s)	B Coût	C Principe d'utilisation
Pilule			
Patch			
Implant sous-cutané			
Anneau vaginal			
Stérilet à la progestérone			
Stérilet au cuivre			
Préservatif masculin			
Préservatif féminin			
Crèmes, ovules, éponges spermicides			
Diaphragmes, capes cervicales			
Retrait			
Autres méthodes naturelles (calcul du cycle, températures)			

Si vous n'utilisez aucune méthode contraceptive, précisez pourquoi :…….

- Si vous utilisez un moyen + un préservatif, au bout combien de temps pensez-vous pouvoir abandonner le préservatif ? …….

- Si vous avez des partenaires différents, l'utilisation du préservatif est pour vous :
1. Systématique
2. Aléatoire, précisez pourquoi : classez les items de 1 à 3 du plus important (1) au moins important (3)
   - Le coût
   - La contrainte de l'utilisation
   - Les sensations moindres
   - Cela crée des doutes et diminue la confiance entre les deux partenaires
   - La honte de l'achat

Si vous utilisez une ou plusieurs méthodes :
- Depuis combien de temps utilisez-vous cette (ces) méthode(s) ?.....
- Avez-vous utilisé d'autres méthodes avant celle(s)-ci ? 1. Oui 2. Non
  Si Oui, précisez laquelle (ou lesquelles)……..

- Pour les utilisatrices de la pilule : êtes-vous sujette aux oublis ? 1. Oui 2. Non
Si Oui : 1. Plusieurs fois par mois
2. Moins d'une fois par mois
3. Très rarement
4. Jamais

- Qui vous a prescrit votre contraception ?

1.□ Votre médecin généraliste
2.□ Votre gynécologue
3.□ Un centre de planification familiale
4.□ Personne
5.□ Autre, précisez……

- Lors de cette consultation, vous a-t-on proposé différentes méthodes ?

1. □ Oui 2. □ Non

- Votre méthode contraceptive vous convient-elle ?

1.□ Oui, complètement 2.□ Oui, en partie 3.□ Non 4.□ Pas du tout

Si non précisez pourquoi : 1.□ Contrainte par rapport aux horaires 2.□ Inadaptée à votre vie affective (relations épisodiques…) 3.□Effets indésirables
4. □Autre, précisez…….

- Vous arrive-t-il d'interrompre votre contraception selon les moments de votre vie affective ?

1.□ Oui 2.□ Non

- Discutez-vous de la contraception avec votre (vos) partenaire(s) ?

1.□Oui, souvent 2 .□Oui, parfois 3.□Non, jamais

Répondez- aux questions suivantes même si vous n'utilisez aucune méthode.

- Comment avez-vous été renseignée sur les différentes méthodes contraceptives (plusieurs réponses possibles) □ L'information reçue en milieu scolaire (interventions…)

□ Les médias (internet, reportages télévisés, radio)
□ Discussions avec 1.□ votre père
2.□ votre mère
3.□ vos frères et sœurs
4.□ vos ami(e)s
5.□ autre, précisez…….
□ Le prescripteur (médecin, planning familial)
□ Votre conjoint du moment
□ Autre, précisez……..

-Vous estimez-vous suffisamment informée dans ce domaine ?

1.□ Oui, complètement 2.□ Oui, en partie 3.□ Non pas du tout

- Facteurs déterminant pour vous un choix contraceptif

Vous allez classer de 1 à 5 les items suivants, du plus important 1 au moins important 5

- Conseils du prescripteur
- Contraception adaptée à la sexualité (fréquence des rapports….)
- A la nature de la relation avec le partenaire (stable ou Non)
- La moins chère possible, remboursée
- Avec le moins d'effets indésirables possibles
- Qu'elle convienne au partenaire
- Qu'elle ne gêne pas lors du rapport sexuel
- Elle ne doit pas nécessiter de manipulation vaginale
- Elle doit correspondre à mon éducation (religion, culture..)
- Elle doit être adaptée à mon mode de vie (horaires, sorties)

- Avez-vous déjà eu recours à l'IVG ? 1.□ Oui 2.□ Non

Si oui : - 1.□ 1 fois 2.□ 2 fois 3.□ plus, précisez : ……..

