

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2012

N°44

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Médecine Générale

par

*Aline Nicolleau*

Née le 31 Janvier 1984 à La Roche sur Yon

---

Présentée et soutenue publiquement le *24 Avril 2012*

---

SPECIALITE DU PRESCRIPTEUR DE LA PREMIERE CONTRACEPTION  
DE LYCEENNES DE LOIRE-ATLANTIQUE/ VENDEE.  
DESCRIPTION DES PRINCIPAUX DETERMINANTS AYANT INFLUENCE LE CHOIX  
DE CE PRESCRIPTEUR.

---

Président : Monsieur le Professeur Senand

Directeur de thèse : Madame le Docteur Leroux

## ABREVIATIONS

**A.T.C.D.** : Antécédent

**B.E.P.** : Brevet d'Etudes Professionnelles

**B.T.S.** : Brevet de Technicien Supérieur

**C.A.P.** : Certificat d'Aptitude Professionnelle

**C.A.T.** : Conduite A Tenir

**C.P.** : Centre de Planification

**C.S.P.** : Catégorie Socio Professionnelle

**E.C.J.S.** : Education Civique Juridique et Sociale

**F.D.R.C.V.** : Facteur De Risque Cardio Vasculaire

**H.P.V.** : Human Papilloma Virus

**I.D.E.** : Infirmière Diplômée d'Etat

**I.N.S.E.E.** : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

**I.S.T.** : Infection Sexuellement Transmissible

**I.V.G.** : Interruption Volontaire de Grossesse

**L.G.T.** : Lycée Général et Technologique

**L.P.T.** : Lycée Professionnel et Technique

**L.R.S.Y.** : La Roche Sur Yon

**M.G.** : Médecin Généraliste

**M.T.** : Médecin Traitant

**O.M.S.** : Organisation Mondiale de la Santé

**O.R.S.** : Organisation de Recherche pour la Santé

**R.D.V.** : RenDez-Vous

**S.A.** : Semaine d'Aménorrhée

**W.O.N.C.A.:** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of Generale Practionners/ Family Physicians

## TABLE DES MATIERES

|   |    |
|---|----|
| ABREVIATIONS .....  | 2  |
| AVANT-PROPOS .....  | 7  |
| 1. CONTEXTE.....  | 8  |
| 1.1. L'adolescence .....  | 8  |
| 1.2. Les I.V.G. : un problème de santé publique.....                    | 8  |
| 1.3. Les moyens de contraception et leurs limites .....                 | 8  |
| 1.4. La première consultation pour une contraception.....               | 9  |
| 1.5. La place du médecin généraliste face à la contraception.....       | 8  |
| 2. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....                           | 10 |
| 3. MATERIEL ET METHODE .....  | 12 |
| 3.1. Matériel .....   | 12 |
| 3.2. Methode de choix des lycées .....                                  | 12 |
| 3.3. Les rencontres avec les infirmières scolaires.....                 | 13 |
| 3.4. Méthodes de distribution et récupération des questionnaires.....   | 13 |
| 3.5. Methode d'analyse des résultats .....                              | 17 |
| 4. LES RESULTATS .....  | 18 |
| 4.1. Caracteristiques des adolescentes interrogées .....                | 19 |
| 4.2. Caractéristiques des médecins traitants .....                      | 20 |
| 4.3. La sexualité des adolescentes interrogées .....                    | 25 |
| 4.4. La contraception des adolescentes interrogées.....                 | 26 |
| 4.5. Le prescripteur de leur première contraception. ....               | 29 |
| 4.6. Pourquoi ont-elles choisi ce médecin ? (réponses libres) .....     | 35 |
| 4.7. Les critères de choix étudiés .....                                | 38 |
| 4.8. Commentaires. ....   | 42 |
| 5. DISCUSSION .....   | 44 |
| 5.1. Discussion de la méthode.....                                      | 44 |
| 5.2. Représentativité de l'échantillon d'adolescentes interrogées ..... | 45 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 5.3.  | Quel médecin a prescrit la première contraception des adolescentes interrogées ?.....  | 48 |
| 5.4.  | Quels déterminants sont susceptibles d'avoir influencé le choix de ces adolescentes ?.....   | 49 |
| 5.5.  | Pourquoi certaines adolescentes ayant déjà eu des rapports sexuels n'ont-elles pas de contraception efficace ?.....                                | 57 |
| 5.6.  | Quelles sont les conséquences pratiques des constatations réalisées au cours de cette étude ?.....   | 58 |
| 6.    | CONCLUSION .....   | 58 |
| 7.    | BIBLIOGRAPHIE.....   | 59 |
| 8.    | ANNEXES .....  | 65 |
| 8.1.  | ANNEXE 1 : LES I.V.G : quelques chiffres nationaux et régionaux.....   | 65 |
| 8.2.  | ANNEXE 2 : Indice de Pearl des différents moyens de contraception.....   | 66 |
| 8.3.  | ANNEXE 3 : Cadre législatif de la contraception et particularité de la mineure.....  | 68 |
| 8.4.  | ANNEXE 4 : Première prescription de contraception : une réflexion personnelle selon un modèle holistique .....                                     | 69 |
| 8.5.  | ANNEXE 5 : Modèle « bercer » selon l'O.M.S.....  | 70 |
| 8.6.  | ANNEXE 6 : Particularités de la première consultation chez l'adolescente .....   | 73 |
| 8.7.  | ANNEXE 7: Définitions, caractéristiques, compétences fondamentales et champs d'activité des médecins généralistes selon la W.O.N.C.A. Europe ..... | 74 |
| 8.8.  | ANNEXE 8 : Le questionnaire distribué aux adolescentes.....  | 76 |
| 8.9.  | ANNEXE 9: La lettre d'information destinée aux adolescentes.....   | 78 |
| 8.10. | ANNEXE 10 : La lettre d'information destinée aux parents.....  | 79 |
| 8.11. | ANNEXE 11 : Le mail adressé aux proviseurs des lycées.....   | 80 |
| 8.12. | ANNEXE 12 : Réponses spontanées des adolescentes aux questions ouvertes.....   | 83 |
| 8.13. | ANNEXE 13 : Carte des gynécologues et centres de planification en Vendée et Loire Atlantique.....  | 87 |

Je me suis intéressée à la contraception chez l'adolescente dès mon premier semestre d'internat, lorsque j'ai débuté en tant que jeune interne, par 3 mois en gynécologie-obstétrique, avec des plages de consultation au centre de planification de Fontenay le Comte.

A mon plus grand étonnement, la prescription de la contraception et notamment de la pilule chez des jeunes patientes ne se résumait pas à l'interrogatoire sur les facteurs de risque cardiovasculaire et à l'examen gynécologique des adolescentes concernées. D'autres éléments bien plus difficiles à mettre en évidence doivent être pris en compte : les idées que se fait l'adolescente de la contraception, ses craintes, ses attentes, pourquoi souhaite-t-elle avoir une contraception, son mode de vie, etc.

J'assiste donc pour la première fois à des consultations qui nécessitent une analyse du contexte médical mais aussi social, culturel et psychologique de la patiente. J'ai ainsi découvert la réflexion médicale selon un modèle holistique.

C'est à partir de ce sentiment de manque de formation sur le sujet, que j'ai décidé de travailler sur la contraception chez l'adolescente. J'ai par la suite été confrontée à plusieurs reprises à des situations de première prescription de contraception lors de mes différents stages chez le praticien. Cela m'a encouragée à poursuivre mes recherches, l'intérêt de cette question étant tout à fait légitime pour ma future pratique, notamment en tant que femme généraliste.

## 1. CONTEXTE

### 1.1. L'ADOLESCENCE

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte parfois difficile (1) (2) (3). Il s'agit d'une période de modification corporelle et psychique avec le développement pubertaire, période à la fois de distanciation et de rapprochement avec les parents, période des paradoxes et des contradictions, de prise de risque et de recherche des limites, permettant une évolution progressive vers l'indépendance socio-économique. Elle est définie par l'O.M.S. en trois groupes d'âges : 10-14 ans => la préadolescence ; 15-19 ans => l'adolescence ; 20-24 ans => la post-adolescence mais les âges de début et d'achèvement sont en réalité très variables d'un individu à l'autre.

En France, 17% des adolescentes ont déjà eu des rapports sexuels à l'âge de 15 ans, 49% à 17 ans et 75% à 19 ans. De plus, la fertilité des jeunes filles est à son maximum. Les adolescentes sont donc directement concernées par la contraception (4).

### 1.2. LES I.V.G. : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

Aujourd'hui, en France, la prévention des Interruptions Volontaires de Grossesse est un véritable enjeu de santé publique. Le nombre d'I.V.G. reste stable depuis plusieurs années. En effet **EN FRANCE IL Y A EU 215 390 I.V.G. POUR 797 740 NAISSANCES VIVANTES EN 2006**, (213 000 en 2007) (5) soit plus d'une conception sur 5 interrompue volontairement. **CHEZ LES MINEURES, ON EN DENOMBRE 14 078 LA MEME ANNEE ET 64 792 CHEZ LES 18-24 ANS.** (cf. **ANNEXE 1** : LES I.V.G. : quelques chiffres nationaux et régionaux(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)). De plus, ces chiffres correspondent aux données établies par les centres d'I.V.G. Il faut donc tenir compte d'une possible sous-déclaration et y ajouter les grossesses qui seront interrompues à l'étranger pour dépassement des 14 S.A. légales en France (Espagne, Pays bas, etc.), ainsi que les grossesses non désirées qui seront menées à terme malgré tout.

Par ailleurs, une grossesse non désirée, notamment chez une mineure est source de complications physiques (grossesse à risque, complications plus fréquentes des I.V.G. car souvent plus tardives), psychologiques (conséquence d'une I.V.G. sur une grossesse ultérieure, ambiguïté par rapport à la grossesse...) et sociales (difficulté de scolarisation, peu ou pas de revenus...) non négligeables. L'âge précoce d'une première grossesse est de plus un facteur de risque de récurrence des I.V.G. (5) (6)

### 1.3. LES MOYENS DE CONTRACEPTION ET LEURS LIMITES

Pour prévenir ces grossesses non désirées (350 000 selon M. Winckler (12)) on dispose aujourd'hui de nombreux moyens de contraception ayant prouvé leur efficacité. (cf. **ANNEXE 2** : Indice de Pearl des différents moyens de contraception.(13) (14) (15) (16)). Par ailleurs, notre législation a connu en près de vingt-cinq ans, des évolutions propres à faciliter le recours à la contraception. (cf. **ANNEXE 3** : Cadre législatif de la contraception et particularités de la mineure (6) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24)). Malgré tout, le nombre d'I.V.G. ne diminue pas.

De multiples causes sont avancées pour l'expliquer (9) (10) (25) (26) :

- Absence de contraception en cas de rapports sexuels occasionnels,
- mésusage des préservatifs,
- méfiance vis-à-vis des oestroprogestatifs,
- manque de confidentialité autour de la contraception,
- manque d'information sur la contraception,

- difficulté d'accès à la contraception, notamment due à l'obligation de prescription (hormis les préservatifs) et à la non gratuité des consultations (sauf dans les centres de planification familiale),
- crainte de troubles de la fertilité,
- problème de communication intrafamiliale.

Les résultats de l'enquête Cocon 2000 (8) (27), montrent qu'au moment où est survenue la grossesse non prévue :

- 28% des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception,
- 22% une méthode naturelle,
- 19% le préservatif seul,
- 23% la pilule (Avec un échec attribué 6 fois sur 10 à un oubli de comprimé).

Alors que ces femmes ne souhaitaient pas de grossesse, 50% d'entre elles n'utilisaient pas de contraception efficace, et 42% d'entre elles ont utilisé de façon inadéquate une contraception efficace (13). Il existe donc une franche sous utilisation des moyens disponibles ainsi qu'une mauvaise compréhension de leur mode d'emploi.

#### 1.4. LA PREMIERE CONSULTATION POUR UNE CONTRACEPTION

La première consultation pour une contraception est une consultation **COMPLEXE** (14) (28). En effet, afin de prescrire une contraception qui sera bien acceptée et bien utilisée par la femme, le médecin doit avoir bien compris les attentes de sa patiente. Cela nécessite une communication claire et adaptée entre le médecin et cette dernière, basée sur une relation de confiance pour pouvoir évoquer son intimité. Doivent être pris en compte :

- **LE CHAMP MEDICAL** : les A.T.C.D. personnels gynécologiques, obstétricaux, médicaux et chirurgicaux, A.T.C.D. familiaux, traitement en cours, déroulement du cycle menstruel, examen clinique, etc.
- **LE CHAMP FAMILIAL** : gestion de la présence (ou non) des parents, parents au courant ou non de la demande de l'adolescente, demande via l'un des parents, position des parents par rapport à la contraception, possibilité d'aide à la contraception par la maman, une sœur plus âgée, etc.
- **LE CHAMP SOCIAL ET FINANCIER** : profession des parents, possibilité d'accès ou non à des moyens de contraception non remboursés, entourage amical de l'adolescente, mode de vie, etc.
- **LE CHAMP RELIGIEUX** : croyances / convictions religieuses
- **LE CHAMP PSYCHOLOGIQUE, VECU** : A.T.C.D. d'abus sexuel, de violence envers elle ou familiale, vécu des rapports sexuels, partenaire, prise de risque (I.S.T., drogues, violences scolaires), A.T.C.D. de grossesse, d'I.V.G., recours à la contraception d'urgence, désir de grossesse (avoué ou non), maturité, etc.
- **LE CHAMP COGNITIF** : connaissances, croyances et craintes de l'adolescente en matière de contraception, d'anatomie humaine, de sexualité, niveau scolaire, etc.
- **LE CHAMP ETHIQUE** : rappel sur le secret médical et la confidentialité, droit de prescription à la mineure d'une contraception sans l'accord des parents.

Le médecin doit informer des différents choix possibles, en tenant compte de la balance bénéfices/risques. Le choix final appartient toujours à la patiente. Les modalités pratiques d'utilisation lui sont ensuite expliquées, ainsi que la conduite à tenir dans certains cas particuliers. Le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension du message délivré. Il programme le suivi de sa patiente afin d'évaluer sa satisfaction, ainsi que l'observance et la tolérance de la contraception (14) (28), en l'adaptant au besoin.

Le médecin prescripteur doit donc être capable de réfléchir selon un modèle holistique (cf. **ANNEXE 4** : Première prescription de contraception : une réflexion personnelle selon un modèle holistique) afin de prendre

en compte la patiente dans son ensemble bio-psycho-social (29) (30). Le modèle « BERGER » de l'O.M.S. propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes (cf. **ANNEXE 5** : Modele « berger » selon l'O.M.S. (14) (29)) auquel il faut intégrer les particularités liées à l'adolescente. (cf. **ANNEXE 6** : Particularités de la première consultation chez l'adolescente (28)).

C'est de la qualité de l'analyse de l'ensemble de ces informations dont va dépendre l'observance et par conséquent l'efficacité de la contraception chez ces mêmes patientes. Tout médecin prescripteur de contraception est donc un acteur de santé publique dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées. On peut même oser espérer qu'une éducation à la contraception donnée dès le plus jeune âge puisse avoir un impact sur la prévention des I.V.G. chez ces mêmes patientes, adultes en devenir (6).

### 1.5. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE FACE A LA CONTRACEPTION

En France, le médecin généraliste, médecin de famille est le médecin de premier recours pour entrer dans le système de soins. Une de ses principales missions définies par la W.O.N.C.A. Europe (31) consiste à promouvoir la santé et à entreprendre des mesures de prévention individuelle mais aussi collective dans le cadre de la santé publique. La prescription de la contraception chez les adolescentes rentre donc totalement dans son champ de compétences. (Cf. **ANNEXE 7**: Définitions, Caractéristiques, Compétences fondamentales et Champs d'activité des médecins généralistes selon la W.O.N.C.A. Europe (31)).

Sa place au sein de la famille et de la vie de l'adolescente lui apporte un ensemble d'informations sur le statut bio-psycho-social de la jeune patiente ainsi qu'une relation de confiance établie au fil des années. Cela lui confère de précieux avantages pour gérer ce type de consultation complexe.

De plus, en Loire-Atlantique, comme au niveau national, le médecin généraliste est le premier interlocuteur médical des jeunes (12-25 ans) (3) (4) (32) (33).

*« 81,2 % d'entre eux ont consulté un généraliste au cours des douze derniers mois. Les contacts de ces jeunes avec les praticiens sont en outre relativement réguliers puisque le nombre moyen de recours sur cette période est de 3,6. »*

Tenant compte de ces différentes observations, le médecin généraliste devrait avoir une place centrale dans l'information et la prescription de la contraception chez les adolescentes, et par là même, dans la prévention des grossesses non désirées.

Or la littérature met en évidence que plus de 60% des prescriptions de contraception sont réalisées par des médecins autres que généralistes (gynécologues, centres de planification familiale, autres...).

En effet, dans sa thèse de médecine générale sur la contraception des adolescentes (34), Sandra Lartigue, après avoir analysé 362 réponses d'adolescentes de 15 à 18 ans du Puy-de-Dôme, retrouve que :

*« Pour les jeunes filles utilisant un moyen de contraception soumis à prescription, celui-ci est prescrit dans 49,04% des cas par un gynécologue, dans 39,81% des cas par leur médecin généraliste, et dans 4,78% des cas par le centre de planification familial. »*

Ces chiffres semblent en accord avec les chiffres retrouvés par l'EPPM, en 1999 (35) pour l'ensemble de la population générale.



| États de santé                  | Type de médecin consulté (d'après EPPM) |             |       |
|---------------------------------|---|-------------|-------|
|                                 | Médecin généraliste                     | Gynécologue | Autre |
| Contraception                   | 37,9 %                                  | 61,4 %      | 0,7 % |
| Grossesse                       | 8 %                                     | 92 %        | –     |
| Ménopause (et conséquences)     | 52 %                                    | 46 %        | 2 %   |
| Affections bénignes du sein     | 36,2 %                                  | 61,5 %      | 2,3 % |
| Stérilité                       | 5 %                                     | 92,2 %      | 2,8 % |
| MST (vulvovaginite, salpingite) | 43,7 %                                  | 53,7 %      | 2,6 % |

Type de médecin consulté par état de santé (Tableau 9 dans la source)

De même, alors qu'ils mettent en avant que c'est au corps médical d'apporter les conseils élémentaires et les précautions nécessaires pour éviter les grossesses non désirées, Yves le Noc et Jean-Pierre Vallée (36) (deux médecins généralistes de la société française de recherche en médecine générale), se sont interrogés eux aussi sur les résultats obtenus lors d'une enquête menée par une étudiante sage-femme auprès des lycéens de Caen (37).

*Aux questions «Qui t'a informée sur la contraception?» et «Si tu avais besoin d'informations ponctuelles et précises sur la contraception, à qui irais-tu poser la question?», les adolescentes ne citaient leur médecin de famille que très rarement (5 fois sur 232 pour la première question, 4 fois sur 232 pour la seconde).*

Alors que le médecin généraliste est le principal interlocuteur médical des jeunes et possède les compétences et de nombreuses informations bio-psycho-sociales nécessaires à la gestion d'une consultation de première prescription de contraception, ce dernier ne semble pas être le médecin consulté en premier lieu.

## 2. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

La prévention des I.V.G. est un enjeu de santé publique en France, notamment chez les moins de 25 ans dont les conséquences ne sont pas négligeables. Malgré les nombreuses méthodes de contraception efficaces disponibles, le nombre d'I.V.G. ne diminue pas.

La première prescription de contraception est une consultation complexe, d'autant plus à l'adolescence. Elle nécessite de la part du prescripteur une réflexion selon un modèle holistique. C'est de la qualité de cette consultation dont dépendront l'observance et l'efficacité de la contraception choisie par la patiente. Elle est donc primordiale dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées.

Il nous semble que le médecin généraliste a une place privilégiée auprès de l'adolescente pour mener cette consultation. Or la littérature dont nous disposons met en évidence que la prescription de contraception n'est réalisée par ces derniers que dans un peu moins de 40% des cas. Nous avons été surprises de ces résultats. Notre travail de recherche va donc consister à répondre aux trois questions suivantes :

- En objectif primaire :

- 1) **Quel médecin a prescrit la première contraception des adolescentes de notre région (Loire-Atlantique/Vendée) ?**
- 2) **Quels déterminants sont susceptibles d'avoir influencé le choix de ces adolescentes ?**

- En objectif secondaire :

- 3) **Pourquoi certaines adolescentes ayant déjà eu des rapports sexuels n'ont-elles pas de contraception soumise à prescription?**

Les principales hypothèses que nous cherchons à valider sont :

- 1) *Le médecin prescripteur de la première contraception de ces adolescentes est principalement leur **MEDECIN TRAITANT HABITUEL**.*

- 2) *Les déterminants influençant l'adolescente dans le choix du médecin prescripteur sont :*

a) **les parents** : la mère en particulier, leur C.S.P.

b) **les caractéristiques du M.T.** : son sexe, la durée de la relation M.T. / adolescente et la confiance, le fait que le M.T. de l'adolescente soit aussi le médecin de famille, la possibilité de le consulter seule, le fait d'être à l'aise avec lui pour discuter de contraception et sexualité, la connaissance de ses compétences, le fait que le M.T. ait déjà informé l'adolescente lors d'une précédente consultation qu'il pouvait lui prescrire une contraception.

c) **l'offre de soins** : la gratuité et la possibilité de consulter sans R.D.V., la rapidité des R.D.V. et l'accessibilité des spécialistes

d) **l'adolescente** : son choix personnel et sa formation scolaire.

3) Parmi les adolescentes ayant déjà eu des rapports sexuels, certaines n'ont pas de contraception soumise à prescription car :

- a) *Elles n'osent pas consulter un médecin pour discuter de contraception et sexualité.*
- b) *Elles pensent que le préservatif suffit*
- c) *Elles ne peuvent pas payer de contraception*
- d) *Leurs parents refusent qu'elles aient une contraception*
- e) *Elles ont peur d'avoir un examen gynécologique.*

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une enquête par questionnaires auprès d'adolescentes scolarisées dans 7 lycées de Loire-Atlantique et Vendée. Nous allons par la suite détailler le matériel et la méthode utilisés, les résultats obtenus et les analyser.

### 3. MATERIEL ET METHODE

#### 3.1. MATERIEL

Pour répondre à cette question nous avons créé un questionnaire que nous avons distribué à des adolescentes lycéennes en Loire-Atlantique / Vendée. Voici ce dont nous avons eu besoin :

- **UN QUESTIONNAIRE** (Cf. **ANNEXE 8** : Le questionnaire distribué aux adolescentes.), interrogeant les adolescentes sur leur M.T., leur sexualité, leur contraception et le prescripteur de leur première contraception.  
Ce questionnaire a été réalisé avec l'aide du Dr Leroux et du Dr Canevet. Une première version a été testée auprès d'une dizaine d'adolescentes volontaires suivies par le Dr Leroux. Le questionnaire ne semblait pas mettre en évidence de problème de compréhension particulier. Il a ensuite été modifié sur les conseils du Dr Canevet (simplifié). Il n'a pas été testé de nouveau par la suite.
- **UNE LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX ADOLESCENTES** (Cf. **ANNEXE 9**: La lettre d'information destinée aux adolescentes) : dans le but de nous présenter ainsi que notre travail.
- **UNE ENVELOPPE** : chaque questionnaire est distribué avec une enveloppe vierge afin d'assurer l'anonymat des réponses.
- **LA POPULATION ETUDIEE** :
  - Lycéennes : par facilité d'accès à ces jeunes filles par le biais de l'I.D.E. scolaire. C'est par ailleurs la principale orientation des adolescentes de cette tranche d'âge.
  - 15 à 19 ans : fourchette choisie car correspond à la définition de l'adolescence par l'O.M.S.
  - Scolarisées en Loire-Atlantique ou Vendée : pour des raisons pratiques.
- **UNE LETTRE D'INFORMATION POUR LES PARENTS** (Cf. **ANNEXE 10** : La lettre d'information destinée aux parents) : cette étude concernant des jeunes filles mineures, nous avons préparé une lettre d'information destinée aux parents d'élèves.

Voici les critères retenus pour valider l'analyse d'un questionnaire :

- **CRITERES D'INCLUSION** :
  - Lycéennes de 15 à 19 ans inclus,
  - Scolarisation au sein d'un lycée de Loire-Atlantique ou Vendée se situant sur le territoire défini ci-après.
- **CRITERES D'EXCLUSION** :
  - Adolescentes de moins de 15 ans ou plus de 19 ans, ou d'âge non précisé
  - enseignement supérieur (BTS, classes préparatoires,...),
  - questionnaires avec blagues, grossièretés, etc.

#### 3.2. METHODE DE CHOIX DES LYCEES

Nous avons choisi des lycées sur un territoire délimité du nord au sud par Nantes centre et La Roche-sur-Yon dans un rayon de 45 km depuis mon domicile (Remouillé) pour des raisons pratiques.

Les lycées pouvaient être des lycées généraux et technologiques, professionnels et techniques, agricoles, privés ou publics.

L'objectif que nous nous sommes fixé était d'obtenir 200 questionnaires exploitables. Partant sur un taux de réponse arbitraire de 50%, nous avons distribué environ 400 questionnaires, à raison d'environ 60 par lycée. 7 lycées sont donc nécessaires pour l'étude.

A l'aide de l'annuaire de Loire-Atlantique et Vendée, nous avons créé une liste des lycées répondants aux critères territoriaux définis plus haut. Nous avons ainsi obtenu un total de 86 lycées possibles (23 lycées en Vendée et 63 en Loire-Atlantique).

Après avoir mis en place cette liste, nous avons tiré au sort (manuellement) les différents lycées les uns après les autres jusqu'à obtenir l'accord de 7 lycées. Pour chaque lycée tiré au sort, nous avons pris un premier contact téléphonique avec le secrétariat du proviseur ou le proviseur lui-même quand cela était possible, afin de nous présenter et d'expliquer notre travail et ainsi obtenir l'accord de la direction, indispensable pour mener notre enquête au sein d'un établissement scolaire. Nous avons envoyé un mail expliquant notre projet d'étude (Cf. **ANNEXE 11** : Le mail adressé aux proviseurs des lycées.) avec en pièce jointe notre projet de thèse, notre questionnaire et les lettres d'information parents et adolescentes. Ce travail a été effectué sur la période de début décembre 2010 à fin février 2011.

Nous avons contacté au total une trentaine de lycées pour obtenir l'accord de 7 proviseurs. De nombreux proviseurs ont refusé de participer, certains ont invoqué le temps nécessaire à la réalisation de l'étude, d'autres les parents, d'autres, nombreux, n'ont pas justifié leur refus,...

### 3.3. LES RENCONTRES AVEC LES INFIRMIERES SCOLAIRES

Une fois l'accord du proviseur obtenu (soit par mail, soit par téléphone), nous avons programmé une rencontre avec l'I.D.E. scolaire et/ou le proviseur pour leur apporter les documents nécessaires et organiser la distribution des questionnaires. Ces rencontres ont eu lieu entre le 17/01/11 et le 14/03/11.

### 3.4. METHODES DE DISTRIBUTION ET RECUPERATION DES QUESTIONNAIRES

Pour encourager la participation des lycées, nous avons laissé à chaque I.D.E. / Proviseur le soin de déterminer le mode de distribution et de récupération des questionnaires afin de ne pas perturber l'emploi du temps des élèves et afin de donner le minimum de travail aux I.D.E. scolaires. Nous ne sommes pas intervenues dans la distribution des questionnaires. Des méthodes différentes ont donc été utilisées d'un lycée à l'autre. Chaque I.D.E. a reçu 60 questionnaires, enveloppes, lettres adolescentes, lettres parents et nous a décrit le mode de distribution et de récupération utilisé.

- **LYCEE DE LATTRE DE TASSIGNY** : (Proviseur : Mr Richard – I.D.E. scolaire : Mme Ravelojaona)
  - Lycée général et technologique public, L.R.S.Y.
  - 736 élèves dont 315 filles répartis en 7 classes de seconde générale, 9 classes de première et 7 classes de terminale.
  - Choix du directeur de ne pas utiliser la lettre d'information pour les parents, l'information à la contraception faisant partie du programme.
  - Distribution au préalable de la lettre d'information pour les adolescentes par l'intermédiaire du professeur d'E.C.J.S. quelques jours avant l'intervention de l'I.D.E., permettant ainsi aux élèves de connaître l'objectif de l'étude et d'avoir le choix d'y répondre ou pas. Aucun refus ne m'a été signifié.

- Distribution des questionnaires par l'I.D.E. scolaire sur un temps de classe E.C.J.S. de 15-20 minutes entre le 24/01/11 et le 14/02/11, avec uniquement les filles et récupération des questionnaires à la sortie.
- **LYCEE EDOUARD BRANLY** : (Proviseur : Mr Chatet – I.D.E. scolaire : Mme Conan)
  - Lycée professionnel et technique public, L.R.S.Y.
  - 673 élèves dont 431 filles répartis en 2 classes de 3<sup>ème</sup> ; 5 classes de C.A.P. ; 5 classe de B.E.P. ; 14 classes de Bac Pro.
  - Lettre d'information pour les parents transmise via les élèves quelques jours avant la distribution des questionnaires. Aucun refus parental ne m'a été signifié.
  - Lettre d'information pour les adolescentes distribuée en même temps que le questionnaire en fin de cours par le professeur principal le 17/01/11. Les adolescentes avaient pour consignes de le remplir en dehors du temps de cours et de le rapporter dans l'enveloppe cachetée à l'I.D.E. scolaire le 24/01/11.
- **LYCEE ALCIDE D'ORBIGNY** : (Proviseur : Mr Faes – I.D.E. scolaire : Mme Le Crom)
  - Lycée général et technologique public, Bouaye
  - 720 élèves dont 400 filles répartis en 8 classes de seconde générale, 8 classes de première, 8 classes de terminale.
  - Choix du directeur de ne pas utiliser la lettre d'information pour les parents, l'information à la contraception faisant partie du programme.
  - Distribution de la lettre d'information pour les adolescentes en même temps que le questionnaire dans 4 classes différentes avec des méthodes différentes du 24/01/11 au 10/02/11: dans une classe de seconde générale distribution et récupération en 30 minutes dans le cadre d'une intervention de l'I.D.E. scolaire, de même pour la classe de première S.. Dans la classe de première S.T.G., ils ont été distribués et récupérés par le professeur principal sur un temps de cours. Dans une deuxième classe de seconde générale, distribution par le professeur principal en fin de cours et remplissage à domicile avec retour sous enveloppe cachetée à l'I.D.E. scolaire.
- **LYCEE LE BOIS TILLAC** : (Proviseur : Mr Cailleau - Pas d'I.D.E. scolaire, travail avec Mme Perraudau C., professeur de Sciences et Vie de la Terre (S.V.T.))
  - Lycée agricole privé, Le Pellerin
  - 182 élèves dont 154 filles répartis en 1 classe de seconde générale ; 2 classes de S.T.A.V. ; 2 classes de B.E.P.A. ; 1 classe de seconde professionnelle P.A. ; 3 classes de Bac Pro.
  - Pas de distribution de la lettre d'information pour les parents.
  - Distribution de la lettre d'information pour les adolescentes en même temps que le questionnaire par Mme Perraudau à la fin de son cours avec comme explication « l'école participe à la thèse de A.N., je vous remercie de retourner le questionnaire sous pli cacheté au bureau de la vie scolaire ». Le remplissage s'effectue donc en dehors du temps de cours. La distribution a eu lieu la semaine du 2 février et les questionnaires ont été récupérés jusqu'au 21/02/11.
- **LYCEE LOUIS ARMAND** : (Proviseur : Mr le Quéau – I.D.E. scolaire : Mme Jacquot)
  - Lycée professionnel et technique public, Machecoul
  - 234 élèves dont 69 filles répartis en 6 classes de Bac Pro ; 6 classes de C.A.P. ; 1 terminale Pro ; 2 classes de 3<sup>ème</sup>.
  - Distribution de la lettre d'information pour les parents 1 semaine avant la distribution des questionnaires via les adolescentes concernées. Aucun refus parental ne m'a été signifié.
  - Distribution du questionnaire et de la lettre d'information pour les adolescentes par l'I.D.E. scolaire aux filles internes du lycée au cours d'une courte intervention un soir après les cours. Remplissage seule en dehors du temps de cours avec retour fixé une semaine après à l'I.D.E. scolaire.

- **LYCEE LIVET** : (Proviseur : Mr Noel – I.D.E. scolaire : Mme Gérardin et Mme Lebras)
  - Lycée général et technologique public, Nantes
  - 1551 élèves dont 219 filles répartis en 8 classes de seconde générale ; 12 classes de première et 14 classes de terminale + 1 classe d'enseignement supérieur, 5 classes prépa et 14 classes B.T.S.
  - Distribution de la lettre d'information pour les parents 1 semaine avant la distribution des questionnaires via les adolescentes concernées. Aucun refus parental ne m'a été signifié.
  - Distribution du questionnaire et de la lettre d'information pour les adolescentes par les I.D.E. scolaires aux filles internes du lycée le 28/03/11 et récupération le 05/04/11 après un remplissage seule en dehors d'un temps de cours.
  
- **LYCEE VIAL** : (Proviseur : Mr Davy – I.D.E. scolaire : Mme De Lavau)
  - Lycée général et technologique public, Nantes
  - 429 élèves dont 294 filles répartis en 5 classes de seconde générale ; 4 classes de première et 5 classes de terminale.
  - La lettre d'information pour les parents a été distribuée uniquement aux parents d'adolescentes mineures via ces dernières. Aucun refus parental ne m'a été signifié.
  - Distribution du questionnaire et de la lettre d'information pour les adolescentes par le professeur principal de 3 classes avec remplissage sur le temps de cours et récupération à la sortie entre le 14/03/11 et le 18/04/11. C'est le professeur principal qui restituait les questionnaires à l'I.D.E. scolaire.

### 3.5. METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

Pour analyser les résultats des questionnaires, nous avons créé un tableur Excel afin d'y collecter les données. Chaque questionnaire a été numéroté dans l'ordre du dépouillage afin de pouvoir contrôler les données si besoin est. Nous avons utilisé le logiciel STATEL associé à Excel pour les calculs statistiques.

#### 4. LES RESULTATS

| Lycée                 | Nombre de filles | Nombre de questionnaires distribués | Nombre de questionnaires récupérés | Taux de réponse | Représentativité | Distribution  |
|-----------------------|------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------|------------------|---|
| De Lattre de Tassigny | 315              | 86                                  | 86                                 | 100%            | 27,30%           | Seconde (11/11) ; Première E.S. (16/16) ; Première S. (14/14); Terminale S. (14/14); Terminale L. (31/31).                          |
| Edouard Branly        | 431              | 58                                  | 27 (après 4 rappels)               | 46,60%          | 6,30%            | 2ème année C.A.P. A.P.R. (3/5); 2ème année C.S.S. (17/31); 2ème année Bac Pro hôtellerie (6/9); 2ème année Bac Pro commerce (1/13). |
| Alcide d'Orbigny      | 400              | 79                                  | 71                                 | 89,90%          | 17,75%           | Seconde (31/39); Première S. (18/18); Première S.T.G. (22/22).  |
| Le Bois Tillac        | 154              | 55                                  | 19                                 | 34,50%          | 12,30%           | S.T.A.V. (12/27); Seconde P.A. (6/18); B.E.P.A. (0/10)  |
| Louis Armand          | 69               | 15                                  | 12                                 | 80%             | 17,40%           | internes  |
| Livet                 | 219              | 51                                  | 47                                 | 92,20%          | 21,50%           | internes  |
| Vial                  | 294              | 48+20                               | 46                                 | 76,6 à 95,8%    | 15,60%           | Seconde (14/15); Terminale S.T.S.S. (32/33) ; Première (0/20)   |
| TOTAUX                | 1882             | 392+20                              | 308                                | 76,6 à 78,5%    | 16,40%           |   |

(S. : Scientifique ; E.S. : Economique et Social ; L. : Littéraire ; A.P.R. : Agent Polyvalent de Restauration ; C.S.S. : Carrière Sanitaire et Sociale ; S.T.G. : Sciences et Techniques de la Gestion ; S.T.A.V. : Sciences et Techniques de l'Agronomie et du Vivant ; P.A. : Production Agricole ; B.E.P.A. : Brevet d'Etudes Professionnelles Agricoles ; S.T.S.S. : Sciences et Technologies de la Santé et du Social).

7 questionnaires ont été exclus de l'analyse : les numéros 94, 95, 236, 277, et 306 pour des raisons d'âge (non précisé ou supérieur à 19 ans). Le numéro 254 a été exclu car l'adolescente suivait des cours en classe préparatoire (enseignement supérieur) et le numéro 63 car présence de blagues et d'incohérences dans le questionnaire.

⇒ **AU TOTAL 301 QUESTIONNAIRES ONT ETE ANALYSES.**

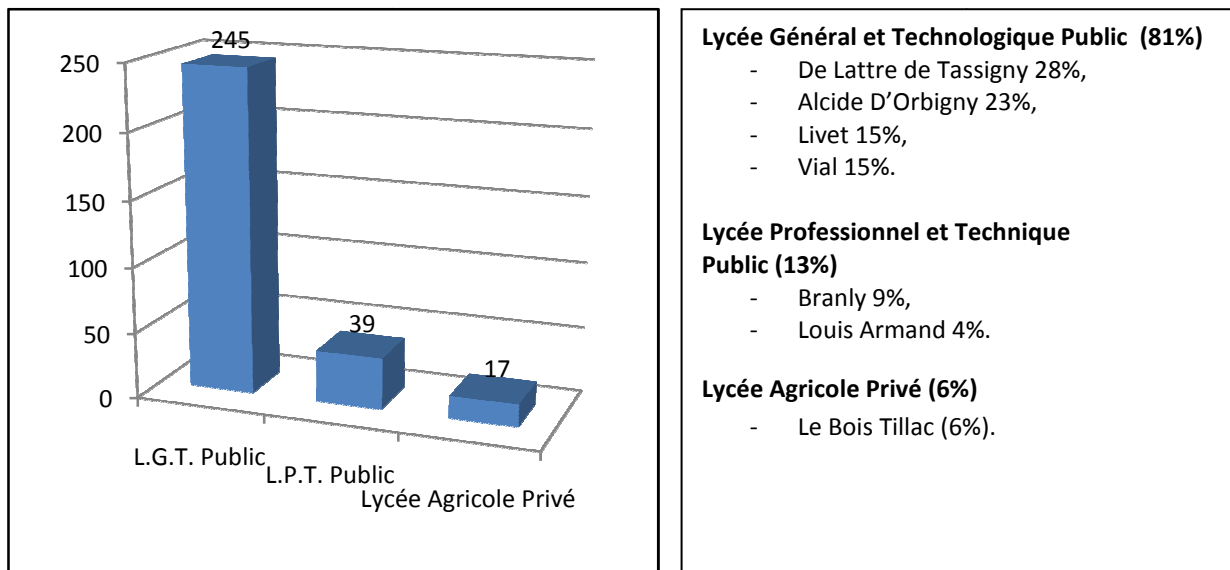


Certaines adolescentes ont répondu à la dernière question alors qu'elles n'avaient pas de contraception. Nous n'avons pas tenu compte de leur avis dans l'analyse des résultats de cette question.

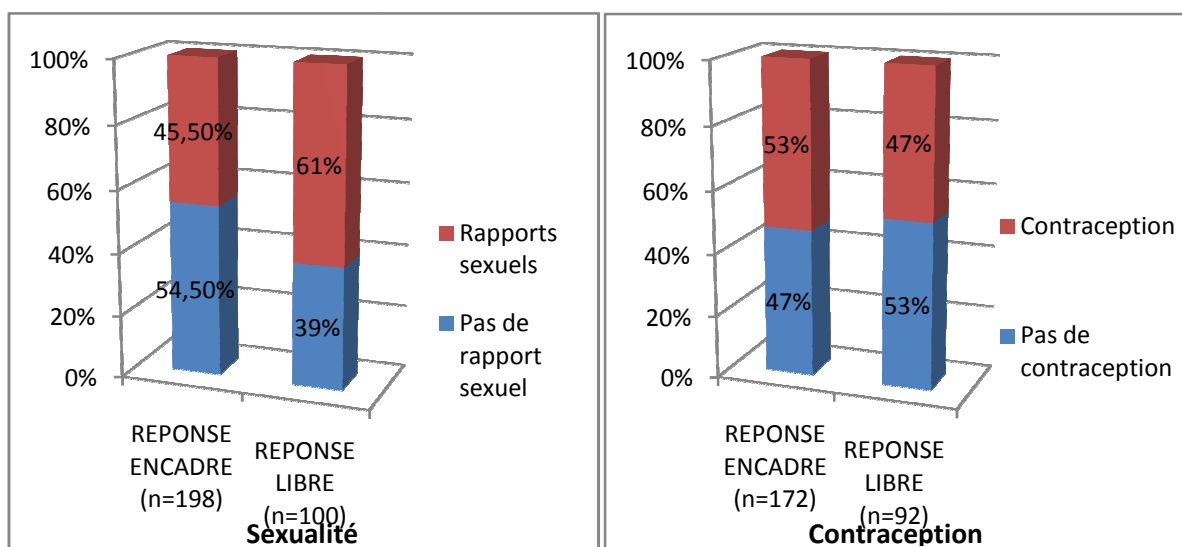
Les adolescentes qui ont participé à l'étude sont toutes des adolescentes lycéennes, scolarisées en Loire-Atlantique ou en Vendée, mais qui pour certaines résident en dehors de ces départements (une vingtaine, la plupart habitant dans une commune limitrophe d'un département voisin).

#### 4.1. CARACTERISTIQUES DES ADOLESCENTES INTERROGÉES

##### 4.1.1. Lycée d'origine (n=301) : figure 1



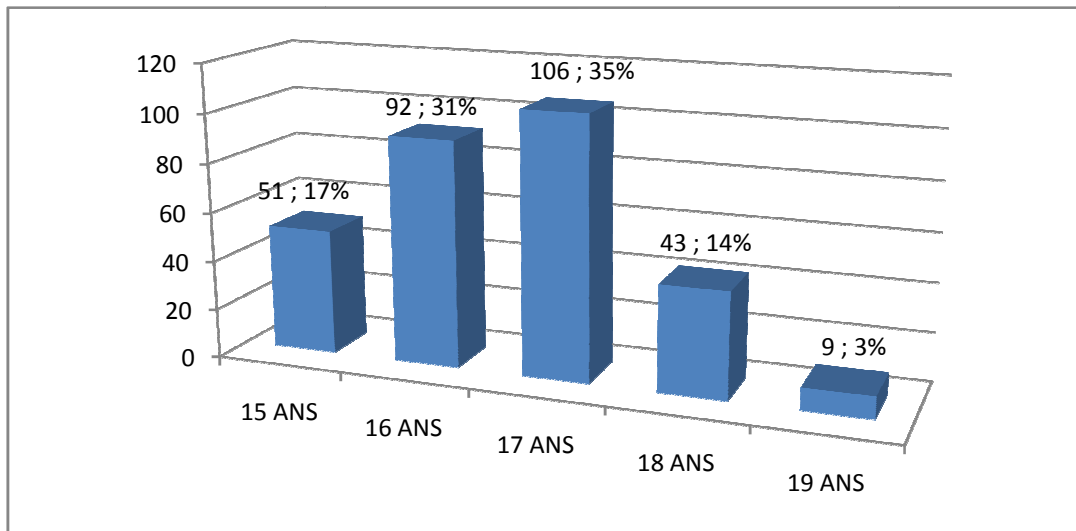
##### 4.1.2. Sexualité des adolescentes (n=298) et contraception des adolescentes (n=264) selon le mode de récupération des questionnaires (encadré ou libre) : figure 2.



⇒ 3 adolescentes n'ont pas précisé si elles avaient eu des rapports sexuels ou non.

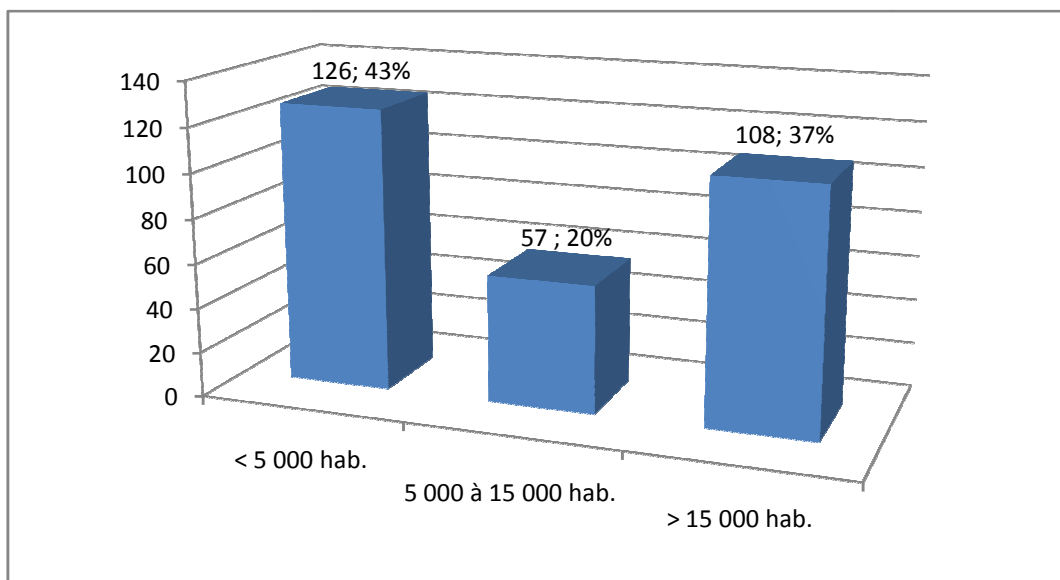
- ⇒ 37 adolescentes n'ont pas précisé si elles avaient une contraception ou non.
- ⇒ Les adolescentes qui ont répondu sur le mode du volontariat sont statistiquement plus nombreuses à avoir eu des rapports sexuels (61%) que celles qui ont répondu de façon encadrée (45,5%), selon le test du Khi2 ( $\chi^2=6,424$ ) au risque d'erreur  $p < 0,011$ . La différence observée concernant la contraception n'est pas statistiquement significative ( $\chi^2=0,912$ ) au risque d'erreur  $p < 0,05$ .

4.1.3. Age (n=301) : figure 3.



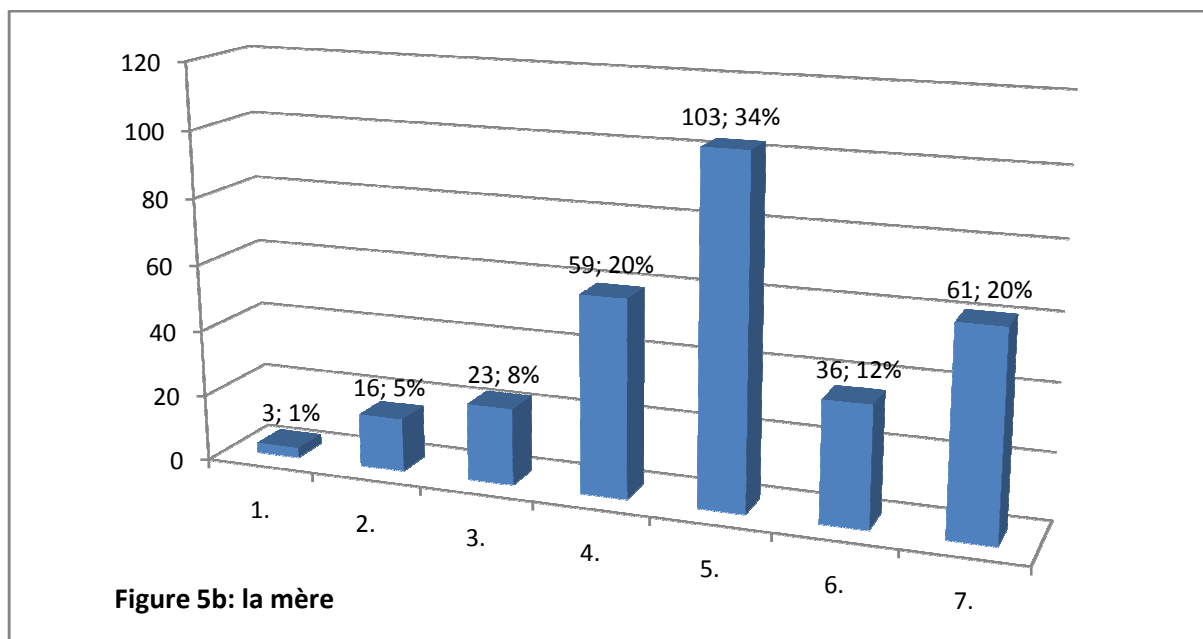
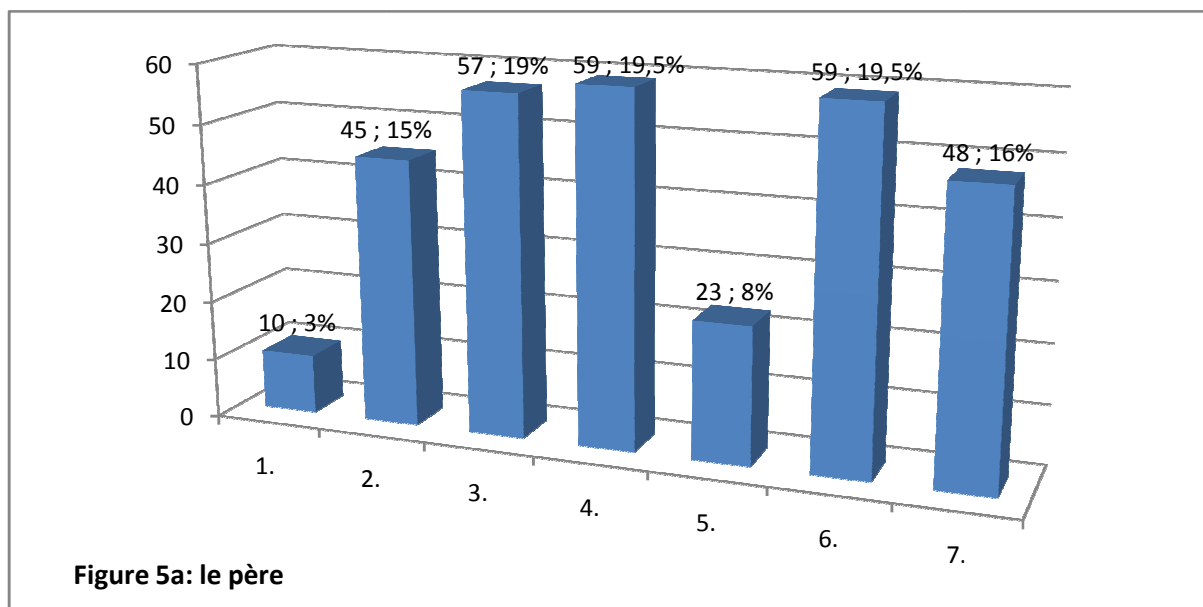
- ⇒ La moyenne d'âge de notre échantillon est 16,6 ans et la médiane de l'âge est 17 ans.

4.1.4. Commune de résidence (n=291) : figure 4.



- ⇒ 10 adolescentes n'ont pas précisé leur commune de résidence.

4.1.5. C.S.P. du père (figure 5a) et de la mère (figure 5b) (n=301).



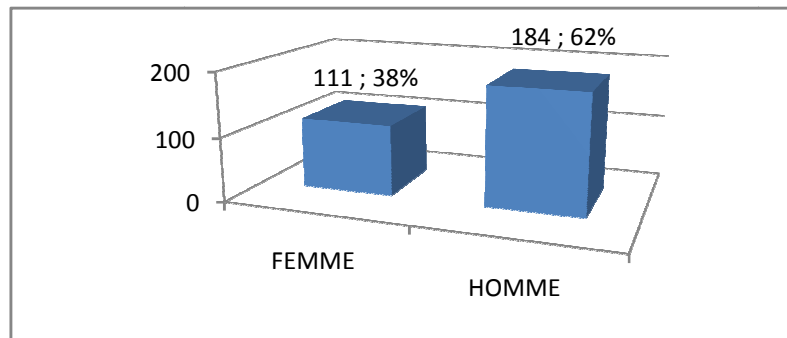
- 1. AGRICULTEUR, EXPLOITANT
- 2. ARTISAN, COMMERCANT, CHEF D'ENTREPRISE
- 3. CADRE, PROFESSION INTELLECTUELLE SUPERIEURE
- 4. PROFESSION INTERMEDIAIRE
- 5. EMPLOYE
- 6. OUVRIER
- 7. NON PRECISEE, SANS PROFESSION, RETRAITE

## 4.2. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS TRAITANTS

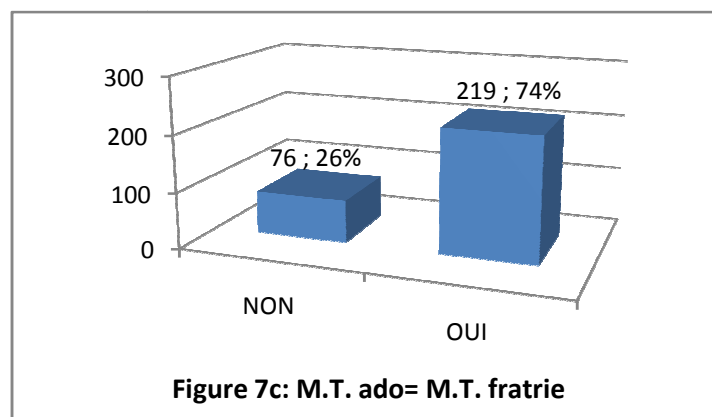
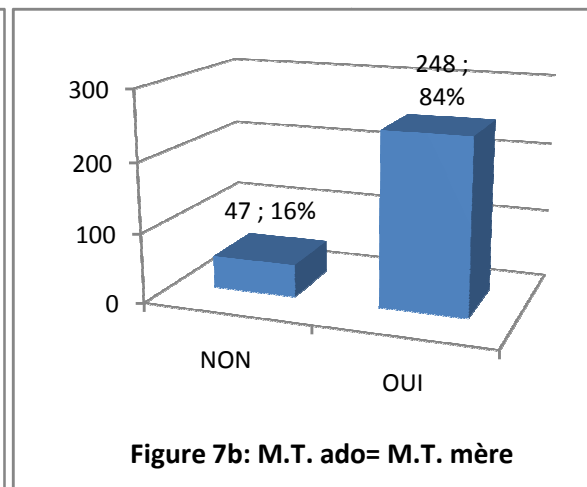
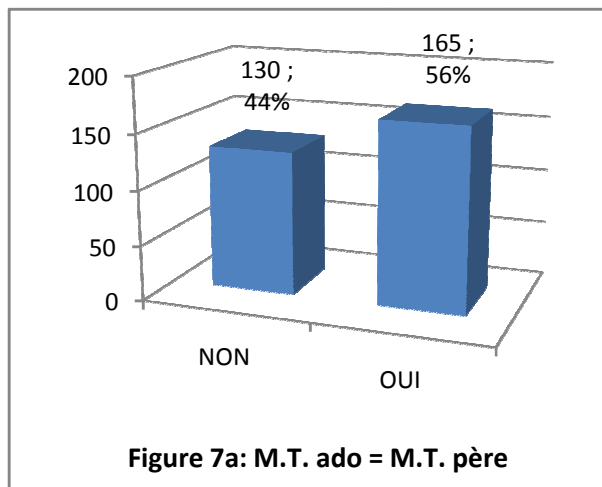
### 4.2.1. Pas de M.T.

⇒ 6 adolescentes (soit 2%) n'ont pas répondu à la partie sur le M.T. alors qu'elles ont répondu au reste du questionnaire laissant entendre qu'elles n'avaient pas de M.T. Ce deuxième paragraphe est donc basé sur l'analyse de **295 QUESTIONNAIRES**.

### 4.2.2. Sexe du M.T. (n=295) : figure 6.



### 4.2.3. Médecin de famille ? (figures 7a, 7b, 7c et tableau 1) (n=295)

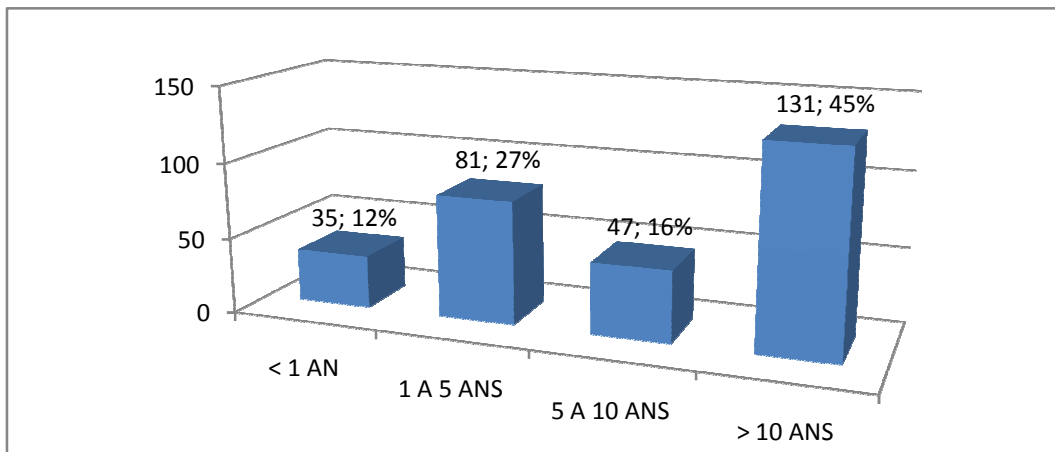


⇒ M.T. de l'adolescente = M.T. des 2 parents / M.T. uniquement de l'adolescente (n=295) (tableau 1).

| M.T. Père     | M.T. Mère | NON | OUI | Total général |
|---------------|-----------|-----|-----|---------------|
| NON           |           | 34  | 96  | 130           |
| OUI           |           | 13  | 152 | 165           |
| Total général |           | 47  | 248 | 295           |

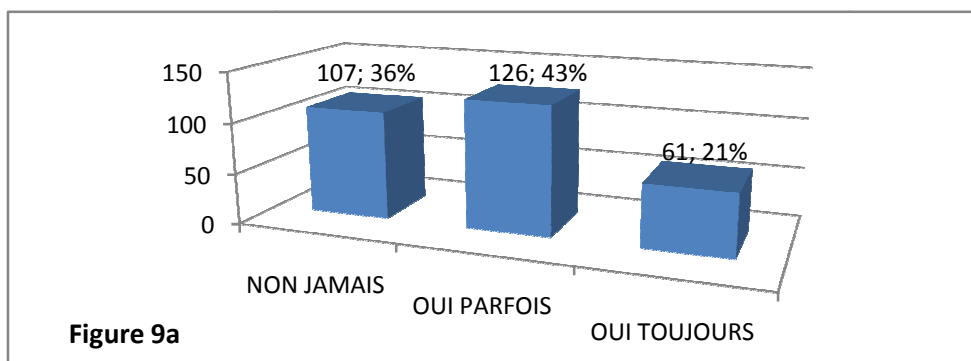
⇒ 34 adolescentes sur 295 soit 11,5% ont leur propre M.T.

#### 4.2.4. Depuis combien de temps le connais-tu ? (n=294) : figure 8.



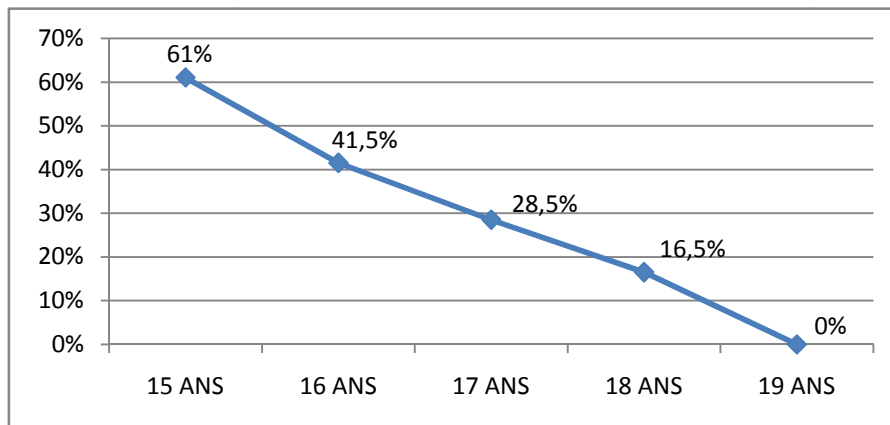
⇒ 1 adolescente n'a pas précisé depuis combien de temps elle connaît son M.T.