- cela vous a t'il fait changer de méthode ? 1.□ Oui 2.□ Non

- Avez-vous déjà utilisé la contraception d'urgence (Norlevo®) ? 1.□ Oui 2.□ Non

Si oui, combien de fois : …….

Si non : Connaissez-vous son principe ? 1.□ Oui 2.□ Non

Comment se la procurer ? (prescription nécessaire ou pas, coût)

1.□ Oui 2.□ Non

Dites où on peut la trouver ……..

QUESTIONS –REPONSES

Pas de pénétration, pas de risque de grossesse 1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ Ne sait pas

Pas d'éjaculation, pas de risque de grossesse (ex : méthode du retrait) ; nsp = ne sait pas

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

La méthode de calcul du cycle est un bon moyen d'éviter la survenue d'une grossesse

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

La pilule rend stérile 1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

Si des vomissements surviennent dans les 2h suivant la prise de la pilule, il y a un risque de grossesse

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

On ne peut pas poser de stérilet à une femme qui n'a jamais eu d'enfants

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

L'implant sous cutané doit être laissé au moins trois ans et ne peut pas être retiré avant

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

L'anneau vaginal se met en place comme un tampon

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

L'anneau doit être retiré après chaque rapport

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

La pilule du lendemain doit être prise le plus rapidement possible après le rapport à risque

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

Commentaires sur le sujet

……

……

…… Je vous remercie de votre participation.

CONTRACEPTION ETUDIANTS – UNIVERSITE DE NANTES

DONNEES GENERALES

- Quel âge avez-vous ? ……. ans

- Votre lieu d'habitation d'origine compte : 1.□ Moins de 2 000 habitants
2.□ Plus de 2 000 habitants

- Vous êtes né 1.□ En France (métropole) 2.□ Dans un DOM ou TOM
3.□ Dans un autre pays européen 4.□ Dans un pays du Maghreb
5.□ Dans un autre pays d'Afrique 6.□Ailleurs, précisez……

- La profession de votre père
1.□ Agriculteur
2.□ Artisan, commerçant
3.□ Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4.□ Profession intermédiaire, cadre moyen
5.□ Employé
6.□ Ouvrier
7.□ Sans profession
8.□ Autre, précisez …….

- La profession de votre mère
1.□ Agricultrice
2.□ Artisane, commerçante
3.□ Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
4.□ Profession intermédiaire, cadre moyen
5.□ Employée
6.□ Ouvrière
7.□ Sans profession
8.□ Autre, précisez …….

- A quel bac avez-vous été reçu ?
1.□ Bac général 2.□ Bac professionnel 3.□ Bac technologique
Préciser la série ……. Année d'obtention …….

- Dans quel domaine étudiez-vous actuellement ?
1.□ Licence 2.□ IUT 3.□ PCEM1 4. □ Autre, précisez……..

- Quelle est votre faculté (ou votre école, IUT)
1.□ Droit, politique, économie, gestion 2.□ Lettres et langues
3.□ Sciences et technologies 4.□ Sciences Homme et société
5.□ Santé 6.□ Autre, précisez……

- Travaillez-vous en dehors de vos études ?
0.□ Non 1.□ Oui occasionnellement (vacances, week-ends, soirées)
2.□ Oui régulièrement à temps partiel 3.□ Oui à plein temps

- Avez-vous une mutuelle (complémentaire) ? 1.□ Oui 2.□ Non

- Pratiquez-vous une religion ? 1. □ Oui 2. □ Non
Si Oui, laquelle : 1.□ Catholique
2.□ Protestante
3.□ Juive
4.□ Musulmane
5.□ Autre

- Fumez-vous actuellement tous les jours ? 1.□ Oui 2.□ Non
Combien de cigarettes/ jour ……..