#### 4.2.5. Consultation seule de ton M.T. ? (n=294) : figures 9a et 9b.

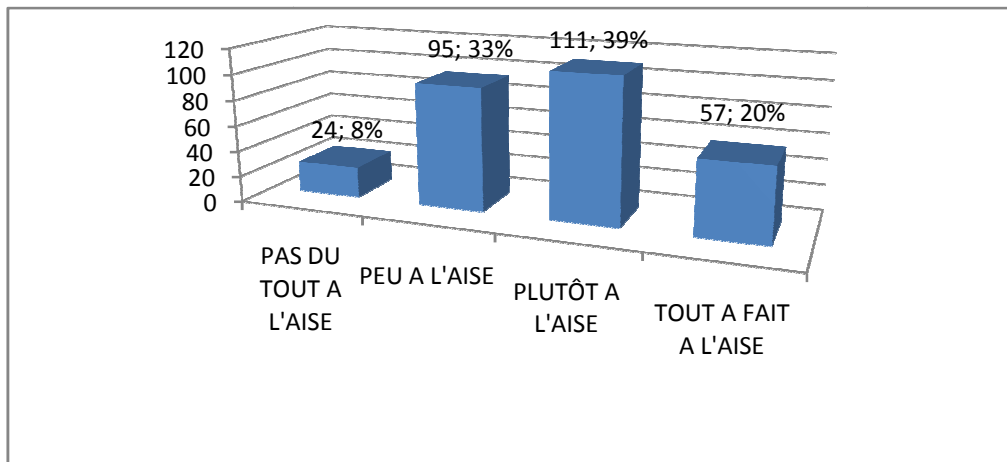


⇒ 1 adolescente n'a pas précisé si elle consultait seule ou non son M.T.

⇒ Proportion d'adolescentes consultant toujours accompagnées de l'un de leur parent selon leur âge : figure 9b.



4.2.6. Te sens-tu à l'aise avec ton M.T. pour discuter de contraception et sexualité ? (n=287) : figure 10.



- ⇒ 1 adolescente a précisé qu'elle ne discutait pas de ce sujet avec son M.T.
- ⇒ 7 adolescentes n'ont pas précisé si elles se sentaient à l'aise ou non avec leur M.T.

4.2.6.1. Ton M.T. peut-il te prescrire une contraception ? (n=292)

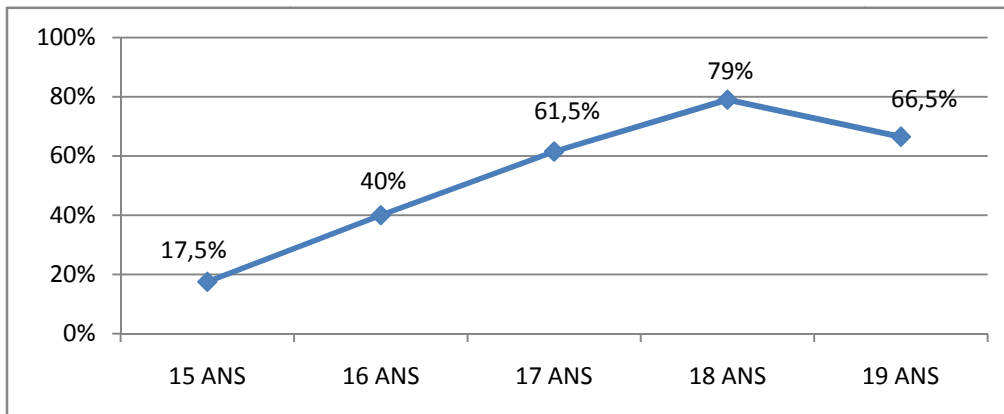
- ⇒ 3 adolescentes n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ 84% des adolescentes interrogées (soit 244) savent que leur M.T. peut leur prescrire une contraception contre 13% (soit 38) qui ne savent pas et 3% (soit 10) qui pensent que leur M.T. ne le peut pas.

### 4.3. LA SEXUALITE DES ADOLESCENTES INTERROGÉES

#### 4.3.1. Rapports sexuels (n=298)

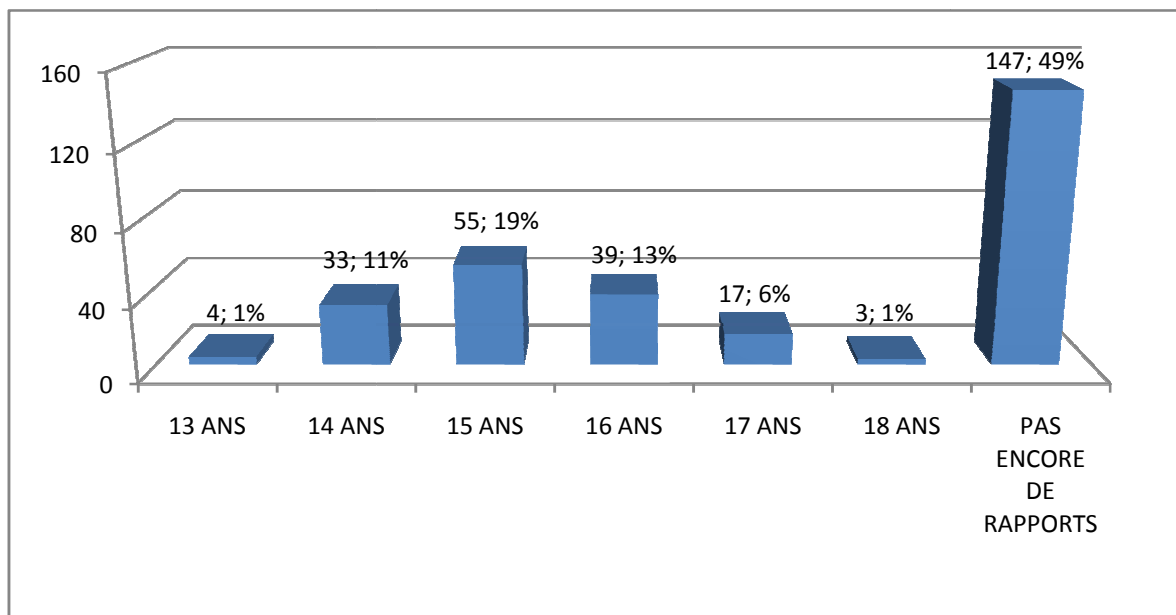
- ⇒ 3 adolescentes n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ 51% des adolescentes interrogées (soit 151) ont déjà eu des rapports sexuels.

##### 4.3.1.1. Pourcentage d'adolescentes ayant déjà eu des rapports sexuels selon leur âge : figure 11.

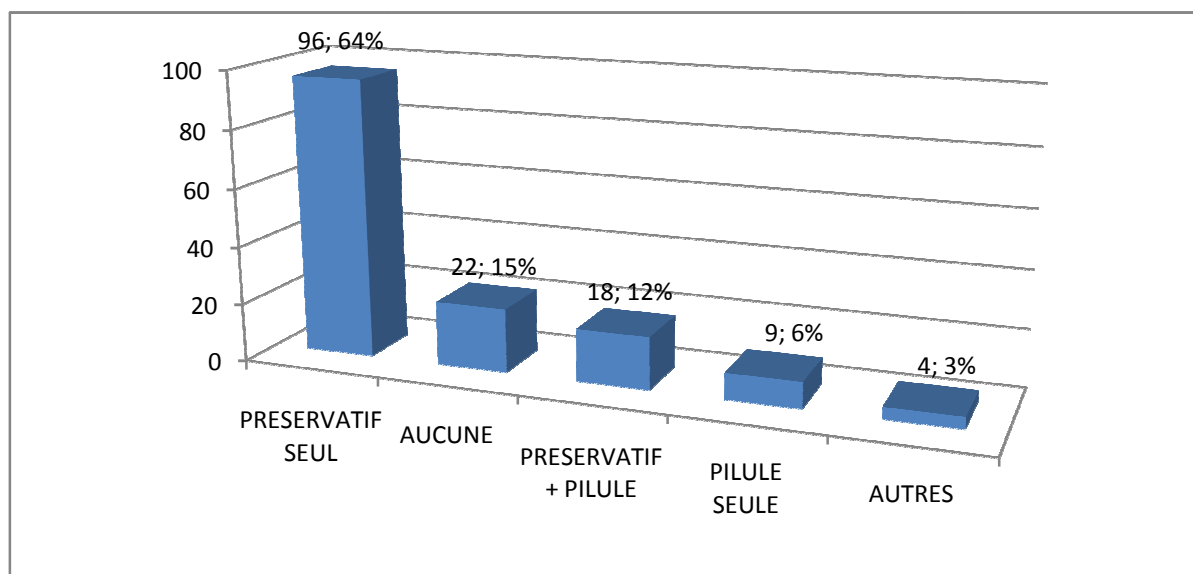


#### 4.3.2. Age aux premiers rapports sexuels (n=298) : figure 12.

- ⇒ 3 adolescentes n'ont pas précisé si elles avaient ou non déjà eu des rapports sexuels.



4.3.3. Contraception utilisée lors des premiers rapports sexuels (n=149) : figure 13.



- ⇒ 2 adolescentes concernées n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ Dans la partie « autre » étaient cités l'implant seul, l'anneau seul et la pilule du lendemain.

#### 4.4. LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES INTERROGÉES

4.4.1. Utilises-tu un moyen de contraception prescrit par un médecin ? (n=264)

- ⇒ 37 adolescentes n'ont pas répondu à cette question. Elles n'avaient jamais eu de rapports sexuels.
- ⇒ 48% des adolescentes interrogées (n=126) utilisent une contraception soumise à prescription.

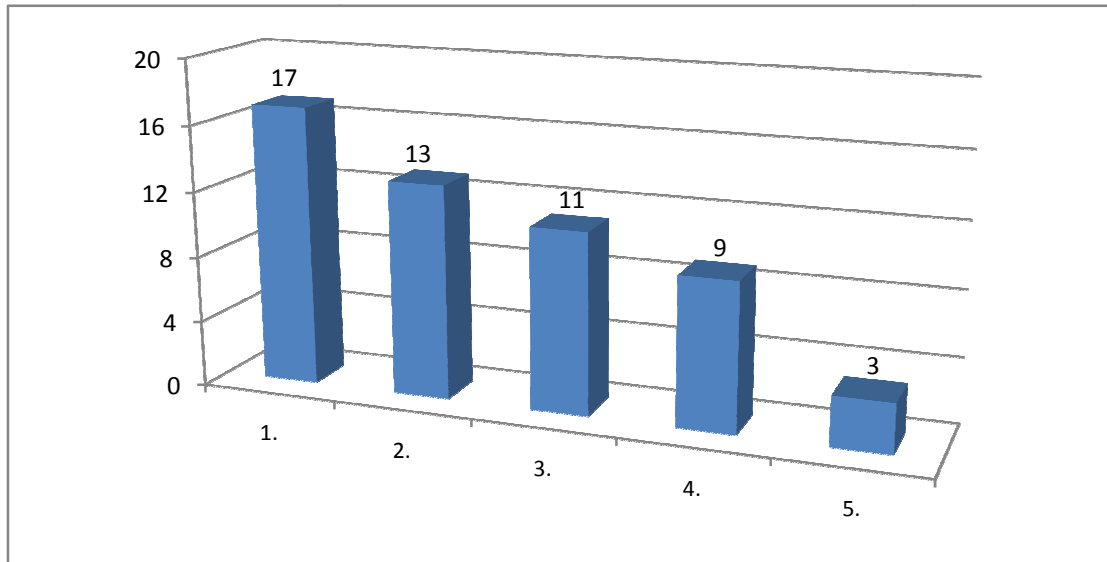
4.4.1.1. Utilisation d'une contraception en fonction des rapports sexuels (n=264) : tableau 2.

| Rapport Sexuel | Contraception actuelle | NON | OUI | Total |
|----------------|------------------------|-----|-----|-------|
| ?              |                        | 3   | 0   | 3     |
| NON            |                        | 92  | 18  | 110   |
| OUI            |                        | 43  | 108 | 151   |
| Total          |                        | 138 | 126 | 264   |



4.4.2. Pourquoi n'as-tu pas de contraception ? (n=123) : figure 14.

- ⇒ Plusieurs réponses par adolescente étaient possibles.
- ⇒ 15 adolescentes n'ayant pas de contraception n'ont pas répondu à la question.
- ⇒ La réponse « Je n'ai pas de rapport sexuel » a été citée par 82 adolescentes parmi les 123.



1. JE PENSE QUE LE PRESERVATIF SUFFIT
2. MES PARENTS REFUSENT QUE J'AIE UNE CONTRACEPTION
3. J'AI PEUR D'AVOIR UN EXAMEN GYNECOLOGIQUE
4. JE N'OSE PAS CONSULTER UN MEDECIN POUR PARLER DE CONTRACEPTION/ SEXUALITE
5. JE NE PEUX PAS PAYER UNE CONTRACEPTION

- ⇒ 23 adolescentes ont utilisé la réponse « autre » (cf. **ANNEXE 12** : Réponses spontanées des adolescentes aux questions ouvertes.). On retrouve comme principaux thèmes :

|   |             |
|---|-------------|
| « Irrégularité des rapports »   | cité 6 fois |
| « Intention d'avoir la pilule mais délais R.D.V. »                                    | cité 6 fois |
| « Contre-indication « médicale » (chirurgie, tabac, cholestérol, anti épileptique) »  | cité 4 fois |
| « Craintes effets négatifs de la pilule (stérilité, dérèglement du corps, maladies) » | cité 3 fois |
| « Religion »  | cité 2 fois |

|                         |              |
|-------------------------|--------------|
| « Homosexualité »       | cité 1 fois  |
| « Je n’y ai pas pensé » | cité 1 fois. |

#### 4.4.3. Contraception utilisée par celles qui en ont une (n=106)

- ⇒ 20 adolescentes n’ont pas répondu à cette question.
- ⇒ 96% des adolescentes (soit 102) ayant répondu utilisent la pilule, 2% l’anneau vaginal (soit 2) et 2% l’implant (soit 2).

#### 4.4.4. Accompagnant lors de la première consultation ? (n=117)

- ⇒ 9 adolescentes n’ont pas répondu à cette question.
- ⇒ 27% des adolescentes (soit 32) étaient seules lors de leur première prescription de contraception.

##### 4.4.4.1. Qui accompagne ? (n=85)

- ⇒ Parmi les 73% d’adolescentes accompagnées lors de leur première prescription de contraception, c’est la mère qui était présente dans 88% des cas (soit pour 75), la sœur dans 4% des cas (pour 3), le copain dans 4% des cas (pour 3). Les 4% derniers sont représentés par le père ou une amie (pour 4).

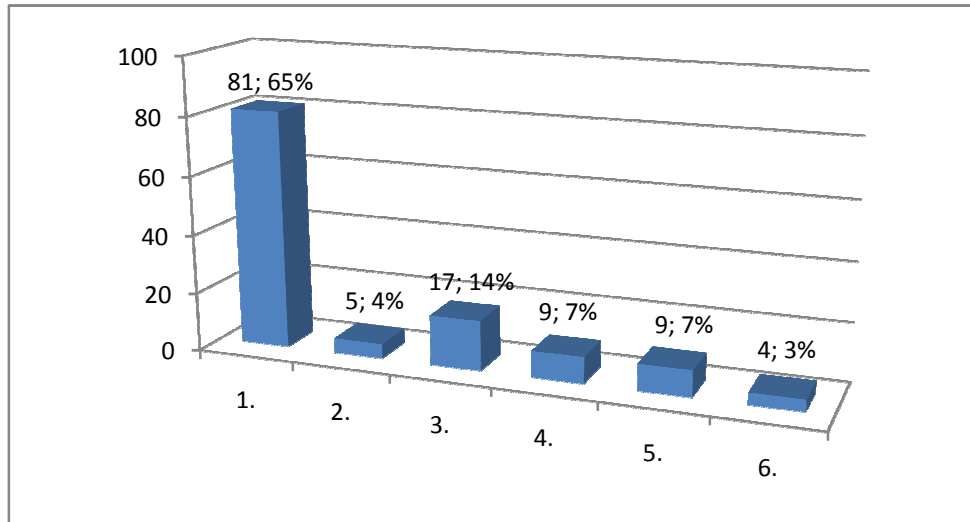
#### 4.4.5. Parents au courant ? (n=117)

- ⇒ 9 adolescentes n’ont pas répondu à cette question.
- ⇒ Les adolescentes interrogées déclarent avoir mis leurs parents au courant de leur consultation pour une contraception dans 93% des cas (soit pour 109).
- ⇒ 1 adolescente a précisé que seule sa mère était au courant.
- ⇒ Les 7% d’adolescentes (soit 8) citent pour expliquer pourquoi elles n’en n’ont pas parlé à leurs parents les raisons suivantes (1 adolescente n’a pas répondu à la question): (cf. **ANNEXE 12** : Réponses spontanées des adolescentes aux questions ouvertes.)

|   |             |
|---|-------------|
| « Pas prévu, consultation pour un autre motif » | cité 3 fois |
| « difficulté de communication intrafamiliale »  | cité 3 fois |
| « choix personnel »                             | cité 1 fois |

#### 4.5. LE PRESCRIPTEUR DE LEUR PREMIERE CONTRACEPTION.

##### 4.5.1. Médecin prescripteur (n=125) : figure 15.

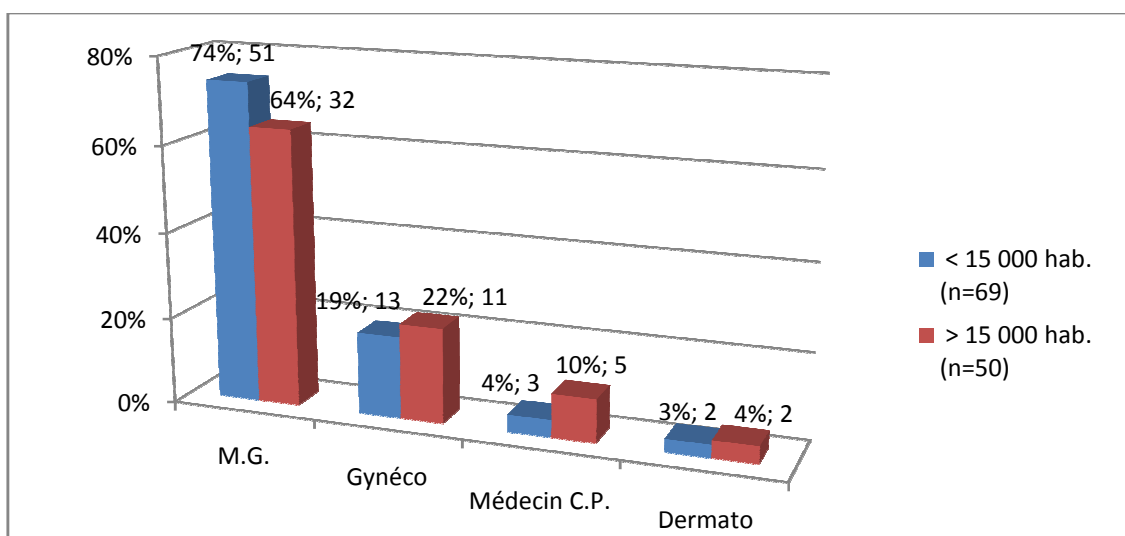


1. MEDECIN GENERALISTE HABITUEL
2. MEDECIN GENERALISTE AUTRE
3. GYNECOLOGUE DE MA MERE
4. GYNECOLOGUE DIFFERENT DE MA MERE
5. MEDECIN DU CENTRE DE PLANIFICATION
6. DERMATOLOGUE

⇒ 1 adolescente n'a pas précisé quel médecin lui a prescrit sa première contraception.

##### 4.5.2. Médecin prescripteur selon la taille de la commune de résidence (n=119): figure 16.

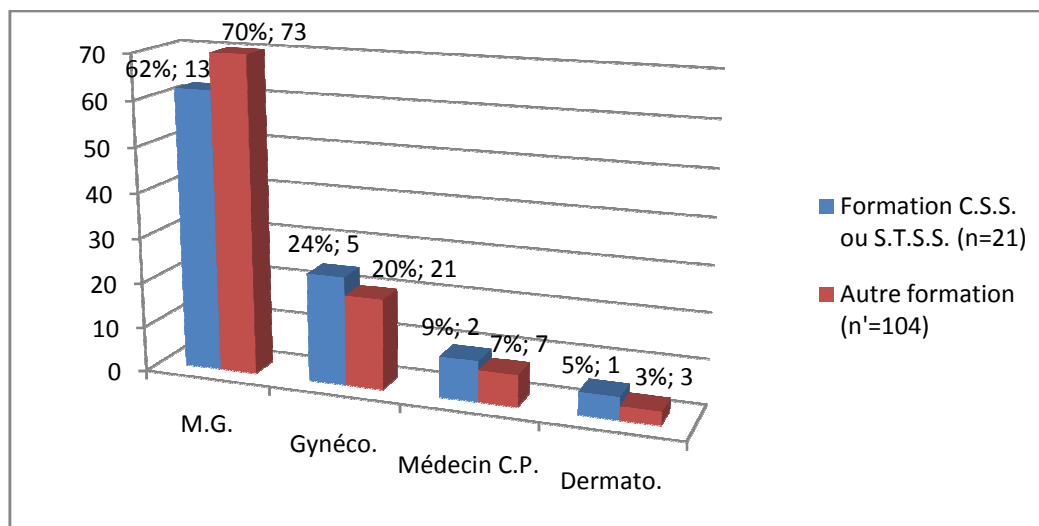
⇒ 6 adolescentes n'ont pas précisé leur commune d'origine et 1 adolescente n'a pas précisé quel médecin lui a prescrit sa contraception.



⇒ Selon le test du Khi2, au risque d'erreur  $p < 0,05$  il n'existe pas de différence statistiquement significative de prescripteur (médecin généraliste ou autre médecin) ( $\text{Khi}^2=1,350$ ) quelle que soit la taille de la commune de résidence.

4.5.3. Médecin prescripteur selon la formation scolaire (n=125): figure 17

⇒ 1 adolescente n'a pas précisé quel médecin lui a prescrit sa contraception.



⇒ Selon le test du Khi2, au risque d'erreur  $p < 0,05$  il n'existe pas de différence statistiquement significative ( $\text{Khi}^2=0,559$ ) de prescripteur (médecin généraliste ou autre médecin) quelque soit la formation scolaire de l'adolescente.

4.5.4. Médecin prescripteur selon la C.S.P. du père (n=125) : tableau 3

| C.S.P. du père  | Spécialité du médecin | M.G.       | Gynéco    | Méd. C.P. | Dermato   |
|---|-----------------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| 1. AGRICULTEUR EXPLOITANT (n=3)                       |                       | 2 (66,5%)  | 0 (0%)    | 0 (0%)    | 1 (33,5%) |
| 2. ARTISAN, COMMERCANT, CHEF D'ENTREPRISE (n=22)      |                       | 15 (68%)   | 6 (27,5%) | 1 (4,5%)  | 0 (0%)    |
| 3. CADRE, PROFESSION INTELLECTUELLE SUPERIEURE (n=19) |                       | 13 (68,5%) | 5 (26,5%) | 1 (5%)    | 0 (0%)    |
| 4. PROFESSION INTERMEDIAIRE (n=23)                    |                       | 16 (69,5%) | 4 (17,5%) | 2 (8,5%)  | 1 (4,5%)  |
| 5. EMPLOYE (n=7)                                      |                       | 6 (85,5%)  | 0 (0%)    | 0 (0%)    | 1 (14,5%) |
| 6. OUVRIER (n=26)                                     |                       | 19 (73%)   | 5 (19%)   | 1 (4%)    | 1 (4%)    |
| 7. NON PRECISE (=25)                                  |                       | 15 (60%)   | 6 (24%)   | 4 (16%)   | 0 (0%)    |

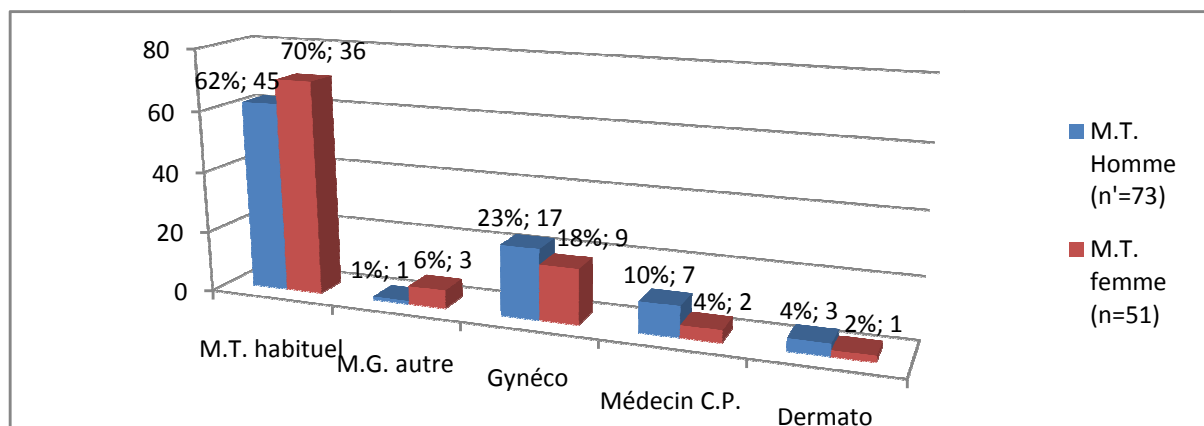
⇒ Notre échantillon étant de petite taille nous avons dû, pour réaliser des comparaisons, faire des regroupements de catégories. Nous avons donc choisi de regrouper 1. et 2. , 3. et 4. ,5. et 6. et de les comparer selon la consultation d'un M.G. ou d'un autre médecin. Selon le test du Khi2, il n'existe pas de différence statistiquement significative de prescripteur au risque d'erreur  $p < 0,05$  ( $\text{Khi}^2=0,550$ ).

4.5.5. Médecin prescripteur selon la C.S.P. de la mère (n=125): tableau 4

| C.S.P. de la mère                                     | Spécialité du médecin | M.G.       | Gynéco    | Med. C.P. | Dermato  |
|---|-----------------------|------------|-----------|-----------|----------|
| 1. AGRICULTEUR, EXPLOITANT (n=1)                      |                       | 0 (0%)     | 0 (0%)    | 0 (0%)    | 1 (100%) |
| 2. ARTISAN, COMMERCANT, CHEF D'ENTREPRISE (n=8)       |                       | 5 (62,5%)  | 2 (25%)   | 1 (12,5%) | 0 (0%)   |
| 3. CADRE, PROFESSION INTELLECTUELLE SUPERIEURE (n=10) |                       | 7 (70%)    | 3 (30%)   | 0 (0%)    | 0 (0%)   |
| 4. PROFESSION INTERMEDIAIRE (n=18)                    |                       | 12 (66,5%) | 5 (28%)   | 1 (5,5%)  | 0 (0%)   |
| 5. EMPLOYE (n=45)                                     |                       | 31 (69%)   | 7 (15,5%) | 4 (9%)    | 3 (6,5%) |
| 6. OUVRIER (n=18)                                     |                       | 15 (83,5%) | 2 (11%)   | 1 (5,5%)  | 0 (0%)   |
| 7. NON PRECISE (n=25)                                 |                       | 16 (64%)   | 7 (28%)   | 2 (8%)    | 0 (0%)   |

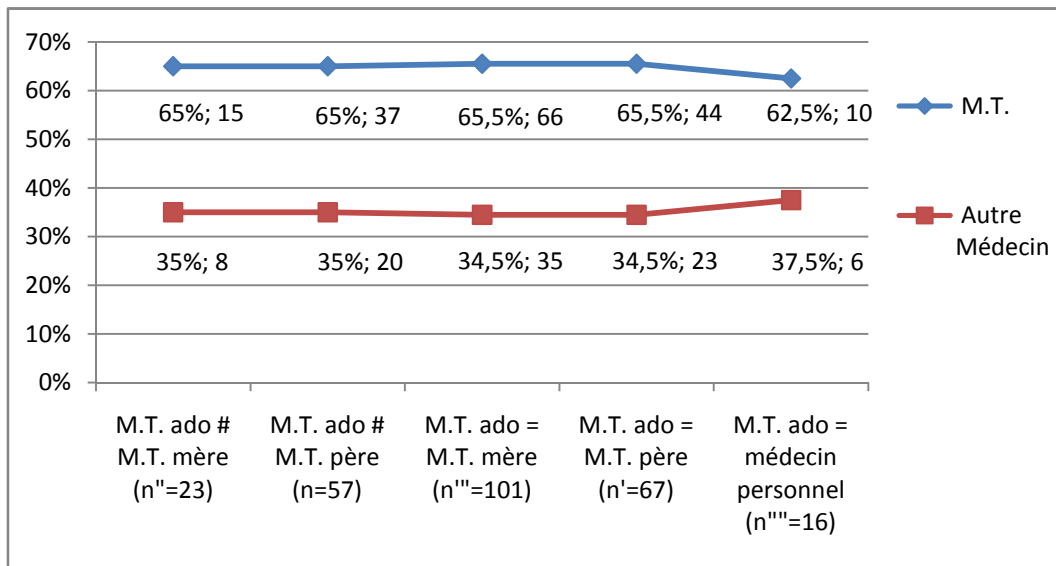
- ⇒ Notre échantillon étant de petite taille nous avons dû, pour réaliser des comparaisons, faire des regroupements de catégories. Nous avons donc choisi de regrouper 1. et 2. , 3. et 4. ,5. et 6. et de les comparer selon la consultation d'un M.G. ou d'un autre médecin. Malgré cela, les effectifs sont restés trop faibles pour réaliser des comparaisons.
- ⇒ Nous nous sommes aussi intéressées à la consultation du gynécologue par rapport à un autre médecin. En comparant les catégories 3. et 4. aux autres catégories nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence statistiquement significative selon le test du khi2, au risque d'erreur  $p < 0,05$  (Khi2=2,518). Cependant au risque d'erreur  $p < 0,11$ , la différence devient statistiquement significative.

4.5.6. Médecin prescripteur selon le sexe du M.T. (n=124) : figure 18.



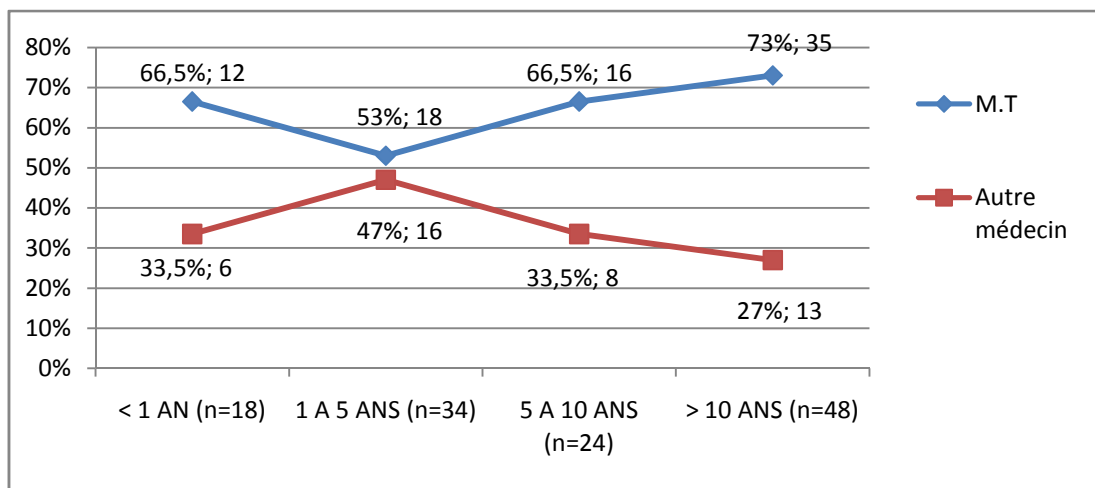
- ⇒ 1 adolescente n'a pas de M.T.
- ⇒ Selon le test du Khi2, au risque d'erreur  $p < 0,05$ , il n'existe pas de différence statistiquement significative (Khi2=1,06) concernant la consultation du M.T. habituel que celui-ci soit un homme ou une femme.