- Vous arrive-t-il de consommer du cannabis ? 1.□ Oui 2.□ Non
Si Oui 1.□ ≥ 1/ semaine
2.□ ≤1 /semaine mais plusieurs fois par mois
3.□ Très rarement

- Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? 1.□ Oui 2.□ Non
Si Oui 1.□ ≥ 1/semaine
2.□ ≤ 1/semaine mais plusieurs fois par mois
3.□ Très rarement

VIE PERSONNELLE

- Avez-vous des enfants 1.□ Oui 2.□ Non
Si Oui, combien ? ……

- Etes-vous 1.□ Marié 2.□ Célibataire

Vivez-vous en couple ? 0.□ Non 1. □ Oui, tous les jours 2. □ Oui, de manière espacée
Vivez-vous : 1. □ Seul 2. □ Chez vos parents

- Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ? 1. □ Oui 2. □ Non
Si Oui, -âge du premier rapport ……ans
-nombre de partenaires jusqu'à ce jour …….

- Avez- vous eu des rapports hétérosexuels au cours des 12 derniers mois :
0. □ Non
1. □ Occasionnels (≤ 1/ mois)
2. □ Réguliers (de 1 à 3 par semaine)
3. □ Fréquents (plus de 3 par semaine)

CONTRACEPTION

En ce moment, quelle(s) méthode(s) contraceptive(s) utilisez-vous au cours de vos rapports sexuels vous et votre partenaire ? Si vous êtes seul passez aux colonnes B et C

-

Colonne A : cochez la ou les méthodes de contraception que vous utilisez actuellement
Colonne B : cochez lorsque vous en connaissez le coût
Colonne C : cochez lorsque vous connaissez les modalités d'utilisation

	A Méthode(s) contraceptive(s)	B Coût	C Principe d'utilisation
Pilule			
Patch			
Implant sous-cutané			
Anneau vaginal			
Stérilet à la progestérone			
Stérilet au cuivre			
Préservatif masculin			
Préservatif féminin			
Crèmes, ovules, éponges spermicides			
Diaphragmes, capes cervicales			
Retrait			
Autre méthode naturelle (calcul du cycle..)			

- Avez-vous utilisé d'autres méthodes avant celle(s)-ci ? 1. □ Oui 2. □ Non
Si Oui, précisez…….

- Si avec votre partenaire vous n'utilisez aucun moyen contraceptif, précisez pourquoi : ……

-Si vous avez des relations sexuelles aves des partenaires différentes :
L'utilisation du préservatif est pour vous : 1.□ Systématique 2.□ Aléatoire
Si aléatoire, précisez pourquoi…….

-Demandez-vous à vos partenaires 1.□ Systématiquement
2.□ Occasionnellement
3.□ Jamais
si elles utilisent un moyen de contraception ?

- Au cours de vos relations, si vous utilisez un <u>moyen + un préservatif</u>, au bout combien de temps, pensez-vous pouvoir abandonner le préservatif ? …….

- Lorsque vous utilisez le préservatif, cette méthode vous convient-elle ?
1.□ Oui, complètement 2.□ Oui, en partie 3.□ Non, pas du tout

-Pour vous les obstacles à l'utilisation du préservatif sont : classez les items de 1 à 3 du plus important (1) au moins important (3) :

- Le coût
- La contrainte de l'utilisation
- Les sensations moindres
- Cela crée des doutes et diminue la confiance entre les deux partenaires
- La honte de l'achat

Si vous en trouvez d'autres, précisez……

- Au cours de vos relations, une de vos partenaires a-t-elle eu recours à l'IVG ?

1.□ Oui 2.□ Non

- En ce qui concerne la contraception d'urgence (Norlevo®) ?

- une de vos partenaires y a-t-elle eu recours ? 1.□ Oui 2.□ Non

-connaissez-vous son principe ? 1. □ Oui 2.□ Non

-comment se la procurer ? (prescription médicale nécessaire ou pas, coût)

1.□ Oui 2.□ Non

Dites où on peut la trouver ……

- Qui vous a renseigné sur les différentes méthodes de contraception (plusieurs réponses possibles)

□ L'information reçue en milieu scolaire (interventions…)
□ Les médias (internet, reportages télévisés, radio)
□ Discussions avec 1.□ votre père
2.□ votre mère
3.□ vos frères et sœurs
4.□ vos ami(e)s
5.□ autre, précisez……..
□ Le prescripteur (médecin, planning familial)
□ Vos partenaires
□ Autre, précisez ……

- Vous estimez- vous suffisamment informé dans ce domaine ?

1.□ Oui, complètement 2.□ Oui, en partie 3.□ Non, pas du tout

- Discutez-vous de la contraception avec votre (vos) partenaire(s) ?

1.□ Oui, souvent 2.□ Oui, parfois 3.□ Non, jamais

- Pour vous la contraception

1.□ c'est une préoccupation féminine 2.□une préoccupation masculine
3.□ une préoccupation du couple

QUESTIONS –REPONSES

Pas de pénétration, pas de risque de grossesse 1.□Vrai 2.□ Faux 9.□ ne sait pas **(nsp)**

Pas d'éjaculation, pas de risque de grossesse (ex : méthode du retrait)

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

La pilule rend stérile 1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

Si des vomissements surviennent dans les 2h après la prise de la pilule, il y a un risque de grossesse

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

On ne peut pas poser de stérilet à une femme qui n'a jamais eu d'enfants

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

L'implant sous cutané ne peut pas être retiré avant trois ans

1.□ Vrai 2.□Faux 9.□ nsp

L'anneau vaginal se met en place comme un tampon

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

L'anneau doit être retiré après chaque rapport

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

La pilule du lendemain doit être prise le plus rapidement possible après le rapport à risque

1.□ Vrai 2.□ Faux 9.□ nsp

Commentaires sur le sujet

……

……

Je vous remercie de votre participation.

ANNEXE 2

Contraception Orale en 2007.

Composition hormonale	Phases	Nom commercial	Prix pour un mois	Remarques
Progestatif 2ème génération **Progestatif 1ère génération** **Progestatif 3ème génération**	**lévonorgestrel** **noréthistérone** **désogestrel** **[Monos-Phasiques (MP)]**	Microval Miligynon Cérazette	**R** **NR** **NR**	Allaitement et CI aux OP. Se prennent en continu
Oestro-Progestatifs normodosés (OP) **Ethynilestradiol (EE) 50 µg** **Progestatif (P) de 1ère génération**	**MP**	Stédiril	**R**	-
OP mini-dosés **EE= 20 à 40 µg** **P de 1ère et 2ème génération**	**MP** **Bi-phasique (BP)** **Tri-phasique (TP)**	Minidril Ludéal-Gé Ortho-Novum Adépal Miniphase Trinordiol Daily-gé Triella	**R** **R** **NR** **R** **R** **R** **R** **R**	
OP mini-dosés **EE= 35 à 20µg** **P de 3ème génération**	**EE=35µg** **P :norgestimate** **EE=30µg** **P : désogestrel** **EE= 30µg** **P :gestodène**	Cilest Effiprev Varnoline Varnoline continu Cycléane 30 Minulet Moneva	**NR**	

OP mini-dosés **EE= 35 à 20µg** **P de 3ème génération**	**TP** **EE et Gestodène** **EE=30µg** **EE=20µg** **P : drospirenone** **EE : 30µg** **P : acétate de chlormadinone** **EE : 20µg** **P : désogestrel** **EE : 20µg** **P : gestodène**	Phaeva Tri-Minulet Jasmine Jasminelle Belara Mercilon 20 Cycléane 20 Harmonet Méliane	**NR**	
OP micro-dosés **EE : 15µg**	**EE :15µg** **P : gestodène**	Mélodia Minesse	**NR**	28 comprimés, 4 derniers=placebo
Acné et contraception	**TP** **EE : 0.18 à 2mg** **P : norgestimate**	Tricilest Triafemi	**NR**	acné légère à modérée
	EE= 2mg **cyprotérone 35µg**	Diane 35 Holgyème Minerva Evapar	**NR**	signes d'androgénisation

NR= Non remboursé R= Remboursé

Tableau rédigé grâce à la revue « Prescrire » (Mars 1998 et Mars 2001) , au Dictionnaire Vidal (2006) , de Vidal News et de Vidal Pro. [76]

Dernière mise à jour le 14 octobre 2006.