4.5.7. Médecin prescripteur selon la place du M.T. au sein de la famille : figure 19.



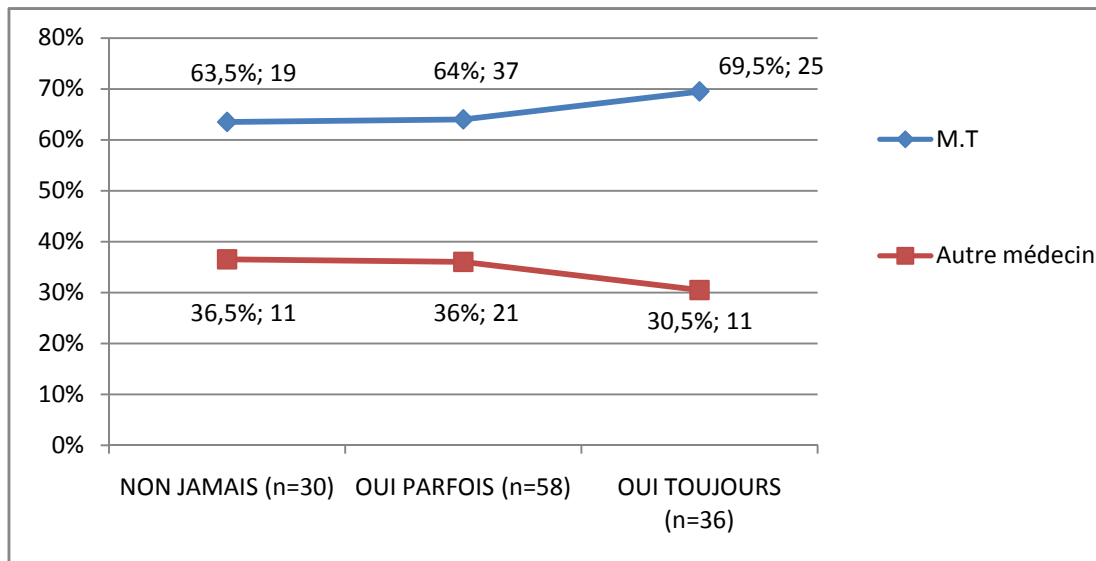
⇒ Selon un test du Khi2, au risque d'erreur  $p < 0,05$ , il n'existe pas de différence statistiquement significative ( $\text{Khi}^2=0,0574$ ) concernant le médecin prescripteur selon que le M.T. de l'adolescente soit son propre M.T. ou aussi celui d'au moins l'un de ses parents.

4.5.8. Médecin prescripteur selon la durée de la relation avec le M.T. (n=124) : figure 20.



⇒ Les adolescentes qui connaissent leur M.T. depuis plus de 10 ans le consultent plus souvent pour leur contraception que celles qui le connaissent depuis 1 à 5 ans, selon le test du Khi2 ( $\text{khi}^2= 3,474$ ), au risque d'erreur  $p < 0,062$ .

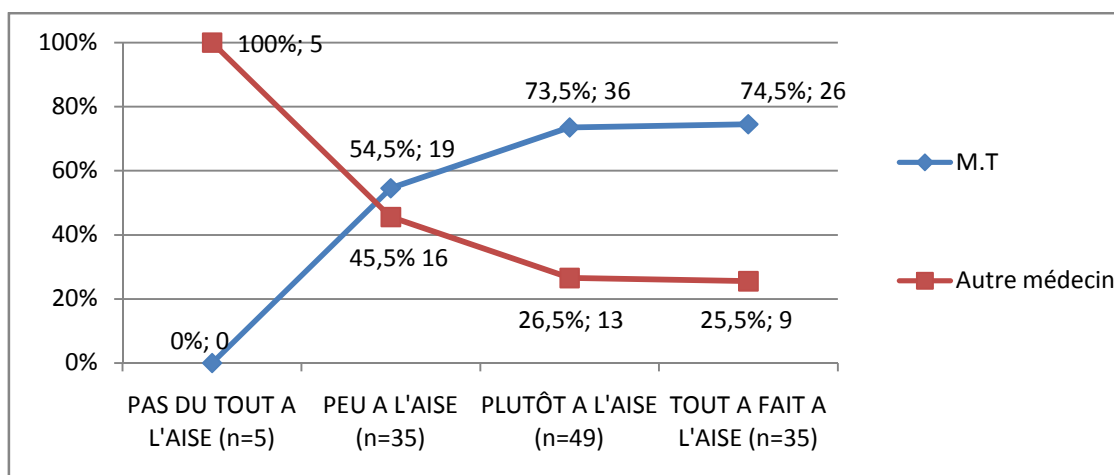
4.5.9. Médecin prescripteur selon la consultation seule du M.T. (n=124): figure 21.



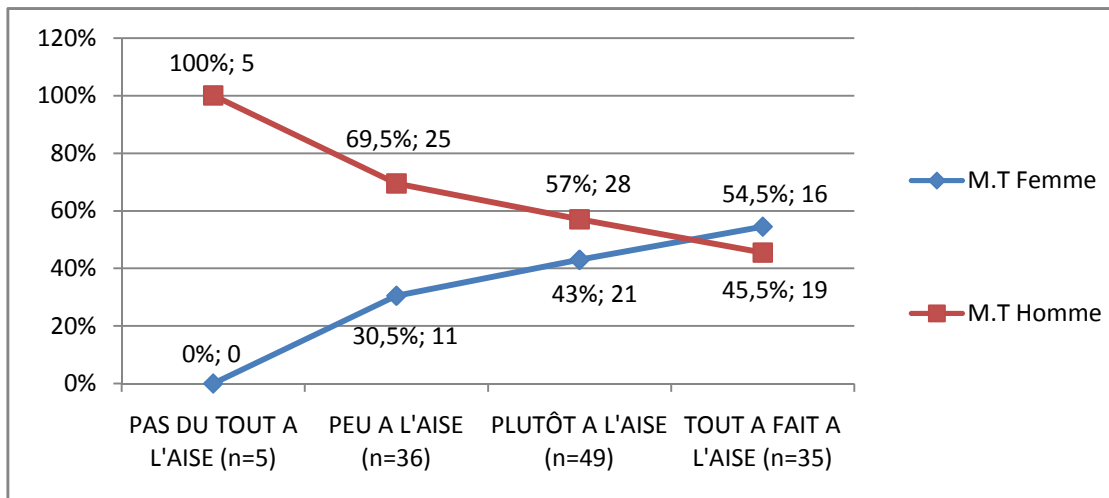
⇒ Selon le test du Khi2, au risque d'erreur  $p < 0,05$ , il n'existe pas de différence statistiquement significative de prescripteur ( $\text{Khi2}=0,275$ ) entre les adolescentes qui ne consultent jamais seules leur M.T. et celles qui le consultent toujours seules.

4.5.10. Médecin prescripteur selon l'aisance pour discuter contraception et sexualité avec son M.T. (n=124): figure 22.

⇒ Selon le test du Khi2 ( $\text{Khi2}=8,280$ ), au risque d'erreur  $p < 0,004$ , les adolescentes qui ne sont pas du tout ou peu à l'aise avec leur M.T. le consultent moins souvent que celles qui sont plutôt ou tout à fait à l'aise avec lui pour la prescription de leur première contraception.



4.5.11. Facilité de discussion sexualité et contraception avec son M.T. selon le sexe de ce dernier (n=125) : figure 23.

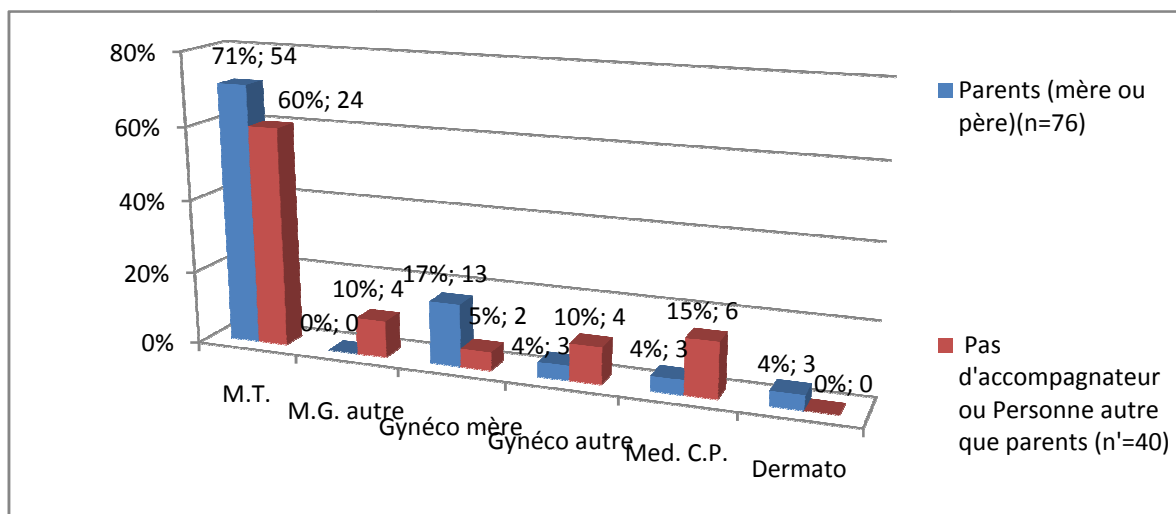


- ⇒ Les adolescentes qui ont un M.T. homme sont plus souvent pas du tout ou peu à l'aise pour discuter de sexualité et contraception avec leur M.T. que celles qui ont un M.T. femme, selon le Test du Khi2 (Khi2=3,453), au risque d'erreur  $p < 0,063$ .

4.5.12. Médecin prescripteur selon les connaissances des compétences du M.T. (n=124)

- ⇒ Parmi les adolescentes qui ne savent pas ou pensent que leur M.T. ne peut pas leur prescrire une contraception (n=10) toutes (soit 100%) sont allées consulter un autre médecin que leur M.T. contre 33/114 parmi celles qui connaissent les compétences de leur M.T. (soit 29%).
- ⇒ Selon un test de Fisher exact, la différence de médecin prescripteur selon la connaissance des compétences du M.T. est statistiquement significative avec un risque d'erreur  $p < 0,000012$ .

4.5.13. Médecin prescripteur selon l'accompagnant lors de la consultation (n=116) : figure 24.





- ⇒ Les adolescentes accompagnées de leurs parents, consultent plus souvent leur M.T. ou le gynécologue de leur mère au détriment d'un autre médecin généraliste, d'un autre gynécologue ou du médecin du C.P. par rapport à celles qui sont seules ou accompagnées par quelqu'un d'autre, selon le test du Khi2 (Khi2= 15,38), au risque d'erreur  $p < 0,000088$ .

#### 4.5.14. Médecin prescripteur et parents non au courant de la consultation (n=116)

- ⇒ Parmi les 7 adolescentes ayant consulté sans prévenir leurs parents, 3 d'entre elles (soit 43%) ont consulté un médecin du C.P., 2 un gynécologue (soit 28,5%) et 2 un médecin généraliste (soit 28,5%).
- ⇒ Parmi celles ayant prévenu leurs parents (n=109), 6 (soit 5,5%) ont consulté un médecin du C.P., 20 (soit 18,5%) un gynécologue, 80 (soit 73%) un médecin généraliste, et 3 (soit 3%) un dermatologue.
- ⇒ Les adolescentes qui ont consulté sans prévenir leurs parents ont consulté plus souvent un médecin du C.P. que les autres, selon le test de Fischer exact, au risque d'erreur  $p < 0,0098$ .

### 4.6. POURQUOI ONT-ELLES CHOISI CE MEDECIN ? (REponses LIBRES)

- ⇒ Parmi les 126 adolescentes ayant une contraception, 11 n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ Les 115 réponses spontanées des adolescentes interrogées pour justifier leur choix sont répertoriées en **ANNEXE 12** : Réponses spontanées des adolescentes aux questions ouvertes. Nous les avons résumées ci-dessous par thème.

#### 4.6.1. Choix du M.T. habituel (n=76).

- ⇒ 5 adolescentes parmi les 81 concernées n'ont pas répondu à la question.

|  |              |
|--|--------------|
| « Durée de la relation », « Confiance », « Je le connais bien », « M.T. me connaît »   | cité 47 fois |
| « C'est mon M.T. habituel », « Pas utile, pas d'intérêt à, pas pensé à aller voir quelqu'un d'autre »  | cité 27 fois |
| « Je n'ai pas peur, je suis à l'aise pour en parler avec mon M.T.»   | cité 21 fois |
| « Médecin de famille », « possibilité de discuter avec les parents »   | cité 17 fois |
| « Rapidité des consultations », « Proximité », « Facilité », « présence »  | cité 11 fois |
| « Capacité à écouter », « la compréhension », « Compétence », « la réputation », « la capacité du médecin à poser les bonnes questions ou à ne pas en poser », « pas de jugement » | cité 11 fois |

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>« Sexe du médecin : une femme »</b>  | cité 5 fois        |
| <b>« Sympa », « la gentillesse »</b>  | cité 3 fois        |
| <b>« Choix des parents »</b>  | cité 2 fois.       |
| <b>« la jeunesse », « le refus d'aller voir le gynécologue », « la consultation pour un autre motif »</b> | cité chacun 1 fois |

#### 4.6.2. Choix d'un autre médecin généraliste (n=5).

⇒ Les 5 adolescentes concernées ont répondu.

|   |             |
|---|-------------|
| <b>« premier médecin de libre », « pas d'attente », « indisponibilité du M.T. », « proximité»</b> | cité 4 fois |
| <b>« sexe du médecin : une femme »</b>  | cité 1 fois |
| <b>« médecin plus jeune »</b>   | cité 1 fois |
| <b>« crainte du gynécologue »</b>   | cité 1 fois |
| <b>« pas de M.T.»</b>   | cité 1 fois |

Une adolescente précise qu'elle regrette d'aller voir un médecin pour raison de commodités (proximité et rapidité des R.D.V.) au lieu d'aller voir son M.T. qu'elle connaissait beaucoup mieux.

#### 4.6.3. Choix d'un gynécologue.

##### 4.6.3.1. CELUI DE MA MERE (N=14).

⇒ 3 adolescentes sur les 17 concernées n'ont pas répondu à cette question.

|   |              |
|---|--------------|
| <b>« choix de la mère », « c'est celui de ma mère »</b>                                 | cité 11 fois |
| <b>« gynécologue plus approprié que généraliste »,<br/>« spécialiste »</b>              | cité 4 fois  |
| <b>« sexe : femme »</b>   | cité 2 fois  |
| <b>« confiance »</b>  | cité 2 fois  |
| <b>« gentillesse », «bonne entente »</b>  | cité 2 fois  |
| <b>« consultations gratuites et facilité R.D.V. /<br/>connaissance », « proximité »</b> | cité 2 fois  |
| <b>« médecin que je ne connaissais pas déjà »</b>                                       | cité 1 fois  |

#### 4.6.3.2. UN DIFFERENT DE MA MERE (N=9).

⇒ Les 9 adolescentes concernées ont répondu à la question.

|  |              |
|--|--------------|
| <b>« conseil (d'une amie, du M.T., autres)»</b>          | citée 3 fois |
| <b>« taux de remboursement », « rapidité du R.D.V. »</b> | citée 2 fois |
| <b>« choix personnel car M.T. ami de ma mère»</b>        | citée 1 fois |
| <b>« hasard »</b>  | citée 1 fois |
| <b>« sexe du médecin : une femme »</b>                   | citée 1 fois |
| <b>« voulait un spécialiste »</b>                        | citée 1 fois |
| <b>« suite chirurgie gynécologique »</b>                 | citée 1 fois |

#### 4.6.4. Choix du centre de planification (n=8).

⇒ 1 adolescente sur les 9 concernées n'a pas répondu à la question.

|   |              |
|---|--------------|
| <b>« gratuité »</b>   | citée 3 fois |
| <b>« anonymat »</b>   | citée 3 fois |
| <b>« conseil de la mère »</b>                               | citée 2 fois |
| <b>« possibilité d'y aller sans en parler aux parents »</b> | citée 2 fois |
| <b>« sexe du médecin : une femme »</b>                      | citée 1 fois |
| <b>« dans les suites I.V.G. »</b>                           | citée 1 fois |
| <b>« rapidité des R.D.V. »</b>                              | citée 1 fois |
| <b>« réputation »</b>                                       | citée 1 fois |

⇒ 2 adolescentes ont stipulé qu'après consultation au centre de planification, elles ont consulté ou se sentent plus à l'aise pour consulter un autre médecin pour ce type de prescription.

#### 4.6.5. Choix d'un dermatologue (n=3)

- ⇒ 1 adolescente sur les 4 concernées n'a pas répondu à la question.
- ⇒ La seule raison évoquée est « l'acné » pour les 3 adolescentes ayant répondu.

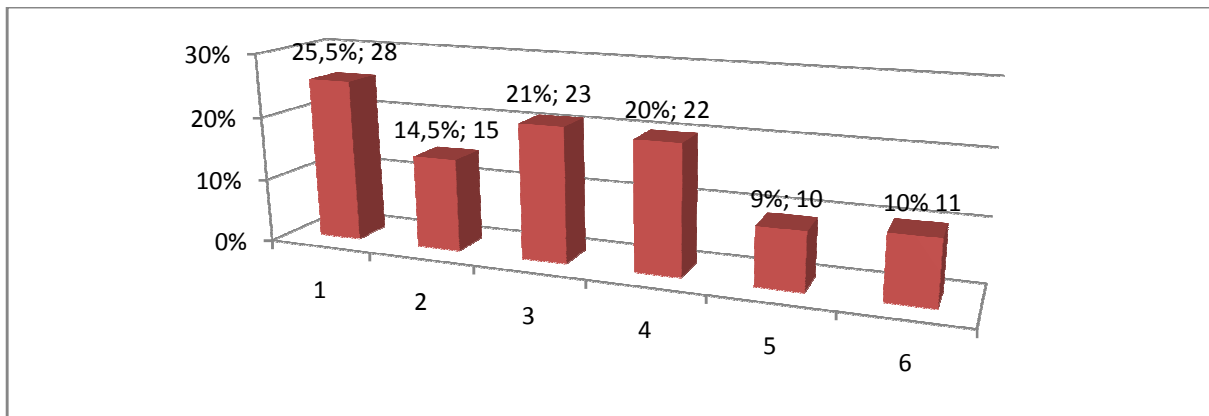
### 4.7. LES CRITERES DE CHOIX ETUDIES

⇒ L'importance du critère est cotée de 1 à 6 par les adolescentes (1 = pas du tout important, 2 = peu important, 3 = plutôt pas important, 4 = plutôt important, 5 = important et 6 = très important).

#### 4.7.1. Critère 1 : Je voulais un médecin choisi personnellement (n=109) : figure 25.

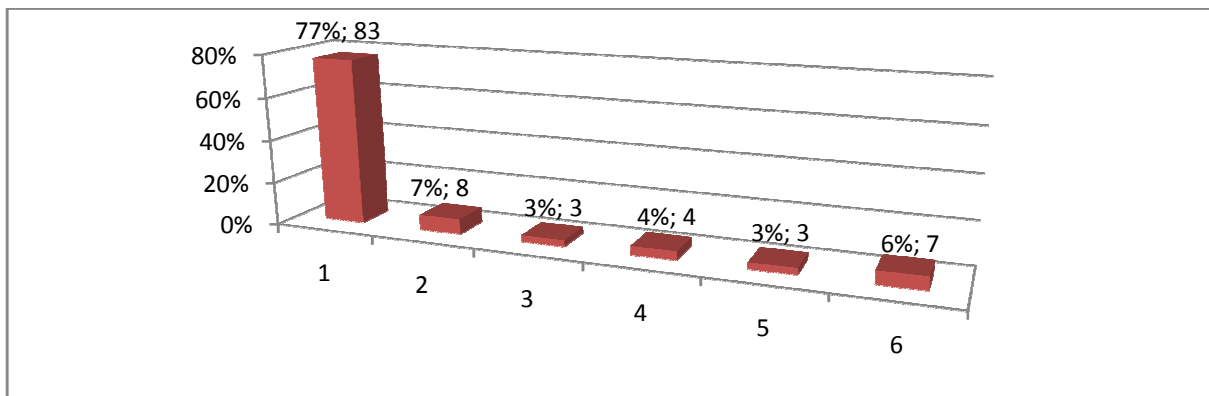
⇒ 17 adolescentes concernées n'ont pas répondu à cette question.

⇒ La moyenne et la médiane de ce critère sont égales à 3,0. L'écart-type est 1,6.



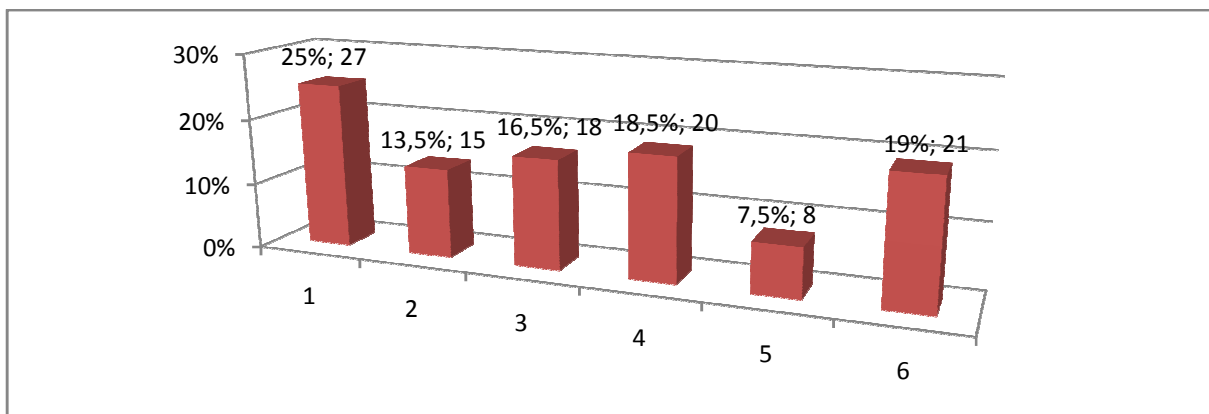
4.7.2. Critère 2 : Je voulais pouvoir consulter sans que mes parents le sachent (n=108): figure 26.

- ⇒ 18 adolescentes concernées n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ La moyenne pour ce critère est 1,7 et la médiane est 1. L'écart-type est 1,5.



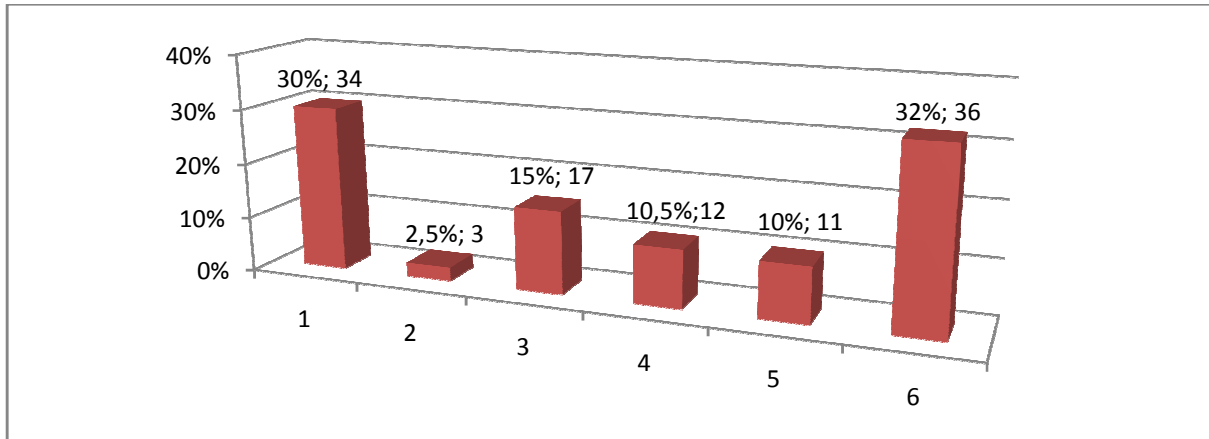
4.7.3. Critère 3 : Mes parents m'ont amenée voir ce médecin (n=109) : figure 27.

- ⇒ 17 adolescentes concernées n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ La moyenne pour ce critère est 3,3 et la médiane est 3. L'écart-type est 1,8.

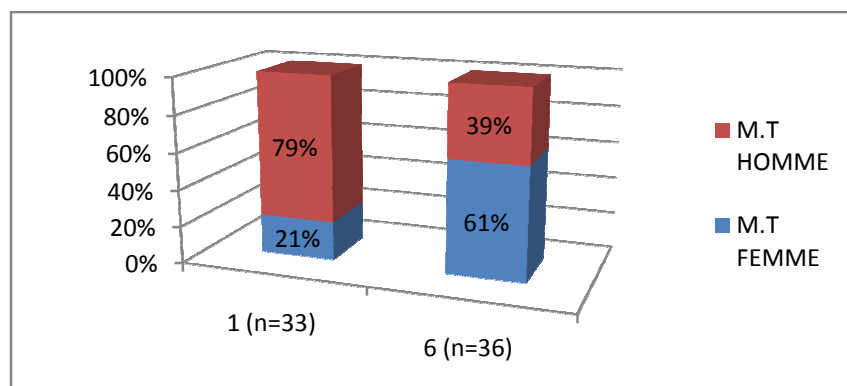


4.7.4. Critère 4 : Le sexe du médecin prescripteur (n=113) : figures 28a et 28b.

- ⇒ 13 adolescentes concernées n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ La moyenne pour ce critère est 3,6 et la médiane est 4. L'écart-type est 2,1. Les deux tiers des adolescentes ont donné des réponses situées aux deux extrêmes (1 ; 6) : figure 28a.

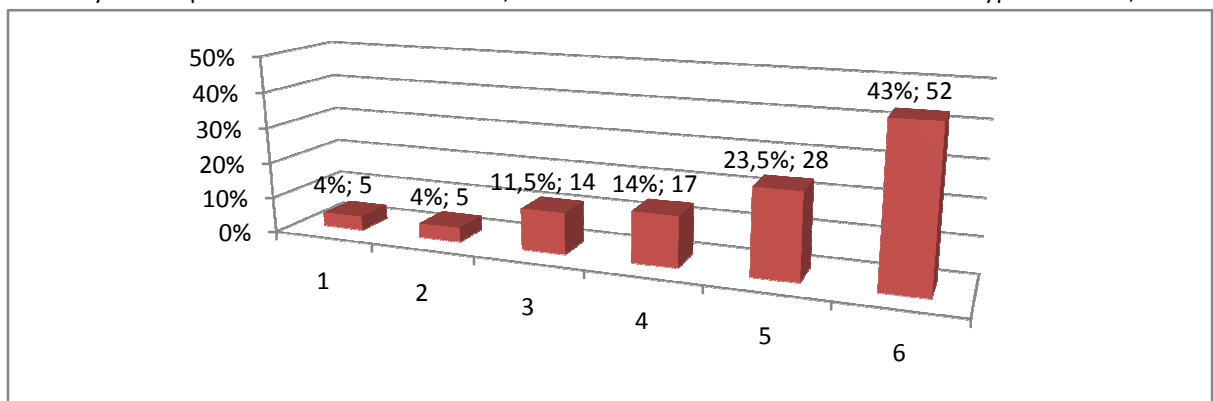


- ⇒ Sexe du M.T des adolescentes ayant coté comme très important (6) ou pas du tout important (1) le sexe du médecin prescripteur (n=69) : figure 28b.



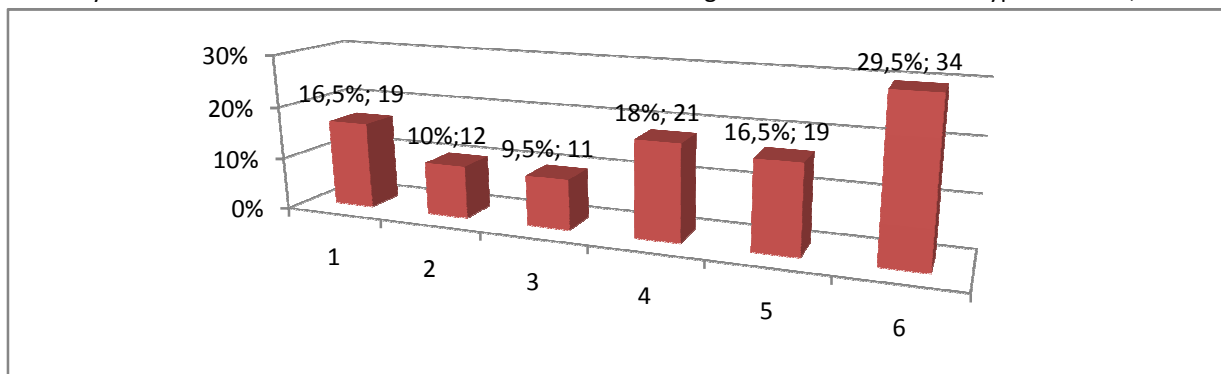
4.7.5. Critère 5 : Je voulais un médecin en qui j'ai confiance (n=121) : figure 29.

- ⇒ 5 adolescentes concernées n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ La moyenne pour ce critère est 4,8 et la médiane est 5. L'écart-type est 1,4.



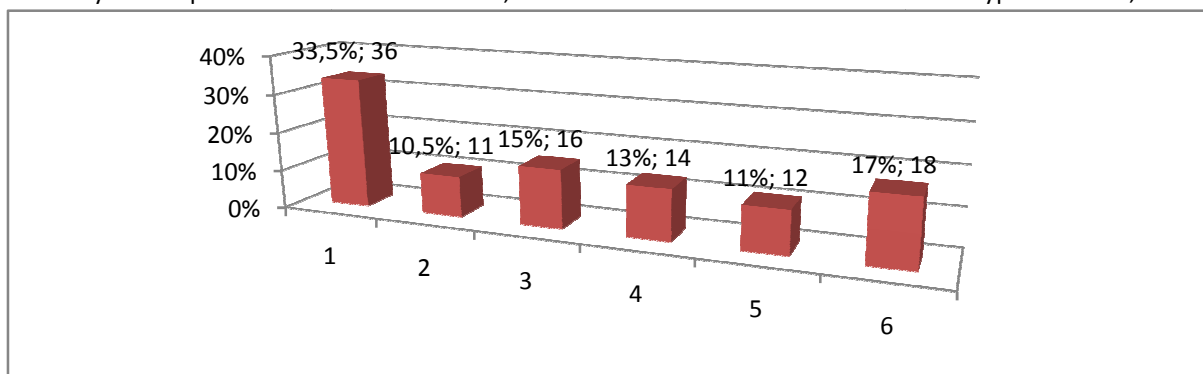
4.7.6. Critère 6 : Je voulais un médecin qui me connaisse bien (n=116) : figure 30.

- ⇒ 10 adolescentes concernées n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ La moyenne et la médiane de ce critère sont égales à 4. L'écart type est 1,8.



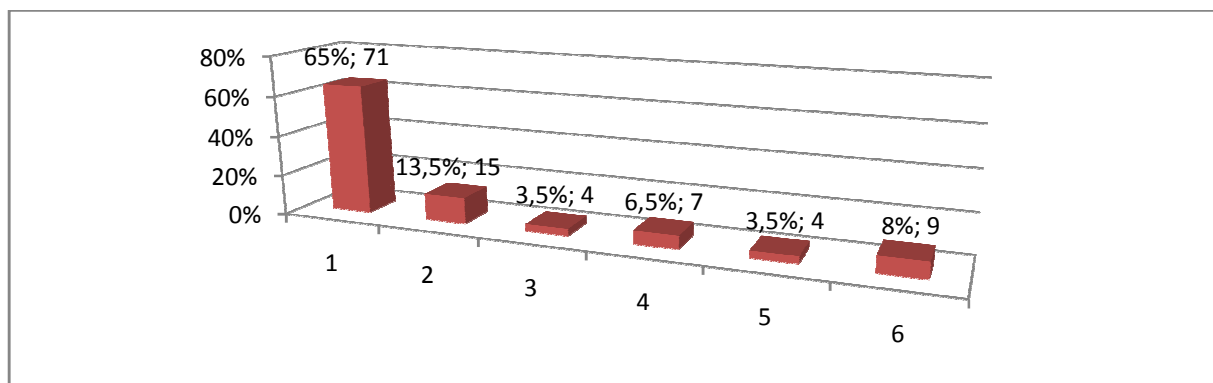
4.7.7. Critère 7 : Ce médecin m'avait dit que je pouvais venir le voir pour avoir une contraception (n=107) : figure 31.

- ⇒ 19 adolescentes n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ La moyenne pour ce critère est 3,1 et la médiane est 3. L'écart-type est 1,9.



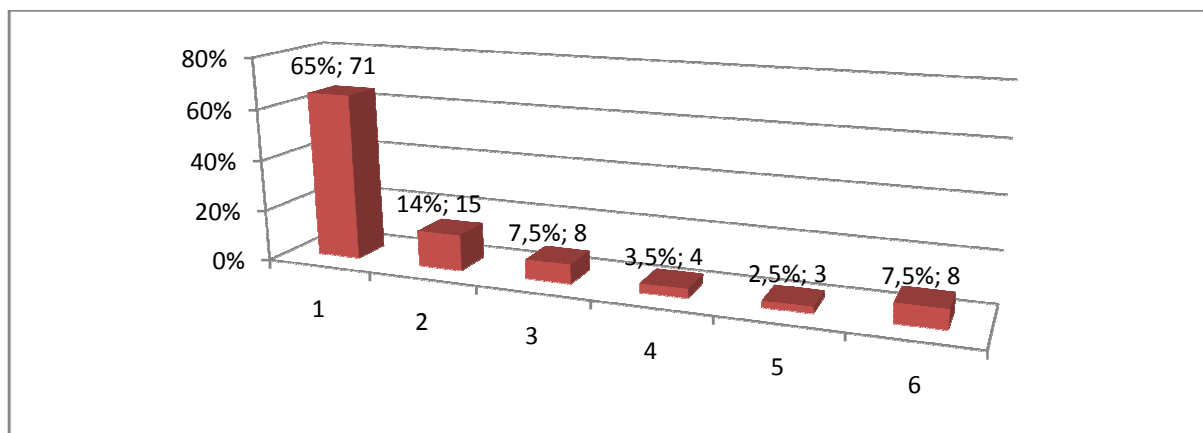
4.7.8. Critère 8 : Je voulais une consultation gratuite (n=110) : figure 32.

- ⇒ 16 adolescentes n'ont pas répondu à cette question.
- ⇒ La moyenne pour ce critère est 1,9 et la médiane est 1. L'écart type est 1,6.



#### 4.7.9. Critère 9 : Je voulais pouvoir consulter sans R.D.V. (n=109) : figure 33.

⇒ 17 adolescentes concernées n'ont pas répondu à cette question.

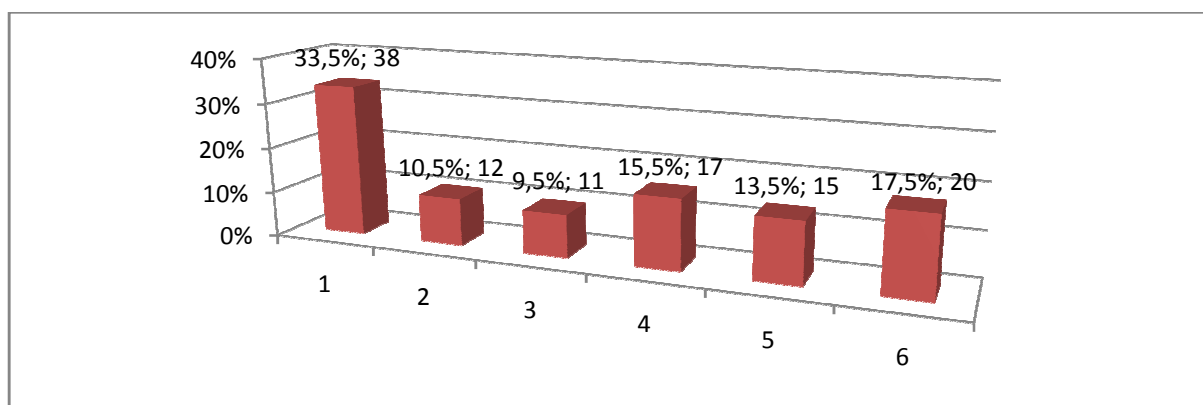


⇒ La moyenne pour ce critère est 1,9 et la médiane est 1. L'écart-type est 1,5.

#### 4.7.10. Critère 10 : Je voulais un R.D.V. rapidement (n=113) : figure 34.

⇒ 13 adolescentes concernées n'ont pas répondu à cette question.

⇒ La moyenne pour ce critère est 3,2 et la médiane est 3. L'écart type est 1,9.



#### 4.7.11. Autres

⇒ Une adolescente a ajouté comme critère très important (6) le fait d'avoir des explications simples et claires.

### 4.8. COMMENTAIRES.

⇒ Les commentaires faits par les adolescentes en fin de questionnaire sont répertoriés en **ANNEXE 12** : Réponses spontanées des adolescentes aux questions ouvertes.

⇒ Il est intéressant de noter que :

- 7 adolescentes ont précisé que le questionnaire était mal conçu, ou ne l'ont pas bien compris.
- 10 adolescentes ont laissé des messages d'encouragement.
- 8 adolescentes ont précisé qu'il s'agissait d'un bon questionnaire, avec un sujet intéressant.



- 2 adolescentes ont précisé avoir changé de M.T. récemment, et par conséquent le M.T. qu'elles ont décrit initialement n'est pas celui qui leur a prescrit leur contraception.
- 3 adolescentes ont trouvé le sujet intime.
- Voici par ailleurs 5 remarques qui m'ont paru particulièrement intéressantes.

*« CA ME MET MAL A L'AISE DE PARLER DE CA AVEC MON MEDECIN TRAITANT. JE PREFERE QUAND C'EST AVEC QUELQU UN QUE JE CONNAIS MOINS (PAR EXEMPLE LORSQUE C'EST SA REMPLACANTE). MA MERE M'A DIT QUE SI JE VOULAIS AVOIR UN MOYEN DE CONTRACEPTION, JE DEVAIS LUI EN PARLER ET QU'ELLE PRENDRAIT RDV CHEZ LE GYNECOLOGUE MAIS J'ATTENDS D'AVOIR UNE RELATION SERIEUSE AVEC UN GARCON POUR LUI EN PARLER. »*

*« LES MEDECINS SONT TOUJOURS TRES PRESENTS AU SUJET DE LA CONTRACEPTION. JE SAIS QUE JE PEUX EN PARLER LIBREMENT ET AVOIR TOUS LES CONSEILS QUE JE VEUX. MAIS J'AI AUSSI LA CHANCE D'AVOIR DES PARENTS OUVERTS A CE SUJET ET C'EST ENCORE PLUS IMPORTANT DE PARLER DE CA AVEC EUX. »*

*« SANS PARLER POUR MOI MAIS POUR DES AMIES, LES CONTRACTIONS SIMPLES COMME LE PRESERVATIF DEVRAIENT ETRE PLUS SOUVENT PROPOSEES VOIRE DISTRIBUEES. LE MEDECIN GENERALISTE DEVRAIT LANCER LE SUJET DE LA SEXUALITE ARRIVE A UN AGE POUR QUE PARENTS COMME ENFANTS SE RENSEIGNENT ET SACHENT OU COMMENT POURQUOI CHERCHER DES REPONSES. »*

*« NE PAS POUVOIR EN PARLER, DEVOIR ME CACHER DERRIERE LE DOS DE MES PARENTS N'EST PAS TOUJOURS AGREABLE POUR MOI »*

*« JE TROUVE QUE LE MOYEN DE CONTRACEPTION QUI RESTE LE PLUS EFFICACE ET QUI PROTEGE DU VIH EST LE PRESERVATIF; SI PAR MALHEUR IL SE CASSE, IL Y A LA PILULE DU LENDEMAIN, JE L'AI PRISE UNE FOIS ET JE N'AI PAS EU D'EFFET SECONDAIRE. MAIS IL FAUT Y FAIRE GAFFE ET NE PAS Y PRENDRE HABITUDE. SINON POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE IL FAUT SUIVRE SES REGLES ET PAS FAIRE DURANT LES JOURS D'OVULATION. »*

## 5. DISCUSSION

### 5.1. DISCUSSION DE LA METHODE

Avant de discuter des résultats obtenus, il faut préciser les limites de cette étude.

En effet, il existe dans un premier temps **DES BIAIS DE SELECTION.**

- ⇒ Tout d'abord, les adolescentes interrogées sont toutes des adolescentes lycéennes. Par conséquent, nous avons exclu d'emblée de notre étude toutes les adolescentes déscolarisées (afin de simplifier le travail du recueil). Ces dernières sont cependant peut-être les plus en difficultés en matière de contraception... créant ainsi un **PREMIER BIAIS DE RECRUTEMENT.**
- ⇒ Il existe un **AUTRE BIAIS DE RECRUTEMENT** lié à l'acceptation ou le refus du proviseur de participer. Afin de pouvoir travailler au sein des lycées, nous avons eu besoin de l'aval du proviseur et de l'I.D.E. scolaire. Peut-être que les proviseurs qui ont accepté de participer sont des proviseurs plus impliqués dans l'information sur la contraception ? A noter qu'un seul proviseur de lycée privé a accepté de nous recevoir au sein de son établissement. D'autre part je suis une ancienne élève du lycée De Lattre de Tassigny dans lequel je connais quelques professeurs. La participation y a été la plus forte...
- ⇒ Par ailleurs, il existe un biais lié à la méthode de distribution et de récupération des questionnaires. En effet, dans le but de faciliter la participation à l'étude et de minimiser le travail des I.D.E. scolaires, le choix du mode de distribution leur revenait. Alors que dans certains lycées, les questionnaires ont été distribués, remplis et récupérés sur un temps de classe (le plus souvent il s'agissait des lycées généraux), dans d'autres, ils ont été remplis en dehors du temps de cours et ramenés à l'I.D.E. scolaire sur la **BASE DU VOLONTARIAT** (le plus souvent il s'agissait des lycées professionnels ou agricoles) créant ainsi un **BIAIS D'AUTO SELECTION.** Ainsi on remarque selon la figure 2 que les adolescentes ayant répondu de façon libre ont plus souvent déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels que celles qui ont répondu de façon encadrée. On peut donc imaginer que les adolescentes qui se sont senties concernées par le sujet ont plus facilement répondu à notre questionnaire que celles qui ne le sont pas ou a contrario que les adolescentes qui ont répondu de façon encadrée ont sous déclaré leur activité sexuelle réelle.
- ⇒ Il faut noter la présence d'un **BIAIS DE NON REPONSE.** Des adolescentes concernées n'ont pas répondu à certaines parties du questionnaire.
- ⇒ En dernier lieu, il existe un **BIAIS DE PERDU DE VUE.** En effet, une vingtaine de questionnaires a été distribuée dans une 3<sup>ème</sup> classe du lycée Vial. Nous n'avons jamais pu récupérer ces questionnaires qui semblent avoir été perdus.

Dans un deuxième temps, il faut détailler les **BIAIS DE MESURE ET DE CLASSEMENT.**

- ⇒ En effet, ce sont les I.D.E. scolaires et une professeur de S.V.T. qui se sont chargées de distribuer les questionnaires auprès des adolescentes. D'un lycée à l'autre, j'ai perçu une motivation variable des I.D.E. Cela a donc probablement influencé le taux de participation des adolescentes, créant ainsi un **BIAIS DE SUBJECTIVITE DE L'ENQUETEUR.**
- ⇒ Il faut aussi décrire un **BIAIS DE COMPREHENSION.** 7 adolescentes sur les 301 se sont plaintes dans les commentaires de ne pas avoir bien compris le questionnaire.

⇒ Et enfin il existe probablement un **BIAIS DE CLASSEMENT** de ma part, dans les C.S.P. du père et de la mère, avec une surestimation de la catégorie « artisan », au détriment de la catégorie « ouvrier », du fait d'un manque de précision des réponses données par les adolescentes lié à une question trop ouverte. Exemple « menuisier » : classé le plus souvent dans la catégorie « artisan » mais pouvait être aussi classé dans la catégorie « ouvrier ».

Cette première analyse permet de rappeler les limites de cette étude. Les chiffres qui en ressortent restent critiquables. Il conviendra donc de rester humble sur la valeur des hypothèses qui seront formulées, d'autant plus qu'elles résultent de l'analyse d'un petit échantillon, diminuant ainsi la puissance de l'analyse statistique.

Et pour finir, nous nous sommes intéressées dans cette étude uniquement aux adolescentes, mais il est important de rappeler que la contraception n'est pas qu'une histoire de filles mais que les garçons sont eux aussi tout autant concernés !

## 5.2. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON D'ADOLESCENTES INTERROGÉES

### 5.2.1. Age des adolescentes interrogées. (Figure 3)

Selon le Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005 (4), à 17 ans près de la moitié des jeunes a déjà eu des rapports sexuels. La médiane de l'âge des adolescentes de notre échantillon étant 17 ans, la population étudiée est donc intéressante, car elle **CORRESPOND A L'AGE MEDIAN DES PREMIERS RAPPORTS** chez les adolescentes. Cependant, afin d'avoir un plus grand nombre de questionnaires interprétables (adolescentes avec une contraception), il aurait pu être intéressant d'avoir un échantillon d'adolescentes d'âge médian un peu plus élevé.

### 5.2.2. Lycée d'origine et niveau scolaire. (Figure 1)

Selon les documents de l'I.N.S.E.E. Pays de Loire 2005 (38), les lycéens de cette région sont pour 43% d'entre eux scolarisés en lycée privé.

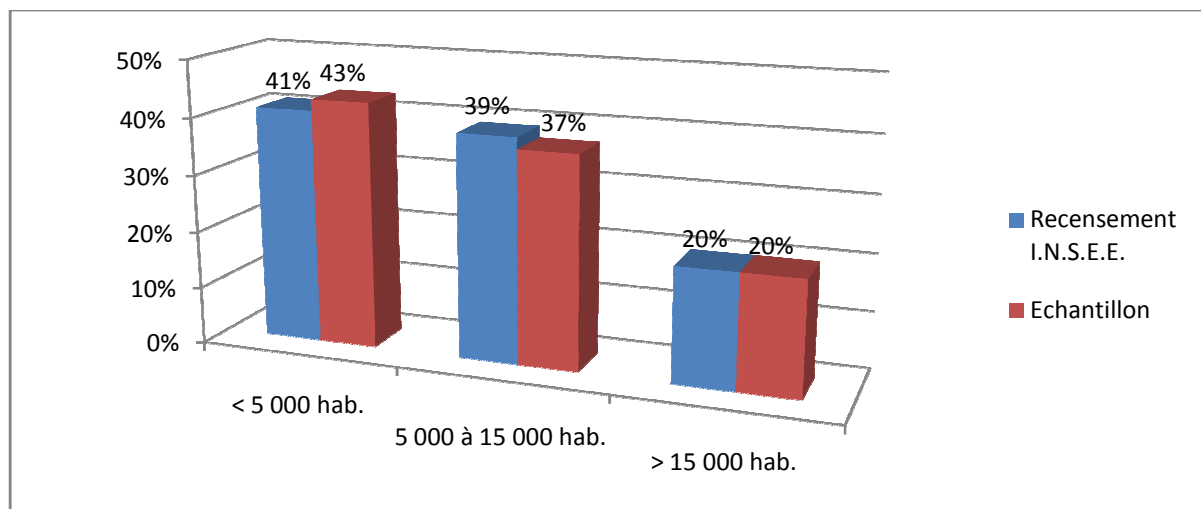
Concernant l'Académie de Nantes en Mars 2010 (39) (40), les lycéens des établissements publics sont répartis pour 59% en L.G.T. et 41% en L.P.T. De même les lycéens ligériens (38) (41), étaient répartis en 2005, selon des proportions similaires quel que soit le statut (privé ou public) du lycée (53% L.G.T., 17% L.P.T., 10% lycées agricoles et 20% lycées polyvalents).

Si l'on suppose qu'il existe une répartition proportionnelle des garçons et des filles dans les différentes filières, **IL EXISTE DANS NOTRE ECHANTILLON UNE SURREPRESENTATION DES ADOLESCENTES ISSUES DES LYCEES GENERAUX AU DETRIMENT DE CELLES ISSUES DES LYCEES PROFESSIONNELS. DE PLUS LES LYCEENNES DES ETABLISSEMENTS PRIVES SONT INSUFFISAMMENT REPRESENTÉES.** Par conséquent, notre échantillon n'est pas représentatif des différents milieux scolaires de la population dont il est issu.

### 5.2.3. Commune de résidence. (Figure 4)

Le nombre d'habitants par commune a été déterminé grâce au recensement de la population par l'I.N.S.E.E. au 1<sup>er</sup> janvier 2010. (42) (43). Nous avons ainsi réparti la population de Loire-Atlantique et Vendée selon la taille de la commune de résidence et nous l'avons comparé à celle de notre échantillon.

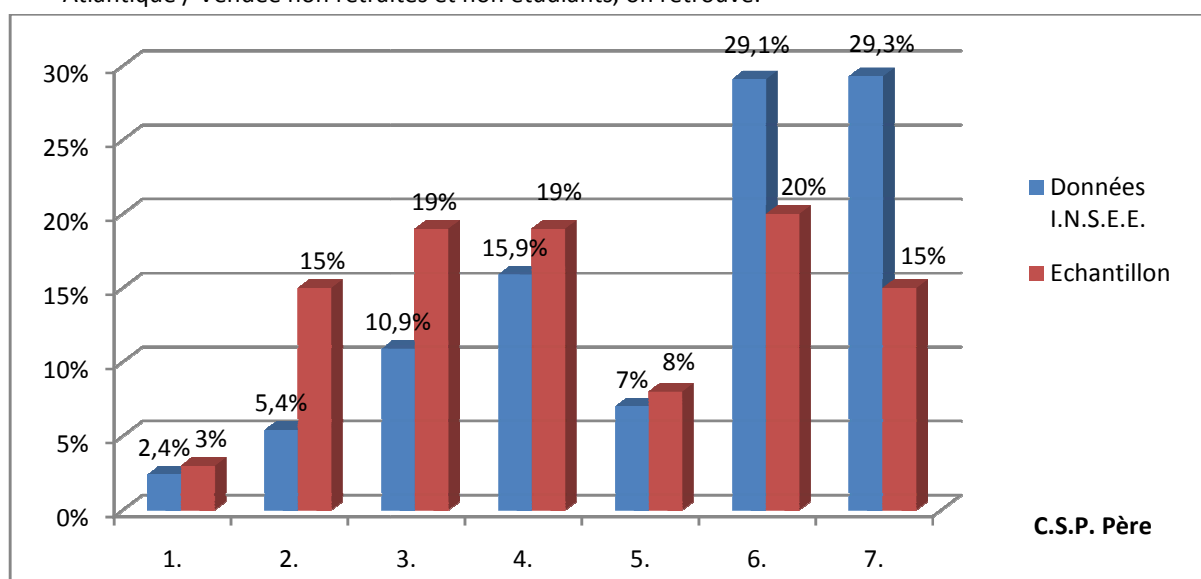
LA REPARTITION DES ADOLESCENTES DE NOTRE ECHANTILLON SELON LA TAILLE DE LEUR COMMUNE DE RESIDENCE EST SUPERPOSABLE A CELLE DE LA POPULATION DE LOIRE ATLANTIQUE ET VENDEE selon le test du Khi2, ( $\chi^2 = 0,524$ ) au risque  $p < 0,05$ .



#### 5.2.4. C.S.P. des parents. (Figures 5a et 5b)

Les données suivantes ont été établies à partir des sources de l'I.N.S.E.E (44) (45).

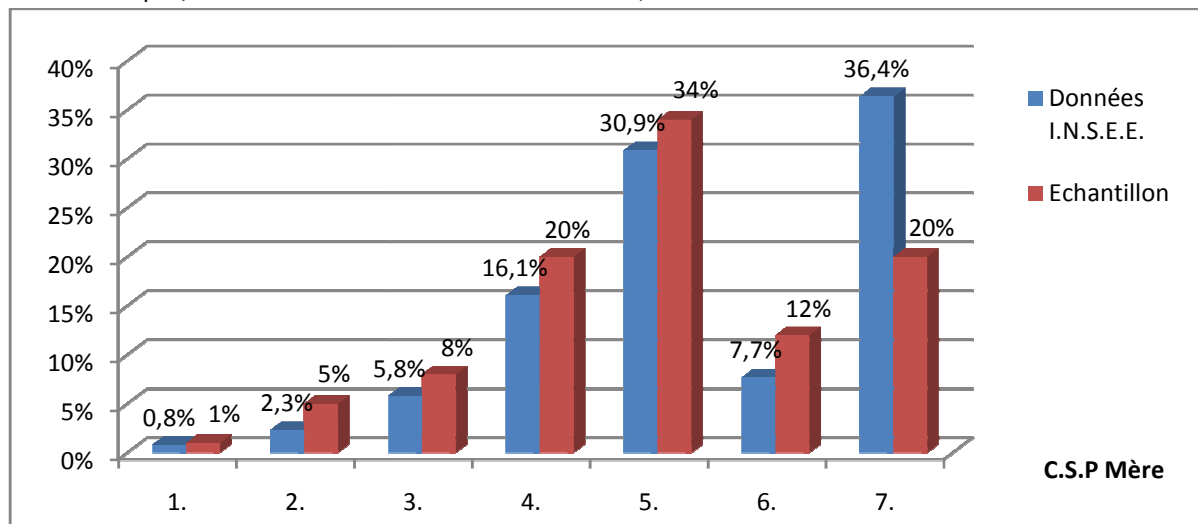
⇒ Si l'on compare les C.S.P. des pères des adolescentes de l'échantillon au C.S.P. des hommes de Loire-Atlantique / Vendée non retraités et non étudiants, on retrouve:



1. AGRICULTEUR, EXPLOITANT
2. ARTISAN, COMMERCANT, CHEF D'ENTREPRISE
3. CADRE, PROFESSION INTELLECTUELLE SUPERIEURE
4. PROFESSION INTERMEDIAIRE
5. EMPLOYE
6. OUVRIER
7. NON PRECISEE OU SANS PROFESSION OU CHOMAGE

De par le biais de classement, il existe une surreprésentation de la catégorie « artisan, commerçant, chef d'entreprise » au détriment de la catégorie « ouvrier ». De plus, les classes « Cadre, profession intellectuelle supérieure » et « profession intermédiaire » sont surreprésentées au détriment notamment de la classe sans profession. L'échantillon est différent de la population source selon le test du khi2 ( $khi2=102,6$ ) au risque d'erreur  $p<0,00001$ .

⇒ Si l'on compare les C.S.P. des mères des adolescentes de l'échantillon au C.S.P. des femmes de Loire-Atlantique / Vendée non retraitées et non étudiantes, on retrouve :



Il existe ici le même biais de classement responsable d'une surreprésentation de la catégorie « artisan, commerçant, chef d'entreprise » au détriment de la catégorie « ouvrier ». Par ailleurs, la classe « sans profession ou non précisée » est nettement sous représentée dans notre échantillon au profit des autres classes. L'échantillon est différent de la population source selon le test du khi2 ( $khi2=44,59$ ) au risque d'erreur  $p<0,00001$ .

⇒ **NOTRE ECHANTILLON N'EST DONC PAS REPRESENTATIF DE LA POPULATION DONT IL EST ISSU EN CE QUI CONCERNE LES C.S.P. DES PARENTS.**

## 5.2.5. Caractéristiques du M.T. des adolescentes interrogées

### 5.2.5.1. M.T. et médecin de famille (Figures 7a, 7b, 7c et tableau 1)

2% des adolescentes interrogées ne semblent pas avoir de M.T. On retrouve donc un pourcentage d'**ADOLESCENTES SANS M.T. SUPERPOSABLE AU POURCENTAGE D'ASSURES SANS M.T. DECLARE NI MEDECIN DE FAMILLE (5%)** selon les sources IRDES, ESPS de 2006 (46).

Seulement 11,5 % des adolescentes ont leur propre M.T. 88,5 % des adolescentes interrogées ont un M.T. qui est aussi celui de l'un de leur parent. Ce constat est très intéressant. En effet **LE M.T., DE PART SA PLACE PRIVILEGIEE AU SEIN DE LA FAMILLE**, a en sa possession de nombreux éléments utiles à la prise en charge globale de l'adolescente qu'il suit. Par ailleurs il peut intervenir auprès des parents, sans bien sûr rompre le secret professionnel, en les sensibilisant eux aussi à la contraception et à l'importance d'une communication intrafamiliale sur le sujet.

### 5.2.5.2. Sexe du M.T. (Figure 6)

Dans notre étude, les médecins généralistes sont le plus souvent des **HOMMES (62%)**. Ces résultats sont **CONCORDANTS AVEC LA DEMOGRAPHIE MEDICALE LOCALE**. En effet, selon le Conseil National de l'Ordre (47), les médecins généralistes sont répartis dans les Pays de Loire comme suit : 40,5% de femmes et 59,5% d'hommes. (36,7% de femmes en Vendée et 44,2% en Loire-Atlantique).

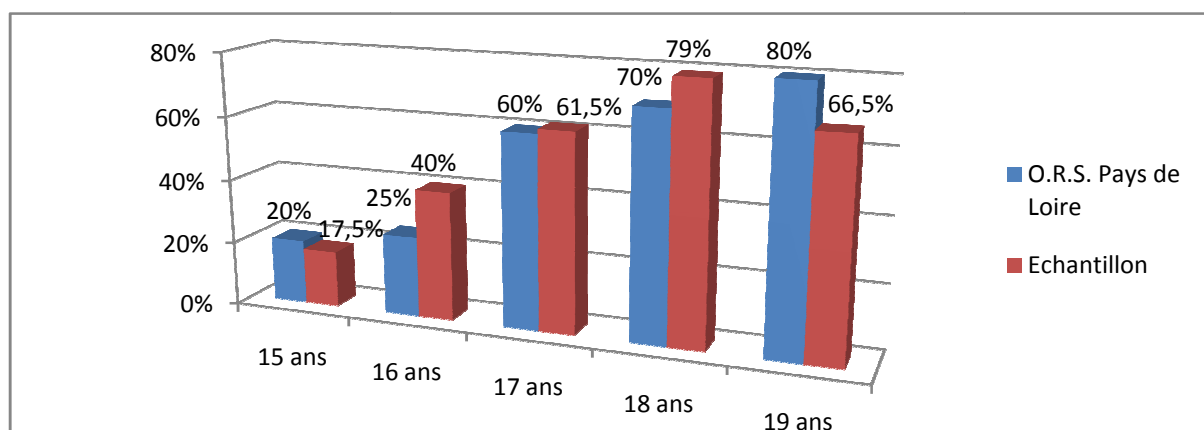
### 5.2.5.3. Consultation seule du M.T. (Figures 9a et 9b)

Alors qu'il s'agit d'une recommandation (14), **36% DES ADOLESCENTES INTERROGÉES N'ONT JAMAIS CONSULTE SEULE** leur M.T. Sandra Lartigue (34) retrouvait des **RESULTATS SIMILAIRES POUR LE DEPARTEMENT DU PUY-DE-DOME (35%)**. Cependant les adolescentes de notre échantillon semblent moins nombreuses à consulter toujours accompagnées que les adolescents de Loire-Atlantique interrogés par Emmanuelle Pagot (33). (61% à 15 ans et 28,5% à 17 ans dans notre échantillon contre 74,3% et 48,4% dans l'échantillon d'Emmanuelle Pagot). Il faut noter que son échantillon comportait aussi des garçons, ce qui peut expliquer la différence observée.