ANNEXE 3

Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS)

Responsable : Mme Brigitte DESTRUBE

Mél : Brigitte.Destrube@univ-nantes.fr

110, bd Michelet
BP32238
44322 Nantes Cedex 3
FRANCE

02-40-37-10-50

»Visite médicale

Elle est proposée individuellement par courrier aux étudiants primo inscrits de l'université, et des écoles ayant passé convention avec le SUMPPS (ENITIAA, école d'architecture, Beaux Arts, école centrale de Nantes, école nationale vétérinaire, Ecole Privée des Sciences Informatiques - I.U.F.M. - ICES La Roche sur Yon).
Les étudiants de Saint Nazaire et de la Roche-sur-Yon sont convoqués sur leur site respectifs

»Visite médicale à la demande

Tous les étudiants peuvent à leur demande s'entretenir avec un médecin ou une infirmière. L'accessibilité des locaux permet d'accueillir les étudiants handicapés, de les informer sur leurs droits et de leur délivrer les certificats précisant les aménagements de scolarité et d'examens spécifiques à leur handicap.

»Consultation médico-psychologique

Les étudiants qui souhaitent une aide psychologique peuvent rencontrer, sur rendez vous, un psychothérapeute (psychiatre ou psychologue) en entretiens particuliers.

»Consultation de Gynécologie

Des gynécologues assurent des consultations et informent sur la sexualité, la contraception, les maladies sexuellement transmissibles.

»Service social

Les assistantes sociales du SUMPPS sont à la disposition des étudiants dans les locaux du service et dans les ensembles : Droit, Lettres, Sciences.

»Education à la santé

Les médecins et les infirmières sont amenés à conceptualiser, organiser et évaluer des actions de prévention et d'éducation à la santé, sur des thèmes de santé publique, en collaboration avec les étudiants.

Organisation administrative

- Directrice Docteur Brigitte DESTRUBE
- Responsable administrative : Chantal GAUTIER
- Accueil : Bernadette LANGLOIS

- Médecins généralistes

  - Manuèle BOUCHET
  - Patrice BRACHELET (Nantes et Saint-Nazaire)
  - Florence BROSSAUD MILLOT (La Fleuriaye)
  - Hélène CATHALA (étudiants handicapés)
  - Didier CLEMENT (La Roche sur Yon)
  - Brigitte DESTRUBE-CAZIN
  - Axelle PAHUD
  - Françoise PANIZZA
  - Lucie RAINGEARD
  - Céline VASSOGNE

- Médecins gynécologues :

  - Claire DUCROS
  - Isabelle ESMENJAUD

- Médecins Psychiatres

  - Jacques DELVIGNE
  - Ariel MUZELLEC

- Infirmières

  - Nicole BAINVEL (Sciences le mercredi)
  - Marianne BOURGAREL (ensemble Sciences)
  - Pascale CHEVALLIER (IUT la Fleuriaye)
  - Désirée DOUILLY
  - Laurence FABLET (Lettres)
  - Elisabeth de FERRON
  - Michèle JOURNEAU

- Nicole LAURENT
- Annette PELE
- Marie-Edith PIET (La Roche sur Yon)

Psychologues

- Philippe BEDEAU
- Marie Christine DEBIEN
- Brigitte QUERE
- Christiane SCHMIDT

Assistantes Sociales

- Anne Marie BOUVET
- Yveline GAUCHEREL
- Françoise RONGERE

RESUME

Malgré l'augmentation de la couverture contraceptive, le taux d'IVG en France reste relativement stable depuis sa légalisation en 1975. Ceci s'explique en partie par divers phénomènes sociologiques, mais de récentes études ont montré qu'il subsiste des problèmes d'information et d'accessibilité à la contraception.

Parallèlement, l'offre contraceptive hormonale s'est élargie avec la commercialisation de l'implant, du patch et de l'anneau vaginal.

L'étude menée au SUMPPS de Nantes auprès de 411 filles et 217 garçons inscrits en première année à l'université, montre que l'information n'est pas encore optimale et qu'il reste également des efforts à faire de la part des professionnels dans le domaine de la prescription.

La multiplication des campagnes d'information et surtout le remboursement de tous les contraceptifs permettront peut-être d'améliorer cette situation.

MOTS-CLEFS : - Contraception - IVG - Contraception d'urgence - Etudiants - Information - Nouvelles méthodes de contraceptions hormonales. - Sexualité - SUMPPS