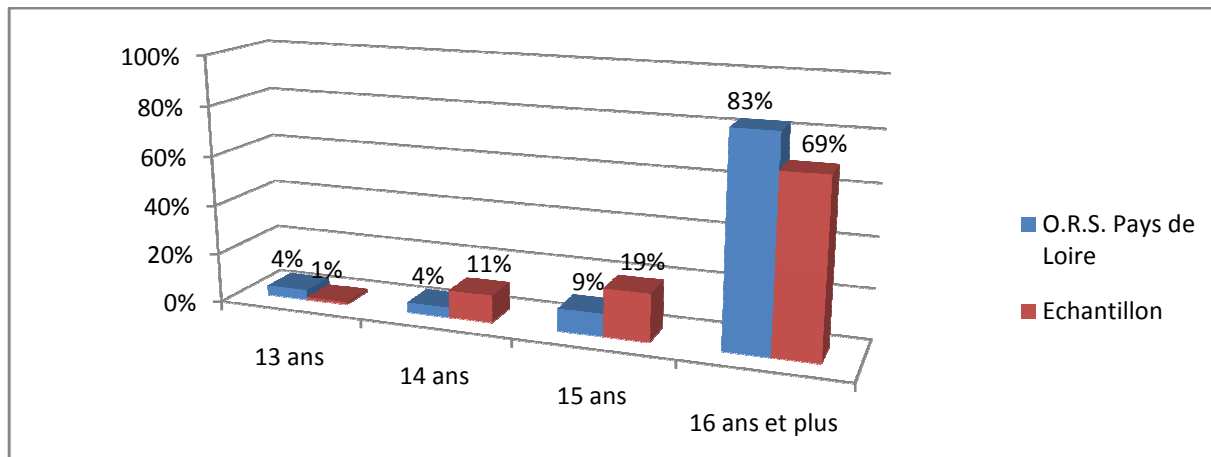
### 5.2.6. Sexualité des adolescentes interrogées (Figures 11, 12, 13 et Tableau 2)

51% des adolescentes interrogées ont déjà eu des rapports sexuels. Ce chiffre est concordant avec la moyenne d'âge des adolescentes de notre échantillon.

Si l'on compare le pourcentage d'adolescentes de notre échantillon ayant déjà eu des rapports sexuels selon leur âge aux résultats de l'O.R.S. Pays de Loire de 2005 (4), ces derniers sont superposables, hormis pour les adolescentes de 16 ans. En effet, les adolescentes de 16 ans de notre échantillon sont plus nombreuses à avoir déjà eu des rapports sexuels que la population correspondante de l'O.R.S., selon le test du Khi2 (Khi2= 10,59) au risque d'erreur  $p < 0,0012$ .



Si l'on s'intéresse à l'âge du premier rapport déclaré par les adolescentes de notre échantillon et qu'on le compare à celui déclaré par les jeunes de 23-25 ans interrogés par l'O.R.S. en 2005 (4), le graphique suivant vient confirmer les données précédentes.



Selon le test du Khi2 (Khi2=19,53), au risque d'erreur  $p < 0,00001$ , la proportion d'adolescentes de notre échantillon ayant eu des **RAPPORTS SEXUELS AVANT L'ÂGE DE 16 ANS EST PLUS IMPORTANTE** que pour les adolescents de la population de l'O.R.S. Pays de Loire. Il faut tenir compte dans l'interprétation de ces chiffres que les populations comparées ne sont pas strictement identiques. (La population de l'O.R.S. est constituée de filles et de garçons de 23-25 ans).

Seulement 76% des adolescentes interrogées déclarent avoir utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel contre 92% pour les adolescentes de 15-19 ans interrogées par l'O.R.S. en 2005 (4) et 97% en 2010 (48). De même seules 18% des adolescentes ont utilisé la pilule lors de leurs premiers rapports contre 58% retrouvé par l'O.R.S. en 2010 (48). **LES ADOLESCENTES DE NOTRE ECHANTILLON SEMBLENT AVOIR UTILISÉ MOINS SOUVENT LE PRÉSERVATIF ET LA PILULE LORS DE LEURS PREMIERS RAPPORTS SEXUELS.** On note par ailleurs une très faible utilisation des nouveaux moyens de contraception (Implant, anneau, patch).

#### 5.2.7. → Au total :

La médiane de l'âge des adolescentes étudiées correspond à l'âge médian des premiers rapports sexuels.

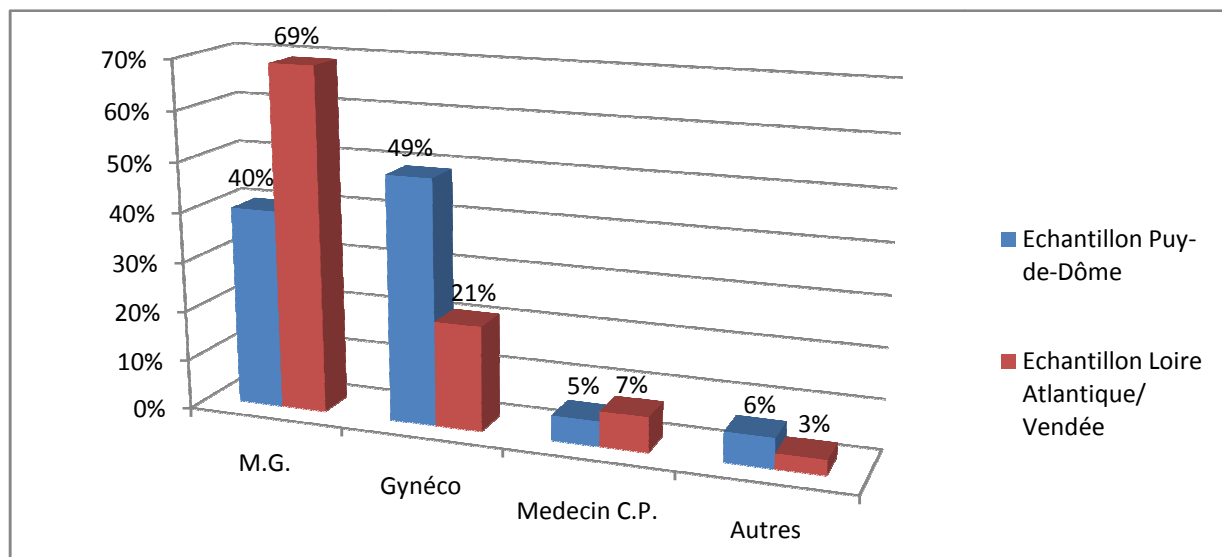
L'échantillon d'adolescentes étudié est représentatif de la population de Loire-Atlantique/ Vendée sur le plan :

- de la taille de la commune de résidence
- des caractéristiques de leur M.T. (Sexe, M.T. attiré, consultation seule).

En revanche, notre échantillon n'est pas représentatif de la répartition scolaire des adolescentes du même âge ni concernant les C.S.P. des parents. De même, une partie des adolescentes de l'échantillon semble avoir eu des rapports sexuels plus précoces que la population dont elles sont issues et semblent utiliser de façon moins systématique le préservatif et la pilule lors de leurs premiers rapports sexuels.

### 5.3. QUEL MEDECIN A PRESCRIT LA PREMIERE CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES INTERROGÉES ?

Si l'on compare les résultats obtenus avec notre échantillon d'adolescentes de Loire-Atlantique/ Vendée (figure 15) à ceux obtenus par Sandra Lartigue dans le Puy-de-Dôme, le **MEDECIN GENERALISTE** semble avoir une **PLACE PLUS IMPORTANTE** pour la prescription de première contraception en Loire-Atlantique / Vendée, selon le test du Khi2 au risque d'erreur  $p < 0,00001$  (Khi2=48,79).



Une hypothèse pouvant expliquer ces différences semble être la démographie médicale. En effet selon le conseil national de l'ordre des médecins (49) et les données de l'I.N.S.E.E. (42) (43) (50) on remarque qu'il y a dans le Puy-de-Dôme 1,3 gynécologue pour 10 000 hab. alors qu'il n'y en a que 0,5 pour 10 000 hab. en Vendée, soit presque trois fois moins. L'accessibilité au gynécologue y est donc réduite. L'accès au M.G. semble quasi identique dans les 3 départements, bien que légèrement inférieur en Vendée.

|                       | Puy-de-Dôme | Loire-Atlantique | Vendée  |
|-----------------------|-------------|------------------|---------|
| M.G.                  | 1 021       | 2 059            | 801     |
| Gynécologues          | 84          | 109              | 33      |
| Population            | 628 485     | 1 246 798        | 626 588 |
| Gynéco. / 10 000 hab. | 1,3         | 0,8              | 0,5     |
| M.G. / 1 000 hab.     | 1,6         | 1,6              | 1,3     |



## 5.4. QUELS DETERMINANTS SONT SUSCEPTIBLES D'AVOIR INFLUENCE LE CHOIX DE CES ADOLESCENTES ?

### 5.4.1. L'influence des parents.

#### 5.4.1.1. La mère en particulier. (Figures 14, 24, 25, 26 et 27)

L'influence des parents, et notamment de la mère, sur le comportement contraceptif de l'adolescente se ressent tout au long de l'analyse du questionnaire.

Tout d'abord, les adolescentes ayant une contraception ont été **ACCOMPAGNEES** à la consultation dans **64 % DES CAS PAR LEUR MERE**. Pour celles qui n'étaient pas accompagnées, seulement 8 d'entre elles (soit 7%) n'en avaient pas parlé auparavant à leurs parents dont 3 par crainte de leur réaction, laissant supposer la présence de **DIFFICULTES DE COMMUNICATION ADOLESCENTES /PARENTS SUR LE SUJET**. De même, il est important voir très important (5 ; 6) de « consulter sans que leurs parents le sachent » uniquement pour 9% des adolescentes (figure 26) et ces dernières expriment des **DIFFICULTES LIES A L'IMPOSSIBILITE D'EN DISCUTER AVEC EUX**. (cf. commentaires).

Par ailleurs, la figure 24, met en évidence que le médecin prescripteur est différent selon que la mère est présente ou non lors de la consultation. En effet, celles accompagnées de leur mère consulteront plus souvent leur M.T. ou le gynécologue de cette dernière. **LA MERE INFLUENCE DONC DIRECTEMENT LE CHOIX DE CES ADOLESCENTES**, très probablement en l'amenant vers le médecin qui la suit elle-même sur le plan gynécologique.

De plus celles qui n'ont pas de contraception alors qu'elles ont déjà eu des rapports sexuels justifient 13 fois sur 41, soit pour **31,7%** d'entre elles leur **ABSENCE DE CONTRACEPTION EFFICACE PAR UN REFUS DE LA PART DE LEUR PARENT** (figure 14).

- ⇒ La validation de l'attitude contraceptive de l'adolescente par la mère semble donc déterminante pour de nombreuses adolescentes. Il s'agit d'un point fondamental à évoquer au cours de toute première prescription de contraception chez une adolescente, tout en tenant compte de la complexité de la relation mère-fille (51), car **FACTEUR PRONOSTIQUE DE L'OBSERVANCE** par la suite. (7) (28)
- ⇒ De plus, l'influence de la mère sur le choix du prescripteur laisse supposer qu'elle a aussi une influence importante sur le comportement contraceptif de l'adolescente. Elle peut donc elle aussi être une cible des campagnes de prévention des grossesses non désirées car semble jouer un rôle important dans l'éducation à la contraception de l'adolescente.

Cependant, le « choix du médecin par les parents » est évoqué spontanément seulement par 13% des adolescentes concernées (15/115). De même lorsque l'on demande aux adolescentes de coter l'importance du choix personnel du médecin prescripteur (figure 25) et l'importance du critère « mes parents m'ont amenée voir ce médecin » (figure 27), on retrouve des résultats similaires avec une moyenne et une médiane de résultats aux alentours de 3 (plutôt pas important). Ceci traduit toute **L'AMBIGÜITE DE L'ADOLESCENCE ENTRE LE BESOIN D'AUTONOMIE/DISTANCIATION D'AVEC LES PARENTS EN RAPPORT AVEC L'ENTREE DANS LEUR VIE SEXUELLE ET LE BESOIN DE REASSURANCE/DEPENDANCE DES PARENTS RAPPORTE A LA NECESSITE D'UNE VALIDATION DE LEUR ATTITUDE CONTRACEPTIVE**.

#### 5.4.1.2. Le milieu socio professionnel des parents (Tableau 3 et 4)

Compte tenu des effectifs parfois trop faibles dans les différentes catégories, nous avons dû réaliser des regroupements entre les différentes C.S.P. Nous n'avons pas mis en évidence d'influence statistique de la C.S.P. du père dans le choix du médecin prescripteur de l'adolescente. Concernant la C.S.P. de la mère, il semblerait exister une influence en ce qui concerne la consultation d'un gynécologue qui serait plus fréquente chez les adolescentes ayant une mère de la catégorie « cadres, professions intellectuelles supérieures » ou « professions intermédiaires » par rapport aux autres catégories au risque de se tromper inférieur à 11%. Il serait intéressant de vérifier cette hypothèse sur un échantillon de plus grande taille pour plus de valeur statistique. Il est donc **POSSIBLE QUE LA C.S.P. DE LA MERE AIT UNE INFLUENCE SUR LE CHOIX DU MEDECIN PRESCRIPTEUR. UNE NOUVELLE FOIS, NOUS SUSPECTONS LA PLACE CENTRALE DE LA MERE DANS LA CONTRACEPTION DE SA FILLE.**

#### 5.4.2. L'influence du M.T.

##### 5.4.2.1. Le sexe du M.T. et du prescripteur (Figures 18,28a et 28b)

Selon la figure 18, la différence observée concernant la consultation du M.T. selon que celui-ci soit un homme ou une femme n'est pas significative pour notre échantillon. Par ailleurs, le sexe du médecin prescripteur n'a été cité spontanément que très peu de fois par les adolescentes comme justification de leur choix. (10/115 soit par 8,7%).

Cependant quand on leur demande de coter l'importance du « sexe du médecin prescripteur » dans leur choix, les avis sont partagés (figure 28a). De même, dans sa thèse, S. Lartigue (34) mettait en évidence que le fait que le médecin prescripteur soit une femme était un critère de choix pour 35% des adolescentes. De façon logique, (figure 28b), les adolescentes pour lesquelles le sexe du médecin prescripteur est très important (6) ont plus souvent un M.T. femme (dans 61% contre 39% un homme). **LE SEXE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR EST DONC UN DETERMINANT QUI INFLUENCE LE CHOIX D'UNE PARTIE DES ADOLESCENTES INTERROGEES.** Contrairement à ce qu'avancé Vallabrega dans la relation thérapeutique (52), le sexe du médecin peut avoir de l'importance quand il s'agit de parler de contraception et de sexualité de nos jours.

##### 5.4.2.2. La durée de la relation M.T. / adolescente (Figures 20, 29 et 30)

La figure 20 nous permet de mettre en évidence que **LA DUREE DE LA RELATION DE L'ADOLESCENTE AVEC SON M.T. INFLUENCE SON CHOIX DU MEDECIN PRESCRIPTEUR.** Plus elle le connaît depuis longtemps, plus elle le consulte pour sa première contraception. En effet une relation inscrite dans le temps aura permis à l'adolescente de créer une **RELATION DE CONFIANCE** avec son M.T., essentielle pour aborder un sujet aussi intime que sa sexualité et sa contraception. Il faut noter cependant que celles qui le connaissent depuis moins d'un an, ont tendance à le consulter un peu plus souvent. On peut supposer, compte tenu de leur âge, que ces dernières l'ont plus ou moins choisi personnellement et donc créé plus facilement une relation de confiance avec lui.

De plus, les adolescentes qui ont choisi leur M.T. comme prescripteur citent spontanément ce critère (confiance, durée de la relation, le fait de bien se connaître) 47 fois sur 76 soit dans 62% des cas. De même les critères « médecin en qui j'ai confiance » (figure 29) et « médecin qui me connaisse bien » (figure 30) sont cotés comme plutôt importants à très importants (4 ; 5 ; 6) par 80,5% et 64% des adolescentes.

Enfin, la consultation du M.T. pour cette prescription semble être une évidence pour plus d'un tiers des adolescentes (27/76). Par conséquent **LA DUREE DE LA RELATION M.T. / ADOLESCENTE**, permettant de développer une **RELATION DE CONFIANCE** est un facteur qui semble **INFLUENCER LE CHOIX D'UNE MAJORITE D'ADOLESCENTES**.

#### 5.4.2.3. Le M.T. / médecin de famille (Figure 19)

Que le M.T. de l'adolescente soit son propre M.T., identique ou non à celui de son père ou à celui de sa mère, la proportion d'adolescentes le consultant pour sa première prescription de contraception est sensiblement identique. **LE CARACTERE FAMILIAL OU NON DU M.T. NE SEMBLE PAS INFLUENCER LE CHOIX DE CES ADOLESCENTES ET NOTAMMENT NE SEMBLE PAS ETRE UN FREIN A LA CONSULTATION DU M.T.** De plus 17 adolescentes sur 76 ont justifié leur choix de prescripteur par le fait qu'il soit le médecin de famille. Derrière cette notion se cache probablement encore la notion de **CONFIANCE** accordée au médecin qui s'occupe déjà de l'ensemble de la famille. Sandra Lartigue retrouvait que 40,9% des adolescentes avaient choisi le médecin prescripteur car il était leur médecin de famille (34).

#### 5.4.2.4. La possibilité de consulter seule son M.T. (Figure 21)

La figure 25 ne permet pas de mettre en évidence de différence de médecin prescripteur selon que l'adolescente consulte seule ou non son M.T. Peut-être l'échantillon était-il trop petit pour le permettre ? Ce critère n'a jamais été cité spontanément par les adolescentes. Il ne semble pas avoir influencé le choix de la majorité des adolescentes de cet échantillon.

#### 5.4.2.5. Le fait d'être à l'aise avec son M.T. pour discuter de contraception et sexualité. (Figures 22 et 23)

**LE FAIT D'ETRE A L'AISE OU NON AVEC SON M.T. POUR DISCUTER DE SEXUALITE ET DE CONTRACEPTION EST UN FACTEUR INFLUENÇANT LE CHOIX** de nombreuses adolescentes. En effet, le graphique est parlant de lui-même. Plus les adolescentes sont à l'aise avec leur M.T. et plus elles le consultent pour leur première contraception. De plus spontanément, « le fait de se sentir à l'aise avec son M.T. » est cité par 27,6% des adolescentes l'ayant consulté. (21/76).

Il faut noter par ailleurs que le sexe du M.T. (figure 23) influence la possibilité de ne pas être à l'aise pour discuter de contraception et de sexualité avec lui. En effet celles qui ne sont pas du tout à l'aise ou peu à l'aise avec leur M.T. ont plus souvent un M.T. homme alors que celles qui sont tout à fait ou plutôt à l'aise ont un M.T. de sexe quasi indifférent. **IL EXISTE DONC UNE INFLUENCE INDIRECTE DU SEXE DU M.T. SUR LE CHOIX DE CES ADOLESCENTES.** Peut être que les médecins hommes sont plus nombreux que les médecins femmes à ne pas être à l'aise eux-mêmes avec le sujet ?

#### 5.4.2.6. La connaissance des compétences de son M.T.

En toute logique, toutes les adolescentes qui ne connaissaient pas les compétences de leur M.T. ne l'ont pas consulté pour leur première contraception. Par ailleurs, 5 adolescentes ont cité spontanément pour justifier leur choix qu'elles souhaitaient un gynécologue car « spécialiste plus approprié que le généraliste ». **LE DEFAUT DE CONNAISSANCE DES COMPETENCES DU MEDECIN GENERALISTE INFLUENCE DONC AUSSI LE CHOIX DE CES ADOLESCENTES.**

#### 5.4.2.7. L'information préalable de la possibilité de consulter pour une contraception. (Figure 31)

Pour près de la moitié des adolescentes concernées, l'information préalable de la possibilité de consulter pour une contraception est considérée comme peu importante dans le choix de leur médecin prescripteur. **PEUT ETRE PARCE QU'ELLES N'ONT PAS RECU CETTE INFORMATION ?** De plus aucune des adolescentes n'a cité spontanément ce critère dans la justification de son choix.

#### 5.4.3. L'influence de l'offre de soins.

##### 5.4.3.1. Rapidité des R.D.V. et possibilité de consulter sans R.D.V. (Figures 33 et 34)

**LA POSSIBILITE DE CONSULTER SANS R.D.V. N'INFLUENCE LE CHOIX QUE DE TRES PEU D'ADOLESCENTES** (13,5% l'ont coté comme plutôt important à très important (4 ; 5 ; 6)) (figure 33). Ce critère n'a jamais été cité spontanément par les adolescentes interrogées. En revanche concernant la **RAPIDITE DES R.D.V.** les avis sont partagés (figure 34). Elles le citent par ailleurs spontanément 15 fois sur 115 (soit 13%) pour justifier le choix du médecin. On sait qu'à cet âge-là, les rapports sexuels sont souvent très irréguliers. Il est donc important que les adolescentes puissent avoir recours à la contraception au moment où elles en ont besoin. L'influence de ce critère est donc très probablement **VARIABLE SELON LA SEXUALITE DE L'ADOLESCENTE MAIS EST UN FACTEUR IMPORTANT A PRENDRE EN COMPTE.**

##### 5.4.3.2. La gratuité des soins (figures 14 et 32)

La gratuité de la consultation semble un facteur plutôt pas important à pas important du tout dans le choix de la majorité des adolescentes interrogées (82%) (figure 32). Seules 3 adolescentes, ayant consulté au centre de planification, ont cité spontanément la gratuité des soins pour justifier leur choix. La gratuité de la consultation était un facteur influençant le choix de 6,27% des adolescentes interrogées par S. Lartigue (34). Cependant les résultats pour ce critère sont peut-être biaisés. En effet notre échantillon semble être issu d'un milieu social où la proportion de parents sans profession est inférieure à la moyenne régionale selon l'I.N.S.E.E. De plus, nous n'avons pas pris en compte la part d'adolescentes déscolarisées. Le coût de la contraception n'a très probablement pas le même impact dans ces différentes situations.

D'autre part, ce questionnaire s'adresse à des adolescentes qui ont déjà une contraception. On pourrait imaginer que celles dont le prix est une barrière n'ont peut-être pas de contraception pour cette raison. Cependant lorsque l'on regarde les réponses apportées à la question pourquoi n'as-tu pas de contraception (figure 14) le prix est évoqué uniquement par 3 adolescentes sur les 41 concernées...

Par conséquent, il semble que la gratuité des soins **N'INFLUENCE QU'UNE PETITE PARTIE DES ADOLESCENTES INTERROGÉES. CÉPENDANT CES CONCLUSIONS NE SONT PAS GÉNÉRALISABLES À LA POPULATION DU FAIT DES BIAIS LIÉS À LA MÉTHODE DE CETTE ÉTUDE.**

### 5.4.3.3. La démographie médicale (Figure 16)

Tout d'abord, quelques petits rappels concernant la démographie médicale de Loire-Atlantique et Vendée :

- Les centres de planification familiale:
  - En **Vendée** (53), il y en a 6, situés au sein des centres hospitaliers de La Roche-sur-Yon, Fontenay le Comte, Challans, Les Sables d'Olonnes, Luçon, et Montaigu.
  - En **Loire-Atlantique** (54), il y en a 6 aussi. 4 situés au sein des centres hospitaliers de Nantes, Saint Nazaire, Châteaubriant, Ancenis et 2 autres situés dans le centre-ville de Nantes.
- Les gynécologues :
  - En **Vendée**, il y en a 33, situés principalement dans les villes de La Roche-sur-Yon, Les Sables d'Olonnes, Fontenay le comte et Challans.
  - En **Loire-Atlantique**, on en dénombre 109, qui se regroupent essentiellement sur Nantes et sa première couronne, Saint Nazaire et la Baule-Escoublac.

(Cf. **ANNEXE 13** : Carte des gynécologues et centres de planification en Vendée et Loire Atlantique. (53) (54) (55)).

L'analyse de la figure 16, ne met pas en évidence de différence de médecin prescripteur selon la taille de la commune de résidence de l'adolescente. Cependant la petite taille de l'échantillon ne permettait peut être pas de mettre en évidence une possible différence. Nous avons choisi 15 000 habitants comme valeur de comparaison, car la majorité des centres de planification et des gynécologues se trouvent dans des communes de plus de 15 000 habitants. Au-delà de la taille de la commune de résidence, c'est la disponibilité du prescripteur qui semble influencer les adolescentes. En effet si l'on compare le premier prescripteur pour les adolescentes du Puy-de-Dôme et pour celles de nos départements, on remarque qu'il s'agit plus souvent d'un gynécologue dans le Puy-de-Dôme mais aussi que le nombre de gynécologues pour 10 000 hab. y est plus élevé (1,3 dans le Puy-de-Dôme contre 0,5 en Vendée).

Par ailleurs, la « proximité » et la « facilité » de la consultation ont spontanément été citées par 17 adolescentes sur 115 (soit 14,8%) pour justifier leur choix.

**LA DEMOGRAPHIE MEDICALE SEMBLE DONC ETRE UN FACTEUR INTERVENANT DANS LE CHOIX DU MEDECIN PRESCRIPTEUR DE LA PREMIERE CONTRACEPTION DE CES ADOLESCENTES NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LA DISPONIBILITE DES DIFFERENTS SPECIALISTES.**

### 5.4.4. L'influence de la personnalité de l'adolescente.

#### 5.4.4.1. Choix personnel (figure 25)

1 seule adolescente a spontanément précisé qu'elle avait choisi personnellement son médecin. Lorsque l'on demande aux adolescentes de coter l'importance du choix personnel du médecin prescripteur (Figure 25) seules 19% d'entre elles cotent ce critère comme important à très important (5 ; 6). Ceci traduit encore une fois toute **L'AMBIGÜITE DE L'ADOLESCENCE ENTRE BESOIN D'AUTONOMIE/DISTANCIATION VIS-A-VIS DES PARENTS EN AYANT LEUR PROPRE VIE SEXUELLE QUI S'INSCRIT DANS UNE DEMARCHE DE CONSTRUCTION SOCIALE ET IDENTITAIRE ET BESOIN DE REASSURANCE/DEPENDANCE DES PARENTS NOTAMMENT DANS LA VALIDATION DE LEUR CONTRACEPTION.**

---

#### 5.4.4.2. La formation scolaire (figure 17)

Nous nous sommes intéressées notamment aux adolescentes ayant reçu une formation sanitaire et sociale, particulièrement sensibilisées à la contraception. La figure 17 ne montre pas de différence de prescripteur entre les deux groupes. **LA FORMATION SCOLAIRE, ET NOTAMMENT SANITAIRE NE SEMBLE PAS INFLUENCER LE CHOIX DES ADOLESCENTES** de notre échantillon.

---

#### 5.4.5. → Au total

Tout d'abord, **L'INFLUENCE DES PARENTS ET NOTAMMENT DE LA MERE EST MAJEURE** dans le choix du médecin prescripteur de la première contraception de l'adolescente. Il existe parfois des difficultés de communication entre les adolescentes et leurs parents responsables de frein à l'obtention ou une mauvaise observance de leur contraception.

Ensuite **L'INFLUENCE DU MEDECIN TRAITANT EST ELLE AUSSI PRIMORDIALE** dans ce choix. En effet, le sexe du M.T., mais surtout la durée de la relation et notamment l'établissement d'une relation de confiance permettant à l'adolescente d'être à l'aise pour discuter de contraception et de sexualité va influencer son choix. Le fait de connaître ses compétences va aussi intervenir dans ce choix. Que le M.T soit le médecin du reste de la famille, ceci ne semble pas freiner l'adolescente, mais au contraire renforcer la confiance qu'elles ont en leur M.T. De même l'information au préalable de la possibilité de consulter ne semble pas être déterminante, mais peut-être par défaut de cette information. Le fait de consulter seule son M.T. ne semble pas non plus être déterminant. En parallèle, il est fort probable que le fait que le M.T. soit lui-même à l'aise ou non avec le sujet ait une influence sur le choix de l'adolescente.

Enfin, **L'OFFRE DE SOIN** semble être le troisième grand facteur influençant le choix du médecin et notamment la démographie médicale et la possibilité de consulter rapidement. La gratuité des soins et la possibilité de consulter sans R.D.V. ne semblent pas être très importantes pour les adolescentes de cet échantillon.

Le choix personnel de l'adolescente ne ressort pas de cette analyse. Ceci met en évidence toute **L'AMBIGÜITE** et toute la difficulté de la contraception chez **L'ADOLESCENTE**. Alors que le début de l'activité sexuelle s'inscrit dans une démarche d'indépendance, les adolescentes restent, pour la plupart, extrêmement dépendantes de leurs parents et notamment de leur mère en ce qui concerne leur attitude contraceptive.

## 5.5. POURQUOI CERTAINES ADOLESCENTES AYANT DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS N'ONT-ELLES PAS DE CONTRACEPTION EFFICACE ?

Il est intéressant de noter que **Parmi les adolescentes ayant déjà eu des rapports sexuels** (151), 43 d'entre elles, soit **28,5% n'ont pas de contraception prescrite par un médecin, soit plus d'1/4** (tableau 2). Cette absence de contraception s'explique essentiellement par un **MANQUE D'INFORMATION**, d'une part sur la double contraception importante chez ces adolescentes hyper fertiles et d'autre part sur l'examen gynécologique non indispensable pour une prescription de contraception et sur une **DIFFICULTE DE COMMUNICATION** à la fois parents / adolescentes et médecins / adolescentes (figure 14).

Concernant le **MANQUE D'INFORMATION** :

- **LA DOUBLE CONTRACEPTION** : L'étude Cocon de 2000 (27) mettait en évidence que 19% des grossesses non désirées survenaient lors de l'utilisation de préservatifs seuls ! Il faut rappeler que ces jeunes adolescentes sont à l'âge où la fertilité est la plus importante. Par conséquent, une contraception efficace à cet âge-là comprend **LE PRESERVATIF** (seul moyen de protection contre les I.S.T., mais insuffisamment efficace en termes de prévention des grossesses, premier « risque » d'un rapport hétérosexuel) et une **CONTRACEPTION SOUMISE A PRESCRIPTION MEDICALE : C'EST LA « DOUBLE DUTCH »** (12) (28). Or seulement 12% des adolescentes de mon échantillon avaient une double contraception lors de leurs premiers rapports sexuels...
- **LA PEUR DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE** reste elle aussi une cause de non consultation. Il faut donc continuer d'insister lors des campagnes de prévention pour la contraception sur le caractère non indispensable de cet examen pour l'obtention d'une contraception. A noter que 2 adolescentes ont exprimé spontanément avoir « peur du gynécologue ».

Concernant les **DIFFICULTES DE COMMUNICATION** :

- On retrouve **LES PARENTS** ! En effet, 13 adolescentes ont mentionné que leurs parents refusent qu'elles aient une contraception. On peut se questionner sur ce qui se cache derrière cet item. En effet n'y a-t-il pas plus souvent une absence (ou un manque) de communication entre adolescentes et parents sur ce sujet encore parfois tabou, que de réels refus catégoriques ?  
Cependant cela met en évidence une fois de plus l'influence majeure des parents sur le comportement contraceptif des adolescentes. Il est donc important de s'enquérir de la position des parents à l'égard de la contraception à chaque consultation, gage d'observance par la suite.
- D'autre part, un des **ROLES DU MEDECIN** généraliste ne serait-il pas de faciliter cette communication parents et adolescentes, (et notamment mère-fille), en initiant le dialogue à la fois auprès des adolescentes qui n'osent pas toujours spontanément lancer le sujet (3) mais aussi auprès des mères qui ont la plupart du temps le même M.T. que leur fille? En effet le rôle principal du médecin généraliste va bien au-delà de la prise en charge d'épisodes aigus successifs. Il s'inscrit dans la continuité et chaque consultation est l'occasion de mieux connaître son patient ainsi que son environnement personnel, familial et social. Ainsi la consultation d'une mère de famille pour une angine ou son propre renouvellement de contraception peut être l'occasion pour le M.T. d'ouvrir la discussion : « et vos enfants comment ça va ? Y-a-il- des problèmes particuliers ?... »

Parmi les autres raisons avancées pour expliquer l'absence de contraception chez ces mêmes adolescentes on retrouve : **L'IRREGULARITE DES RAPPORTS SEXUELS**, caractéristique de la sexualité des adolescents et le délai entre le début des rapports sexuels et la prescription de contraception liée à la **NECESSITE DE LA CONSULTATION MEDICALE**. On retrouve donc ici l'influence de l'offre de soins sur l'attitude contraceptive.

## 5.6. QUELLES SONT LES CONSEQUENCES PRACTIQUES DES CONSTATATIONS REALISEES AU COURS DE CETTE ETUDE ?

- ⇒ Tout d'abord, il serait intéressant de réaliser une **NOUVELLE ETUDE AVEC UN ECHANTILLON PLUS GRAND** afin d'augmenter la **PUISSANCE STATISTIQUE** des résultats obtenus. Il faudrait s'adresser à une population peut-être un peu plus âgée (17-19 ans), en incluant plus d'adolescentes issues de lycées privés, et en demandant de préciser la C.S.P. des parents à l'aide d'une question à choix multiples bâtie sur les 7 catégories. Il serait aussi intéressant d'harmoniser le mode de distribution et de récupération des questionnaires, peut-être en intervenant nous-mêmes auprès des adolescentes. Par ailleurs, il serait intéressant de recueillir l'avis des adolescentes déscolarisées mais leur accès semble plus difficile. Enfin il aurait été intéressant d'interroger les adolescents sur leur implication en matière de contraception.
- ⇒ Ensuite, le **MEDECIN GENERALISTE A UN ROLE CENTRAL** à jouer en matière d'éducation à la contraception et donc de prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes comme chez toutes femmes en âge de procréer. En effet :
- Il est le médecin le plus **disponible** en cas de besoin, ce que recherchent les adolescentes (centre de planification parfois loin ou pas de permanence tous les jours/ gynécologues avec des plannings bien souvent complets plusieurs mois à l'avance).
  - Il rencontre de façon régulière les adolescentes (3) (4) (32) (33). Il peut donc, à l'occasion des différentes consultations (vaccinations (et notamment lors de la vaccination contre l'H.P.V.)/ certificats de sport) **initier le DIALOGUE** sur le sujet, les **rassurer** (notamment sur l'absence de nécessité d'un **examen gynécologique** pour avoir une contraception), les **mettre à l'aise** et les **informer** sur la **double contraception** et la possibilité de le consulter lorsqu'elles auront besoin.
  - Il connaît le plus souvent l'adolescente depuis plusieurs années et ces dernières ont **confiance** en lui, critère important pour parler de contraception et évoquer leur sexualité.
  - Lorsqu'il suit une adolescente, il connaît sa mère dans 84% des cas. Compte tenu de l'influence majeure de la mère sur la contraception de sa fille, il peut, par le biais d'une « bonne » **éducation à la contraception de la mère** favoriser le **DIALOGUE** et la qualité de l'échange **MERE/FILLE** sur le sujet et peut-être agir ainsi dans le même temps sur les grossesses non désirées des femmes adultes...
  - Son art ne se résume pas à la prise en charge de problèmes aigus successifs mais en la gestion du **patient dans sa globalité et dans sa continuité**. La contraception notamment, est une problématique qui évolue au cours de la vie de la patiente et qu'il faut savoir évoquer régulièrement afin de l'adapter (12). De plus, de par sa place au sein de la famille, il possède de nombreuses informations biopsychosociales nécessaires à la gestion de ce type de consultation.
- ⇒ Il est intéressant de regarder le modèle Néerlandais de lutte contre les grossesses non désirées (12) (34). En effet, Les Pays Bas, est l'un des pays développés dont le taux d'avortement des femmes de 15 à 44 ans est le plus bas (5,6‰ contre 14,9‰ en France). Outre le remboursement intégral des moyens de contraception, les campagnes médiatiques d'information, leur politique a placé le médecin généraliste au centre du **réseau** de prévention. **Peut-être est-ce un modèle à suivre ?**
- ⇒ Cependant, selon Winckler (12), un généraliste français sur dix seulement fait de la gynécologie dans sa pratique quotidienne. De plus, il faut souligner que notre maquette de **formation** d'interne en médecine générale ne rend **pas obligatoire** le stage de **gynécologie**. Globalement un interne sur deux fera un semestre de pédiatrie et donc pas de gynécologie et vice versa. Peut-être faudrait-il commencer par rendre obligatoire les deux formations, car ce sont deux spécialités où dominent les soins de prévention,



qui sont l'un des principaux champs d'activité du médecin généraliste (26) (31). Ceci explique peut-être pourquoi de nombreux médecins restent eux-mêmes mal à l'aise pour gérer ce type de consultation ? **Peut-être que la féminisation de la profession modifiera ces chiffres ?** Dans le cas où, pour des raisons qui lui sont personnelles, le médecin ne souhaite pas gérer lui-même ce type de consultation, il se doit, dans l'intérêt de sa patiente et de la santé publique, de l'adresser vers un confrère afin de favoriser l'échange.

- ⇒ Par ailleurs de nombreuses adolescentes ne connaissent pas les compétences de leur médecin généraliste. **Peut-être faudrait-il mieux informer le grand public sur le rôle de leur médecin généraliste, notamment en matière de prévention et de contraception ?**
- ⇒ Enfin les consultations où sont abordés des sujets aussi intimes que la contraception, nécessitent du **temps** afin de mettre la patiente en **confiance**, aborder le sujet avec tact sans la heurter. Malheureusement, la démographie médicale actuelle ainsi que la rémunération du médecin généraliste à l'acte ne permet pas toujours d'avoir ce temps si précieux. **Peut-être faudrait-il créer une cotation spéciale pour une consultation annuelle d'éducation à la contraception qui prendrait en compte le temps nécessaire à la prévention comme le propose la nouvelle convention pour le dépistage de certains cancers?** (26)(56) La médecine préventive est au final moins coûteuse que la médecine curative en termes de finances, mais surtout de conséquences somatiques, psychologiques et sociales (6)...
- ⇒ Le **PASS contraception** (57) (58), mis en place dans les lycées du Poitou-Charentes depuis Juillet 2010 et dans les lycées d'Ile de France depuis avril 2011, distribué par les infirmières scolaires, va faciliter l'accès au médecin généraliste et permettre à toutes les adolescentes de consulter un médecin qu'elles auront **choisi**, et notamment un médecin en qui elles auront **confiance**, ainsi que l'acquisition d'une contraception et la réalisation des bilans biologiques nécessaires **gratuitement**. Il sera intéressant d'en évaluer l'impact sur la prévention des grossesses non désirées.

## 6. CONCLUSION

La première consultation pour une contraception chez l'adolescente est une consultation **COMPLEXE**. Le médecin doit réfléchir selon un **MODELE HOLISTIQUE** afin de délivrer une information et une prescription adaptée à chaque patiente. Le déroulement de cette consultation va conditionner d'une part l'observance du moyen de contraception et d'autre part la confiance accordée au médecin et donc le suivi de la patiente. Cette consultation a donc un impact en termes de santé publique sur la **PREVENTION DES GROSSESSES NON DESIREES**.

Nous avons mis en évidence que le médecin généraliste, **MEDECIN TRAITANT**, est le premier médecin consulté par les lycéennes de notre échantillon pour cette première prescription. Ce choix de prescripteur est fortement influencé par la **MERE** de l'adolescente, la **RELATION DE CONFIANCE** entretenue entre l'adolescente et son M.T. et **L'OFFRE DE SOIN**. Le M.T. a donc un rôle central à jouer dans la prévention des grossesses non désirées, notamment parce qu'il rencontre régulièrement ces adolescentes, qu'elles ont confiance en lui, qu'il est le médecin le plus accessible et **DISPONIBLE** du système de santé et surtout parce qu'il est présent dans la continuité de la vie de la femme. Il se doit avant tout d'être **A L'ECOUTE** de chacune et de favoriser une **COMMUNICATION** claire et adaptée sur ce sujet encore souvent tabou, à la fois entre le corps médical et l'adolescente mais aussi entre parents (et surtout la mère) et adolescentes...

Tout comme dans le modèle néerlandais, il est possible que la réduction du nombre de grossesses non désirées et donc du nombre d'I.V.G. en France, chez les mineures, mais aussi chez les femmes plus matures passe entre autres par une centralisation de la **POLITIQUE DE PREVENTION AUTOUR DU MEDECIN TRAITANT, AVEC CREATION DE RESEAUX ENTRE M.T., CENTRE DE PLANIFICATION ET GYNECOLOGUES AFIN DE S'ADAPTER AUX BESOINS DE CHAQUE FEMME**. De même la **RECONNAISSANCE DU TRAVAIL** que nécessite cette **PREVENTION**, pourrait être un facteur l'améliorant. La gynécologie devrait en outre faire partie intégrante de la formation initiale de tous les internes de médecine générale car l'un des champs d'activité principal du médecin généraliste est celui de la prévention...

## 7. BIBLIOGRAPHIE

1. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur la santé de l'enfant et de l'adolescent remis au ministre Douste-Blazy Philippe le 28 Octobre 2006, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille : 601 p. [Internet]. Disponible sur: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000282/0000.pdf> (Consulté le 20 avril 2011).
2. Adolescence. Dictionnaire Français Larousse [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156> (Consulté le 20 avril 2011).
3. I.N.P.E.S. Ministère de la santé et des sports. Entre nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent? 90 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf> (Consulté le 20 avril 2011).
4. O.R.S. Pays de Loire. Sexualité, contraception, prévention et dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de 15-25 ans : 12 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/BSJ/2005BSJpdsexualite.pdf> (Consulté le 20 avril 2011).
5. Nisand I, Toulemon L. Rapport du Haut conseil de la population et de la famille. Pour une meilleure prévention de l'I.V.G. chez les mineures, Décembre 2006 : 26 p. [Internet]. Disponible sur: <http://fmc68.fr/jmha/fichiers/PREVENTION%20IVG%20MINEURES.pdf> (Consulté le 20 avril 2011).
6. Naves M-C, Sauneron S. Centre d'analyse stratégique. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Note d'analyse 226 de Juin 2011 : 12 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/content/comment-ameliorer-lacces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011-0> (Consulté le 12 novembre 2011)
7. I.N.E.D. Statistiques de l'Avortement en France, Annuaire 2006, mise à jour le 15 Mai 2009 [Internet]. Disponible sur: [http://www.ined.fr/statistiques\\_ivg/2006/T28\\_2006.html](http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2006/T28_2006.html) (Consulté le 20 avril 2011).
8. O.R.S. Pays de la Loire. La santé observée dans les Pays de la Loire : tableau de bord régional sur la santé. Éd. 2007. Nantes: Observatoire régional de santé des Pays de la Loire; 2007 : 221 p.
9. Abitboul Y, Poutrain J-C, Brillac T, et al. I.V.G. chez les mineures Repérer et prévenir les situations à risque. La Revue du Praticien Médecine Générale. 20 Septembre 2010; 24 (846): p.612-3.
10. La revue Prescrire. Encore beaucoup d'IVG chez les mineures. Prescrire. 2008 juin; 28 (296): p.468.
11. Sicamois Y. I.N.S.E.E. Pays de la Loire. Une natalité toujours dynamique. L'année économique et sociale, Mai 2007 : p.12-3 [Internet]. Disponible sur: [http://insee.fr/fr/insee\\_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier24/aes06\\_ch07.pdf](http://insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier24/aes06_ch07.pdf) (Consulté le 20 avril 2011).
12. Winckler M. Contraceptions, mode d'emploi. Vauvert: Au diable vauvert; 2003.
13. I.N.P.E.S. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Contraception: les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? Dossier de presse, Octobre 2011 : 18 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf> (Consulté le 4 Novembre 2011).
14. A.F.F.S.A.P.S, A.N.A.E.S, I.N.P.E.S. Recommandations pour la pratique clinique : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004 : 47 p. [Internet]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_contraception\\_vvd-2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf) (Consulté le 20 avril 2011).
15. Serfaty D, Gabriel R, Leclercq I. Contraception par oestroprogestatifs. Encycl. Méd.Chir., Gynécologie. Elsevier Masson; 2009 : 700-A-30 12p.
16. Revue prescrire. Prévenir les grossesses non désirées: informer femmes et hommes pour choisir une contraception. Prescrire. Juin 2009 : 29 (308): p. 447-50.

17. Bardou J. Proposition de loi relative à la contraception d'urgence □ : Contraception d'urgence □ : une approche responsable en faveur des femmes et des jeunes filles. Rapport d'information sur la proposition de loi relative à la contraception d'urgence n°43, 24 octobre 2000, [Internet]. Disponible sur: [http://www.senat.fr/rap/r00-043/r00-043\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r00-043/r00-043_mono.html) (Consulté le 20 avril 2011).
18. Article 371-1 du Code civil [Internet]. Disponible sur: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v\\_2?idArticle=LEGIARTI000006426468&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20110819](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000006426468&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20110819) (Consulté le 19 Août 2011).
19. Article L1111-2 du Code de Santé Publique [Internet]. Disponible sur: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v\\_2?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000020890189&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819) (Consulté le 19 Août 2011).
20. Article L1111-4 du Code de Santé Publique [Internet]. Disponible sur: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v\\_2?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819) (Consulté le 19 Août 2011).
21. Article L1110-4 du Code de Santé Publique [Internet]. Disponible sur: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v\\_2?idArticle=LEGIARTI000024462526&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000024462526&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819) (Consulté le 19 Août 2011).
22. Article L1111-5 du Code de Santé Publique [Internet]. Disponible sur: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v\\_2?idArticle=LEGIARTI000006685771&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000006685771&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819) (Consulté le 19 Août 2011).
23. Article L2212-7 du Code de Santé Publique [Internet]. Disponible sur: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v\\_2?idArticle=LEGIARTI000006687535&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000006687535&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819) (Consulté le 19 Août 2011).
24. Article L5134-1 du Code de Santé Publique [Internet]. Disponible sur: [http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v\\_2?idArticle=LEGIARTI000020892635&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8910AEB9786720EA80872581D12C3DF4.tpdjo07v_2?idArticle=LEGIARTI000020892635&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110819) (Consulté le 19 Août 2011).
25. Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes remis à la Direction Générale de la Santé, Décembre 1998, 31 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.scribd.com/doc/3843371/rapport-Uzan> (Consulté le 20 Avril 2011).
26. Aubin C, Jourdain-Menninger D. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, Rapport de synthèse n° RM2009-112P, Octobre 2009 : 93p [Internet]. Disponible sur: <http://www.ancic.asso.fr/documents/RapportIGASIVG2fev2010.pdf> (Consulté le 20 Avril 2011).
27. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Equipe COCON. Prise en charge de l'I.V.G. en France: résultats de l'enquête Cocon. J Gynecol Obstet Biol Reprod.: Février 2005 : 34 (1C1) : p. 53–61.
28. La rédaction de Médecine. La contraception de l'adolescente □ : les points-clés de la recommandation (Afssaps-Anaes-Inpes décembre 2004). Médecine. Février 2006 : 2 (2) : p. 76–9.

29. Direction générale de la santé. Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille. Contraception: pour une prescription adaptée, Mars 2005, 12 p. [Internet]. Disponible sur: [http://www.sages-femmes-orthogeniques.com/image/Bibliotheque\\_Contraception/guide\\_contraception.pdf](http://www.sages-femmes-orthogeniques.com/image/Bibliotheque_Contraception/guide_contraception.pdf) (Consulté le 20 Avril 2011).
30. Abraham D, Kouka AT. Les moyens contraceptifs □: indications et propositions de choix [Internet]. Disponible sur: <http://www.ledamed.org/IMG/html/doc-10714.html> (Consulté le 20 Avril 2011).
31. Société européenne de médecine générale- médecine de famille (W.O.N.C.A.). La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, 2002 : 52 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.dmg-nantes.fr/phocadownload/fichiers/DES/dfinition%20wonca%20de%20la%20mg.pdf> (Consulté le 20 Avril 2011).
32. O.R.S. Pays de Loire. Sexualité, contraception et infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de la région, Baromètre santé Pays de Loire 2000, Octobre 2002, 8 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/BSJ/2000BSJpdlsexualite.pdf> (Consulté le 20 Avril 2011).
33. Pagot E. Regard des adolescents sur la notion de confidentialité en médecine générale. Th D Méd., Nantes : université de Nantes ; 2010 : 48 p. [Internet]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=b6cf2143-f206-4922-9da0-7187ba679081> (Consulté le 20 Avril 2011).
34. Lartigue S. La contraception des adolescentes □: mise au point et évaluation du rôle des médecins généralistes. Th D Méd., Clermont-Ferrand : université de Clérmont I; 2008 : 98 p.
35. Collège Nationale des gynécologues Obstétriciens Français. La Prise en charge des femmes françaises sur le plan gynécologique, Gynécologie et santé des femmes, l'offre de soin, prise en charge des femmes. [Internet]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm) (Consulté le 20 Avril 2011).
36. Vallée J-P, Le Noc Y. Contraception et adolescence □: où est donc passé le « médecin de famille » □? Médecine. 2006 févr : 2 (2) : p. 90-1.
37. Bennia-Bourai S, Asselin I, Vallée M. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen). Médecine. Février 2006 : 2 (2) : p. 84-9.
38. I.N.S.E.E. Pays de la Loire. Les Lycées et lycéens Ligériens en 2005, Etude prospective sur les lycées dans les Pays de la Loire, Juin 2007 : p. 5-9 [Internet]. Disponible sur: [http://81.255.68.41/fr/insee\\_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier25/dossier25\\_ch01.pdf](http://81.255.68.41/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier25/dossier25_ch01.pdf) (Consulté le 11 Juillet 2011).
39. I.N.S.E.E. Pays de la Loire. Itinéraires et caractéristiques des 15-19 ans. Etudes : Septembre 2003: 19: p. 1-4 [Internet]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes19.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etudes19.pdf) (Consulté le 11 Juillet 2011).
40. Inspection académique de Loire-Atlantique. Études et statistiques. Les établissements en Loire Atlantique. [Internet]. Disponible sur: [http://www.ia44.ac-nantes.fr/78122247/0/fiche\\_pagelibre/](http://www.ia44.ac-nantes.fr/78122247/0/fiche_pagelibre/) (Consulté le 11 Juillet 2011).
41. Ministère de l'éducation nationale, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. L'éducation nationale en chiffres, Septembre 2010, 20 p. [Internet]. Disponible sur: [http://media.education.gouv.fr/file/2010/79/1/L\\_education\\_nationale\\_en\\_chiffres\\_157791.pdf](http://media.education.gouv.fr/file/2010/79/1/L_education_nationale_en_chiffres_157791.pdf) (Consulté le 11 Juillet 2011).
42. I.N.S.E.E. Recensement. Populations légales en vigueur à compter du premier janvier 2010 du département 85, Décembre 2009, 16 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2009/pdf/dep85.pdf> (Consulté le 29 Avril 2011).
43. I.N.S.E.E. Recensement. Populations légales en vigueur à compter du premier janvier 2010 du département 44, Décembre 2009, 17 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2009/pdf/dep44.pdf> (Consulté le 29 Avril 2011).

44. I.N.S.E.E. Population. Population selon la catégorie socioprofessionnelle [Internet]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=3&ref\\_id=poptc0218](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=3&ref_id=poptc0218) (Consulté le 04 Juin 2011).
45. I.N.S.E.E. Définitions et méthodes PCS 2003 - Niveau 4 - Liste des professions [Internet]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste\\_n4.htm](http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/liste_n4.htm) (Consulté le 29 Avril 2011).
46. I.R.D.E.S. Les assurés et le médecin traitant: premier bilan après la réforme, Bulletin d'information en économie de la santé, Juillet 2007 : (124) : 4 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes124.pdf> (Consulté le 16 Juillet 2011).
47. Conseil National de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en région de Pays de La Loire au 1er Janvier 2009. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Pays-de-la-Loire.pdf?download=1> (Consulté le 29 Avril 2011).
48. O.R.S. Pays de Loire. Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles, Baromètre santé jeunes Pays de Loire, 2010 : 12 p. [Internet]. Disponible sur: [http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS\\_pdf/BSJ/2010BSJpdl\\_sexualite\\_janv2012.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/BSJ/2010BSJpdl_sexualite_janv2012.pdf) (Consulté le 3 février 2012).
49. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Trouver un médecin. [Internet]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire> (Consulté le 28 Décembre 2011).
50. I.N.S.E.E. Recensement Population légale 2008 du Puy-de-Dôme, Janvier 20011 : 2 p. [Internet]. Disponible sur: [http://insee.fr/fr/insee\\_regions/auvergne/themes/reperes/reperes5/reperes5.pdf](http://insee.fr/fr/insee_regions/auvergne/themes/reperes/reperes5/reperes5.pdf) (Consulté le 28 Décembre 2011).
51. Eliacheff C, Heinich N. Mères-filles Une relation à trois. Ed. Albin Michel S.A., Le livre de poche, 2002.
52. Mathé A, Valabrega J-P. La relation thérapeutique. Malade et médecin. Revue française de sociologie : 1963 : 4 (1) : p. 94-6.
53. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Les centres de planification ou d'éducation familiale en Vendée (85). 2010. [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/vendee-85.6973.html> (Consulté le 16 Juillet 2011).
54. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Les centres de planification ou d'éducation familiale en Loire-Atlantique (44). 2010. [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/loire-atlantique-44.html> (Consulté le 16 Juillet 2011).
55. Outil de génération de carte personnalisée pour imprimer ou afficher sur votre site (France ou département) [Internet]. Disponible sur: <http://www.lion1906.com/Pages/francais/utile/outils.html#> (Consulté le 3 Août 2011).
56. Ministère du travail, de l'Emploi et de la Santé. Nouvelle convention médicale, Journal Officiel de la république française, NOR : ETSS1125718A, 25 septembre 2011, 353 p. [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/nouvelle-convention-medicale.php> (Consulté le 29 février 2012).
57. Région Poitou Charentes. La contraception une affaire de filles et de garçons. [Internet]. Disponible sur: <http://www.poitou-charentes.fr/files/pdf/sante-handicap/sante/pass-contraception-depliant.pdf> (Consulté le 04 Mai 2011).
58. Le PASS contraception proposé dans les lycées d'Ile-de-France, LeMonde.fr, 26 Avril 2011 [Internet]. Disponible sur: [http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/04/26/le-pass-contraception-propose-dans-les-lycees-d-ile-de-france\\_1512703\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/04/26/le-pass-contraception-propose-dans-les-lycees-d-ile-de-france_1512703_3224.html) (Consulté le 04 Mai 2011).

## 8. ANNEXES

### 8.1. ANNEXE 1 : LES I.V.G. : QUELQUES CHIFFRES NATIONAUX ET REGIONAUX (5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)

- ⇒ **EN FRANCE 215 390 I.V.G. POUR 797 740 NAISSANCES VIVANTES EN 2006 (213 000 I.V.G. EN 2007)** (5), soit plus d'1 conception sur 5 interrompue volontairement (27 I.V.G. pour 100 naissances vivantes) (7), ce qui représente un taux national annuel de 14,9‰ femmes de 15 à 49 ans concernées par l'I.V.G. 17% des françaises de 15 à 54 ans déclarent avoir déjà eu recours à l'I.V.G. au moins une fois dans leur vie (8).
- ⇒ Le nombre d'I.V.G. chez les *mineures de 15 à 17 ans* est passé **DE 8 700 EN 1990 A 13 230 EN 2006** (7), soit une augmentation de 39%, alors que le nombre de mineures a diminué et que le recours à la contraception a augmenté (9). Chez les *moins de 15 ans*, on en dénombre *848* la même année. L'I.V.G. a concerné **64 792 PATIENTES DE 18 A 24 ANS EN FRANCE EN 2006**. 1/3 des I.V.G. sont réalisées chez des femmes de moins de 24 ans.
- ⇒ Dans la région des Pays de la Loire :
  - **8 676 I.V.G. POUR 45 865 NAISSANCES** (11) **EN 2006**, soit 19 I.V.G. pour 100 naissances, et un taux annuel de 10,3 I.V.G. pour 1000 femmes de 15 à 49 ans.
- ⇒ En Loire-Atlantique :
  - *Chez les moins de 18 ans* : l'I.V.G. concerne 9‰ femmes (10‰ au niveau national) (72% des grossesses débutées pour cette tranche d'âge se solderont par une I.V.G.). Cela représente **269 I.V.G. EN 2006** (8).
  - *Entre 18 et 24 ans*, ce sont 19‰ femmes qui sont concernées (25‰ au niveau national). C'est la tranche d'âge la plus concernée par les I.V.G., et cela représente **1 219 I.V.G. EN 2006**.
- ⇒ En Vendée : (8)
  - *Chez les moins de 18 ans* : **76 I.V.G. EN 2006**
  - *Entre 18 et 24 ans* : **345 I.V.G. EN 2006**
  - Il s'agit de l'un des départements français les moins concernés par l'I.V.G.

8.2. ANNEXE 2 : INDICE DE PEARL DES DIFFERENTS MOYENS DE CONTRACEPTION.  
(13) (14) (15) (16)

L'indice de Pearl correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an.

| Contraceptif                                       | description - mode d'emploi   | indice de Pearl (en pratique) | indice de Pearl (Utilisation optimale) | Avantages   | inconvénients  |
|--|---|-------------------------------|--|---|--|
| <b>Préservatifs masculins ou féminins</b>          | usage unique/contraception locale en latex (ou polyuréthane si allergie au latex mais risque de rupture et glissement augmenté)   | 14=>21                        | 3=>5                                   | accessibilité (grande surface,... pas de prescription); seul contraceptif prévenant les I.S.T.  | fiabilité (mésusage, rupture,...)  |
| <b>Pilules Oestroprogestatives (nombreuses+++)</b> | Association d'un progestatif et d'un œstrogène constante ou séquentielle dans 1 comprimé, à prendre tous les jours à la même heure +/- 12h pendant 21 ou 24 jours et suivi d'une pause de 7 ou 4 jours (ou placebo). Action: atrophie de l'endomètre, blocage de l'ovulation et modifications de la glaire cervicale. | 6=>8                          | 0,1                                    | méthode efficace; certaines pilules sont remboursées (minidril, adépal, trinordiol, varnoline continu, Leeloo); diminue acné, dysménorrhées; syndromes prémenstruels, kystes fonctionnels ovariens. | ES: cardiovasculaires, carcinologique (seins RR*1,2; endomètre, col de l'utérus); mastodynie; troubles du cycle; hyperoestrogénie. Nécessité d'une prise rigoureuse: connaître la C.A.T. en cas d'oubli!! Soumise à une prescription médicale. |
| <b>Anneau contraceptif (Nuvaring)</b>              | 1 anneau de 54 mm de diamètre souple transparent délivre 15µg d'éthinylestradiol et 120µg d'étonogestrel pour une durée de 3 semaines. 1 semaine de pause ensuite. Même mécanisme d'action que la pilule.   | 0,6                           | 0,4                                    | améliore l'observance++; taux sanguins de stéroïdes stables=> évite désagréments des pics plasmatiques (nausées); contraception faiblement dosée en œstrogène;                                      | prix+++ non remboursée; mêmes contre-indications que la pilule oestroprogestative; bien connaître son anatomie et être à l'aise avec son corps. Risque de chute de l'anneau et d'infection vaginale faible.                                    |
| <b>Patch contraceptif (Evra)</b>                   | patch beige de 4,5cm sur 4,5cm délivrant 150µg de norelgestromine et 20µg d'éthinylestradiol. Cycle de 3 patchs d'une semaine et 1 semaine de pause. Même mécanisme d'action que la pilule.   | 0,9                           | 0,72                                   | amélioration observance (3 patch/mois); sécurité contraceptive de 48h en cas d'oublis de changement de patch  | prix+++ non remboursé; mêmes effets secondaires et contre-indications que la pilule oestroprogestative. Risque de décollement faible. Soumis à une prescription médicale.  |
| <b>Pilules micro progestatives</b>                 | prise d'un comprimé tous les jours à la même heure d'un micro progestatif en continu sans pause.  | ?                             | 0,5                                    | méthode efficace; utilisation possible en cas de contre-indication aux œstrogènes.  | Nécessité une prise rigoureuse+++ (délai d'efficacité si oubli: 3h sauf pour Cérazette); perturbation du cycle++ (spottings; absence de règle; hyperoestrogénie...) fréquente. Attention   |



|   |  |        |      |  |   |
|---|--|--------|------|--|---|
|   |  |        |      |  | aux risques d'interactions médicamenteuses.   |
| <b>Progestatifs injectables</b>   | Injection d'un progestatif tous les 2 (noréthistérone) à 3 mois (médroxyprogestérone)  | 0,3    | 0,3  | méthode efficace; utilisation possible en cas de contre-indication aux œstrogènes.                             | Effets indésirables prolongés si présents.  |
| <b>Implant (nexplanon)</b>  | mise en place d'un bâtonnet de 4 cm de long, placé en sous cutané face interne du bras non dominant environ 10 cm au-dessus du coude, dispense de l'étonogestrel (68mg). Pose et retrait sous anesthésie locale. | 0,1    | 0,1  | méthode très efficace remboursée par la sécurité sociale mis en place pour 3 ans. Aucun problème d'observance. | Possible migration intramusculaire de l'implant rendant son retrait difficile. Trouble du cycle menstruel fréquent (aménorrhée; spotting, saignement continu, prise de poids...)  |
| <b>Stérilet (Cuivre, avec Lévonorgestrel (Mirena))</b>                                    | Dispositifs intra-utérin mis en place après hystérométrie pour une durée de 5 à 10 ans.  | 0,8    | 0,6  | Méthode très efficace possiblement remboursée par la sécurité sociale. Aucun problème d'observance.            | Risques infectieux; risques d'expulsion (plus important le premier mois); CI en cas de pathologies intra-utérines, infectieuses, dans le post partum immédiat. Peu utilisé chez les adolescentes (risques d'I.S.T., fragilité du col, nulliparité). |
| <b>méthodes naturelles (Ogino-knauss, Billings, méthode symptothermique, retrait,...)</b> | méthodes totalement inadaptées à l'adolescente   | 20     | 1=>9 | aucune contre-indication, gratuites, pas de consultation médicale,   | inadaptées à la très grande fertilité des adolescentes, efficacité imprévisible, pas de protection contre I.S.T.  |
| <b>méthodes locales (capes cervicales, diaphragme, spermicide)</b>                        | méthodes totalement inadaptées à l'adolescente   | 20=>26 | 6=>9 |  | inadaptées à la très grande fertilité des adolescentes.   |
| <b>Vasectomie</b>   | méthode totalement inadaptée à l'adolescent  | 0,1    | 0,1  | fiabilité  | Inadaptée pour les adolescents : stérilisation  |
| <b>Stérilisation tubaire</b>  | méthode totalement inadaptée à l'adolescente   | 0,5    | 0,5  | fiabilité  | Inadaptée pour les adolescentes : stérilisation   |
| <b>Pas de méthode contraceptive</b>   |  | 85     | 85   |  |   |

## 8.3. ANNEXE 3 : CADRE LEGISLATIF DE LA CONTRACEPTION ET PARTICULARITES DE LA MINEURE (6) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24)

### 8.3.1. Evolution de la loi (6) (17)

**DE 1920 A DECEMBRE 1967** : une loi de 1920 interdisait tout recours à la contraception, comme à l'avortement, et punissait sévèrement la production, l'importation ou la vente de contraceptifs, ainsi que leur utilisation, considéré criminels.

**LA LOI N° 67-1176 DU 28 DECEMBRE 1967 (LOI NEUWIRTH)** relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, constitue l'acte fondateur de la libéralisation de la contraception en France. Elle pose comme **principe le droit à la contraception et à l'information, tout en l'encadrant de manière très rigoureuse.**

- Autorisation de la fabrication et l'importation des produits, médicaments et objets contraceptifs.
- La vente de ces produits contraceptifs ne pouvait s'effectuer qu'en pharmacie, sur ordonnance médicale ou certificat médical de non contre-indication nominatif, et elle était limitée quantitativement et dans le temps (aucune délivrance de contraceptif n'était possible dans les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et dans les centres de planification ou d'éducation familiale agréés).
- La vente ou la fourniture de contraceptifs aux mineurs ne pouvait intervenir qu'après consentement écrit de l'un des parents ou du représentant légal.
- Toute propagande et toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou les méthodes contraceptives étaient interdites, sauf dans les publications destinées aux médecins ou aux pharmaciens (l'information ne pouvait être délivrée aux femmes que par des médecins ou les établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et les centres de planification ou d'éducation familiale agréés).

**DECRET DU 3 FEVRIER 1969 ET DE MARS 1972** : précise les dispositions législatives relatives à la fabrication, à l'importation, à la prescription médicale et à la vente en pharmacie de dispositifs contraceptifs ainsi que le fonctionnement des établissements d'information et des centres de planification.

**LOI N° 74-1026 DU 4 DECEMBRE 1974, PUIS PLUSIEURS TEXTES DATANT NOTAMMENT DE MAI 1982, DE DECEMBRE 1989 ET DE JANVIER ET DECEMBRE 1991** : ces textes successifs ont assouplis la loi initiale en prenant en compte les évolutions de la société française et en répondant aux nécessités de la lutte contre le Sida (et autres I.S.T...).

- La délivrance sur prescription médicale a été limitée aux seuls contraceptifs hormonaux et intra-utérins (article 3 de la loi Neuwirth).
- L'interdiction générale de la vente de contraceptifs aux mineurs sans accord parental a été supprimée (article 3).
- Les centres de planification ou d'éducation familiale ont pu délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret (article 4).
- La publicité relative aux préservatifs et aux autres contraceptifs a été autorisée, dans le respect des dispositions générales fixées par le code de la santé publique (article 5).

**LOI DU 4 JUILLET 2001 COMPLETEE PAR LA CIRCULAIRE DU 17 FEVRIER 2003** : Elles font de l'éducation à la sexualité une obligation légale tout au long de l'enseignement primaire et secondaire à raison d'au moins trois séances par an et par niveau (6).

Au total, toute femme majeure paraît aujourd'hui en mesure d'être informée et de bénéficier d'un traitement ou d'un dispositif contraceptif, lequel est remboursé par la sécurité sociale lorsqu'il est délivré sur ordonnance (les personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie assurées par un régime légal ou réglementaire pouvant être prises en charge par un centre de planification ou d'éducation familiale).

On ne peut nier que, globalement, notre législation a connu en près de vingt-cinq ans, par touches successives, des évolutions propres à faciliter le recours à la contraception. Pourtant, de récents indicateurs montrent que la situation est encore loin d'être satisfaisante.

### 8.3.2. Droits des mineurs en termes de santé.

#### **L'AUTORITE PARENTALE EST UN ENSEMBLE DE DROITS ET DE DEVOIRS AYANT POUR FINALITE L'INTERET DE L'ENFANT (ART. 371-1 DU CODE CIVIL) (18)**

Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

#### **TOUTE PERSONNE A LE DROIT D'ETRE INFORMEE SUR SON ETAT DE SANTE (ART. L. 1111-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE) (19)**

Les droits des mineurs sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information, sauf en cas de demande du secret du mineur. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

#### **TOUTE PERSONNE PREND, AVEC LE PROFESSIONNEL DE SANTE ET COMPTE TENU DES INFORMATIONS ET DES PRECONISATIONS QU'IL LUI FOURNIT, LES DECISIONS CONCERNANT SA SANTE (ART. L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE). (20)**

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

#### **TOUTE PERSONNE PRISE EN CHARGE PAR UN PROFESSIONNEL, UN ETABLISSEMENT (...) DE SANTE OU TOUT AUTRE ORGANISME PARTICIPANT A LA PREVENTION ET AUX SOINS A DROIT AU RESPECT DE SA VIE PRIVEE ET DU SECRET DES INFORMATIONS LA CONCERNANT (ART. L. 1110-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE). (21)**

Même lorsque le mineur est accompagné par ses parents dans le cadre de sa prise en charge sanitaire, l'équipe médicale et soignante ne doit pas oublier que le mineur dispose d'un droit au respect de sa vie privée et de son intimité dans le cadre de la relation thérapeutique. En pratique, selon l'âge du mineur, les examens cliniques seront réalisés en dehors de la présence des parents. De la même manière, des entretiens peuvent être proposés en dehors de la présence des parents (vie sexuelle, contraception, consommation de produits...). Dans cette hypothèse, les parents restent informés de tous les éléments nécessaires au traitement et à la mise en œuvre de la prise en charge.

MAIS ATTENTION, le code de la santé publique reconnaît au mineur un droit propre au secret vis-à-vis de l'un ou des titulaires de l'autorité parentale. Il s'agit d'une dérogation au principe de l'exercice de l'autorité parentale. Le ou les parents ne sont pas informés et ne donnent pas leur accord pour la prise en charge sanitaire du mineur. Les situations concernées sont identifiées de manière très précise par le code de la santé publique :

- **LA DEMANDE DE SECRET DU MINEUR SUR LES SOINS (ART. L. 1111-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE) (22)**

Le mineur s'oppose à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale. Le médecin essaie d'obtenir le consentement du mineur à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale. Le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé du mineur. Le mineur est accompagné par une personne majeure de son choix. Le médecin accepte ou non la prise en charge dans la confidentialité. Un problème: la prise en charge financière des soins...

- **LA DEMANDE D'ANONYMAT (ACCOUCHEMENT SOUS X, TOXICOMANES, CENTRE DE DEPISTAGES ANONYMES ET GRATUITS)**

Aucune pièce d'identité n'est exigée. L'anonymat peut donc concerner un mineur. Le nom mineur ne figure pas dans son dossier médical (identification via un numéro).

- **LA DEMANDE DE SECRET EN CAS D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (ART. L. 2212-7 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE) (23)**

Si une mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite au cours de l'entretien « social ». Si le consentement n'est pas obtenu,

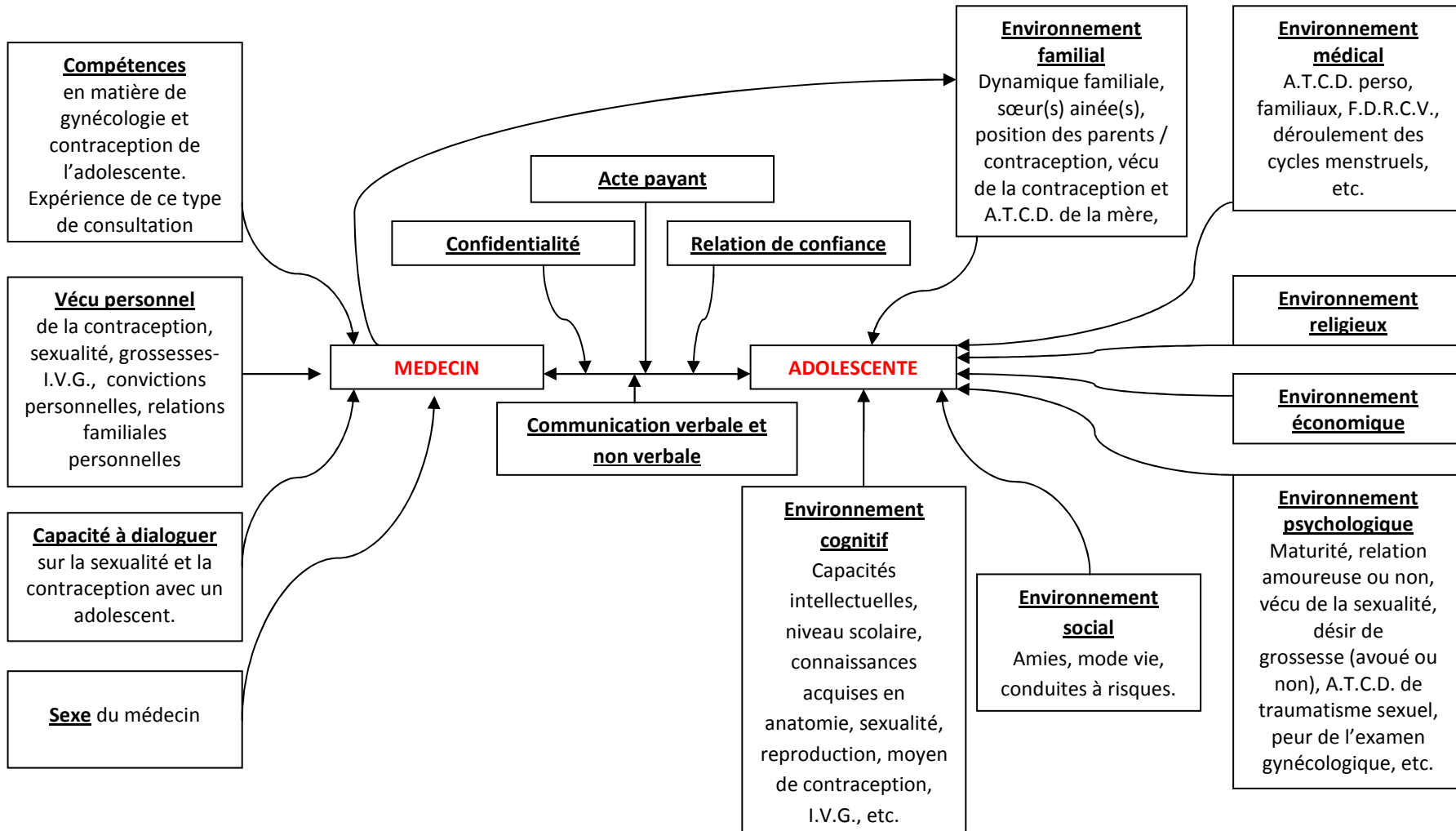
l'I.V.G. ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. La mineure se fait accompagner par une personne majeure de son choix.

- **LA CONTRACEPTION DES MINEURES (ART. L. 5134-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE) (24)**

Le consentement des titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant, du représentant légal, n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

Il ne faut jamais oublier la finalité du droit au secret du mineur : la protection de la santé publique. Sa mise en œuvre est limitée à des situations très particulières et à des conditions strictement définies ; elle n'a pas vocation à concerner tous les mineurs.

8.4. ANNEXE 4 : PREMIERE PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION : UNE REFLEXION PERSONNELLE SELON UN MODELE HOLISTIQUE



## 8.5. ANNEXE 5 : MODELE « BERCER » SELON L'O.M.S. (14) (29)

« La réussite d'une méthode contraceptive dépend de l'efficacité de la méthode elle-même mais aussi de l'implication de la femme et/ou du couple dans le choix de celle-ci. La méthode contraceptive sera prescrite en tenant compte des déterminants psychologiques, sociologiques et économiques, ainsi que des motivations et du choix de la femme et du couple. » (14)

Le modèle BERCER défini par l'O.M.S. (29) :

### ▪ BIENVENUE :

- Le professionnel se présente,
- explication du déroulement de la consultation,
- assurer la confidentialité de l'entretien.

### ▪ ENTRETIEN :

- Recueil des informations médicales, psychosociales et culturelles.

### ▪ RENSEIGNEMENTS :

- Information claire, précise et personnalisée des méthodes qui peuvent être proposées.

### ▪ CHOIX :

- Le choix de la méthode appartient à la patiente après que sa situation personnelle, ses préférences ainsi que les bénéfices/risques des méthodes aient été discutés,
- le médecin réoriente la patiente vers une autre méthode si celle choisie n'est pas dénuée de risques.

### ▪ EXPLICATIONS :

- Les modalités d'utilisation doivent être expliquées de façon précise (démonstration, association prise pilule et geste routinier, conduites à tenir en situations d'oubli, d'effets indésirables, etc.), ainsi que les modalités de recours à une contraception de rattrapage.

### ▪ RETOUR :

- Organisation des visites de suivi afin d'évaluer l'adéquation à la méthode choisie et son observance, d'apporter des compléments d'information et d'aider si nécessaire à choisir une autre méthode.

**LA PREMIERE CONSULTATION AU COURS DE LAQUELLE LA CONTRACEPTION EST ABORDEE DOIT ETRE UNE CONSULTATION SPECIFIQUEMENT DEDIEE A CETTE QUESTION !**

## 8.6. ANNEXE 6 : PARTICULARITES DE LA PREMIERE CONSULTATION CHEZ L'ADOLESCENTE (28)

Les adolescentes peuvent avoir des difficultés à *aborder le sujet*, par conséquent le médecin doit être capable de prendre l'initiative d'orienter l'entretien sur la contraception.

L'*objectif* de cette consultation est triple :

- éviter une grossesse non désirée et le sur-risque associé chez les plus jeunes,
- éviter le traumatisme d'une éventuelle I.V.G.,
- prévenir les I.S.T.

L'adolescente devra être reçue *sans ses parents*. Cela permet de garantir la confidentialité de l'entretien et ainsi créer une relation de confiance permettant de bien cerner la demande et de qui elle provient. En revanche, les *parents seront systématiquement évoqués* au cours de l'entretien. Cela permettra d'évaluer le fonctionnement familial ainsi que la position des parents vis-à-vis de la contraception, et ainsi dépister les risques de non-observance (plus importants en cas d'opposition des parents).

L'*examen gynécologique*, en absence de symptômes qui le justifient, n'est pas nécessaire dès la première consultation. Il sera expliqué à l'adolescente afin de la rassurer et qu'elle puisse poser ses questions pour un meilleur déroulement lors d'une consultation ultérieure.

De même, en absence d'A.T.C.D. personnels ou familiaux particuliers et si l'examen clinique est normal, les *bilans biologiques* ne sont pas urgents et peuvent être programmés ultérieurement.

Il est important de *rester neutre* et de *ne pas juger* l'adolescente ! Savoir poser les bonnes questions sans être intrusif dans sa vie personnelle. Aborder les véritables questions de l'adolescente et notamment une éventualité d'un *projet de grossesse ou de bébé* ; connaître ses représentations sur le sujet.

Il faut savoir *rassurer sur la normalité* de l'adolescente notamment lors de l'examen gynécologique qui sera commenté et expliqué.

Une fois les informations données sur les différents moyens de contraception (claires, précises et concises), il est important de laisser l'adolescente *exprimer ses préférences et réticences* face aux diverses options (rechercher des freins à l'utilisation de la méthode choisie comme l'opinion du partenaire, les aspects financiers ou l'accessibilité, les représentations qu'elle en a, les risques de la méthode, etc.).

Une fois la méthode choisie, le médecin se doit de la décrire soigneusement en précisant son efficacité, ses bénéfices (y compris non contraceptifs), ses effets indésirables ou inconvénients, la façon dont on doit l'utiliser (notamment en cas de pilule) et l'importance de l'instauration d'une routine quotidienne. Il doit aussi insister sur *la double contraception*, capitale chez les adolescents du fait de la très grande fertilité et du risque d'I.S.T.

Une information sur les C.A.T. en cas d'oublis de pilules, de rupture ou de non utilisation de préservatifs doit être donnée aux adolescentes. Elle doit être informée des *mesures de rattrapage possible*. La prescription d'une contraception d'urgence en avance type Norlevo, pour pallier un éventuel échec, se discute au cas par cas.

Planification d'un *suivi régulier et rapproché*, indispensable surtout au cours de la première année, pour discussion, explication et changements éventuels (notamment adaptation du type de pilule selon la tolérance individuelle (hyperoestrogénie...). Les modifications rapides de la vie affective et sexuelle (style de vie, ambivalence, brièveté des liaisons, imprévisibilité des rapports, ruptures, réconciliations, etc.) entraînent des modifications rapides des besoins contraceptifs.

Afin de favoriser le dialogue, le médecin se doit d'être ouvert et positif, disponible, empathique et faire preuve d'écoute pour que l'adolescente puisse verbaliser ce qui lui pose problème. Il doit être bref, concret, et ne pas monopoliser la parole.

## 8.7. ANNEXE 7: DEFINITIONS, CARACTERISTIQUES, COMPETENCES FONDAMENTALES ET CHAMPS D'ACTIVITE DES MEDECINS GENERALISTES SELON LA W.O.N.C.A. EUROPE (31)

Il me semble important de bien redéfinir le rôle du médecin généraliste, sa place dans le système de soins, ses compétences et la complexité de cette spécialité souvent dénigrée et dévalorisée. Pour cela, je me suis appuyée sur la définition de la médecine générale-médecine de famille publiée par WONCA Europe en 2002 (31).

### 8.7.1. Définitions

*La médecine générale-médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.*

*Les médecins généralistes sont le médecin traitant de chaque patient, dispensent des soins globaux et **continus** à tous ceux qui le souhaitent sans distinction, dans leur contexte familial, communautaire, culturel et dans le respect de leur autonomie.*

*Ils ont une **responsabilité professionnelle de santé publique**. Dans la prise en charge de leur patient, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle en mettant à profit la connaissance et confiance engendrées par les contacts répétés.*

*Ils sont responsables de la promotion de la santé, la prévention des maladies et des prestations de soins à visée curative ou palliative seul ou en faisant appel à d'autres professionnels spécialisés, paramédicaux...*

*Ils doivent développer et maintenir leurs compétences professionnelles, leur équilibre personnel et leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.*

*Le médecin généraliste est le médiateur entre la société et la médecine.*

### 8.7.2. Caractéristiques

- **PREMIER CONTACT AVEC LE SYSTEME DE SOINS, ACCES OUVERT ET NON LIMITE.**
- **UTILISATION EFFICIENTE DES RESSOURCES DU SYSTEME DE SANTE.**
- **APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE.**
- **RELATION MEDECIN-PATIENT CONSTRUITE DANS LA DUREE.**
- **SOINS CONTINUS ET LONGITUDINAUX.**
- **DEMARCHE DECISIONNELLE SPECIFIQUE.**
- **GESTION SIMULTANEE DES PROBLEMES AIGUS ET CHRONIQUES.**
- **INTERVENTION A UN STADE PRECOCE ET INDIFFERENCIE DU DEVELOPPEMENT DES MALADIES.**
- **PROMOTION ET EDUCATION A LA SANTE.**
- **RESPONSABILITE SPECIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE.**
- **TIENT COMPTE DES DIMENSIONS PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE, CULTURELLE ET EXISTENTIELLE.**



---

### 8.7.3. Compétences fondamentales des médecins généralistes

- **SOINS DE PREMIERE LIGNE.**
- **SOINS CENTRES SUR LA PERSONNE.**
- **PROCESSUS DECISIONNEL SPECIFIQUE A LA MEDECINE GENERALE.**
- **APPROCHE GLOBALE DU PATIENT.**
- **ORIENTATION COMMUNAUTAIRE.**
- **REFLEXION SELON UN MODELE HOLISTIQUE.**

---

### 8.7.4. Champs d'activité des compétences des généralistes.

- **LA DEMARCHE CLINIQUE.**
- **LA COMMUNICATION AVEC LE PATIENT.**
- **LA GESTION DU CABINET MEDICAL.**

---

*« L'interrelation entre les compétences, les domaines de mise en œuvre et les particularités fondamentales caractérise la discipline et souligne la complexité de la spécialité. »*

---

*« C'est cette complexité qui doit guider le développement de plans de formation, de recherche et de l'amélioration de la qualité. »*

## QUESTIONNAIRE ADO

COMMENT LES ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANS ONT-ELLES CHOISI LE MEDECIN QUI LEUR A PRESCRIT LEUR PREMIERE CONTRACEPTION ?

### 1. Présentation

- Age : \_\_\_\_\_ ➤ Classe : \_\_\_\_\_
- Commune de résidence : \_\_\_\_\_
- Profession de ton père : \_\_\_\_\_
- Profession de ta mère : \_\_\_\_\_

### 2. Ton médecin traitant

**➔ Si tu n'as pas de médecin traitant, passe à la question 3 !**

- Est-il :  un homme ?  une femme ?
- Est-il le médecin traitant :  de ta mère  de ton père  
 de ton frère / ta sœur
- Depuis combien de temps le connais-tu ?  
 < 1 an  1 à 5 ans  5 à 10 ans  > 10 ans
- T'arrives-t-il d'être seule en consultation avec lui ?  
 oui, toujours  oui, parfois  non, jamais  
(je suis toujours avec mon père ou ma mère)
- Te sens-tu à l'aise avec ce médecin pour discuter contraception et sexualité ?  
 Tout à fait à l'aise  plutôt à l'aise  peu à l'aise  pas du tout à l'aise
- Selon toi, ton médecin traitant peut-il te prescrire une contraception ?  
 Oui  non  ne sait pas

### 3. Ta sexualité

➤ As-tu déjà eu des rapports sexuels ?

- Oui                       non      ➔ **si non, passe à la question 4 !**

Si oui :

➤ Quel âge avais-tu lors de ton premier rapport sexuel ? \_\_\_\_\_

➤ Avais-tu utilisé une contraception à ce moment-là ?       oui               non

Si oui, la ou lesquelles ? \_\_\_\_\_

### 4. Ta contraception

➤ Utilises-tu un moyen de contraception prescrit par un médecin ?

- Oui                       non

Si non, pourquoi ?      ➔ **coche la ou les réponses qui te conviennent**

- je n'ai pas de rapport sexuel  
 je pense que le préservatif suffit  
 je ne peux pas payer une contraception  
 mes parents refusent que j'aie une contraception  
 j'ai peur d'avoir un examen gynécologique  
 je n'ose pas consulter un médecin pour parler de contraception / sexualité  
 autre / précise : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*\*\* FIN DU QUESTIONNAIRE POUR CELLES QUI ONT REPONDU NON \*\*\***

➤ Si oui lequel ? \_\_\_\_\_

➤ étais-tu accompagnée lors de la première consultation pour cette contraception ?

- oui – par qui ? \_\_\_\_\_       non

➤ tes parents savaient-ils que tu consultais pour une contraception ?

- Oui                       non

Si non, pourquoi ?

\_\_\_\_\_





Pour chaque critère suivant, coche le niveau d'importance qu'il a eu pour toi dans le choix du médecin qui t'a prescrit ta première contraception, en t'aidant de l'exemple suivant :

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |   |

**1 étant un critère pas important du tout, 6 étant un critère très important**

- je voulais un médecin choisi personnellement
- je voulais pouvoir consulter sans que mes parents le sachent
- mes parents m'ont amenée voir ce médecin
- le sexe du médecin    *je préfère* :  *une femme*     *un homme*
- je voulais un médecin en qui j'ai confiance
- je voulais un médecin qui me connaisse bien
- ce médecin m'avait dit que je pouvais venir le voir pour avoir une contraception
- je voulais une consultation gratuite
- je voulais pouvoir consulter sans rendez-vous
- je voulais un rendez-vous rapidement
- autre / précise : \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

### 6. As-tu des commentaires à faire sur le sujet de ce questionnaire ?

---



---



---



---



---

\*\*\* MERCI DE TON AIDE 😊 \*\*\*

## 8.9. ANNEXE 9: LA LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX ADOLESCENTES

Bonjour,

Je m'appelle Aline Nicolleau et je suis interne de médecine générale à Nantes.

Je réalise ma thèse de fin d'études sur le thème de la contraception chez les adolescentes. Le but de mon travail de recherche est de déterminer les facteurs rentrant en compte dans le choix du médecin prescripteur de la première contraception des adolescentes de 15 à 19 ans.

Pour cela j'ai besoin de votre aide. J'ai construit un questionnaire adressé aux adolescentes de 15 à 19 ans, lycéennes dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée. Je vous remercie par avance de le remplir dans son ensemble le plus honnêtement possible. Toutes vos remarques constructives peuvent y être notées en toute liberté. Toutes vos réponses sont importantes.

Je tiens à préciser que ce questionnaire est bien sûr totalement **ANONYME**. Remplissez-le seule et glissez-le dans l'enveloppe jointe que vous remettrez à votre infirmière scolaire qui les rassemblera pour moi.

Je traiterai moi-même les résultats de ces questionnaires. Je ferai parvenir, par la suite, une copie de ma thèse à votre établissement, une fois que celle-ci sera achevée afin qu'elle soit à votre disposition.

Encore merci de votre aide.

Aline

## 8.10. ANNEXE 10 : LA LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PARENTS

A l'intention des parents d'élèves

Bonjour,

Je m'appelle Aline Nicolleau et je suis interne en médecine générale à Nantes.

Je réalise ma thèse de fin d'études sur le thème de la contraception chez les adolescentes. Le but de mon travail de recherche est de déterminer les facteurs rentrant en compte dans le choix du médecin prescripteur de la première contraception des adolescentes de 15 à 19 ans.

Pour cela, j'ai besoin de l'aide de vos filles. J'ai construit un questionnaire adressé aux adolescentes de 15 à 19 ans, lycéennes dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée. Je tiens à préciser que ce questionnaire est bien sûr totalement **ANONYME**. Il sera distribué en classe. Les adolescentes devront le remplir seule, le plus honnêtement possible, en dehors du temps de cours, afin que je puisse recueillir des données exploitables. Elles le glisseront ensuite dans l'enveloppe jointe, cachetée et me le feront parvenir via l'infirmière scolaire qui me les transmettra par la suite. Je traiterai moi-même les résultats de ces questionnaires qui resteront **CONFIDENTIELS**.

Ce questionnaire concernant des jeunes filles mineures, cette lettre vous est adressée à but d'information afin que vous puissiez signaler au directeur de l'établissement, un éventuel refus concernant la participation de votre fille à cette étude.

En vous remerciant de votre compréhension.

Aline

## 8.11. ANNEXE 11 : LE MAIL ADRESSE AUX PROVISEURS DES LYCEES.

Bonjour,

Je m'appelle Aline Nicolleau et je suis interne en médecine générale à Nantes (9<sup>ème</sup> année). Je réalise ma thèse de fin d'études sur le thème de la contraception chez les adolescentes de 15 à 19 ans. Je m'intéresse plus particulièrement aux facteurs intervenant dans leur choix du prescripteur de leur première contraception, ce dernier ayant un rôle très important en matière de prévention des I.V.G. et information sur la sexualité.

Pour cela, j'ai réalisé, avec l'aide de mon directeur de thèse le Dr Leroux C., médecin généraliste à Saint Philbert de Grand Lieu et le Dr Canevet, médecin généraliste enseignant au département de médecine générale à la faculté de Nantes, un questionnaire (en pièce jointe) adressé aux adolescentes de 15 à 19 ans, lycéennes, toutes filières confondues (Scientifique, littéraire, économiques et sociales, BEP, CAT,...). Il s'agit d'un questionnaire **ANONYME**, qui sera accompagné d'une courte lettre explicative (en pièce jointe) et d'une enveloppe vierge. Je souhaiterais le distribuer aux adolescentes concernées de votre établissement, avec votre accord, avec l'aide si possible de votre infirmière scolaire, afin de garantir le respect des données personnelles qui me seront communiquées. Les modalités de distribution restent à déterminer avec vous afin que chaque jeune fille concernée puisse recevoir le questionnaire sans perturber leur emploi du temps. Ce dernier sera à remplir en dehors du temps de cours et à remettre à l'infirmière scolaire qui me les transmettra par la suite.

J'ai par ailleurs préparé une lettre d'information destinée aux parents d'élèves mineures (en pièce jointe) pour leur expliquer le but de mon travail et leur permettre de vous signaler un refus de participation de leur fille à cette étude, si besoin est.

Je me tiens à votre disposition pour convenir d'un rendez-vous ou pour un complément d'information.

En attente d'une réponse de votre part.

Cordialement.

Aline Nicolleau

P.S 1: Je tiens à signaler que cette étude n'est sponsorisée par aucun laboratoire et totalement réalisée à mes frais.

P.S 2 : Mes coordonnées :           Nicolleau Aline  
  Adresse :.....  
  Tel : 06. ....  
  Email : [alinenicolleau@gmail.com](mailto:alinenicolleau@gmail.com)



## 8.12. ANNEXE 12 : REPONSES SPONTANEEES DES ADOLESCENTES AUX QUESTIONS OUVERTES.

### 8.12.1. Pourquoi n'as-tu pas de contraception ? (n=23) Réponses citées dans « autres ».

- « JE N'EN AI PLUS CAR JE SUIS HOMOSEXUELLE »
- « LES AUTRES MOYENS DE CONTRACEPTION (PILULE...) NE ME CONVIENNENT PAS, LE PRESERVATIF EST SANS CONTRAINTE (HORAIRE...) »
- « JE N'AI PAS DE RAPPORT SEXUEL REGULIER ALORS JE NE PRENDS PAS ENCORE LA PILULE »
- « RAPPORTS RARES »
- « JE NE PENSE PAS EN AVOIR BESOIN CAR JE N'AI PAS DE PETIT COPAIN »
- « JE N'AI PAS DE COPAIN ET RAPPORT REGULIER MAIS J'AI QUAND MEME LA PILULE DANS UN TIROIR »
- « JE SAIS QU'IL VAUT MIEUX EVITER LA PILULE SI ON N'EN A PAS BESOIN ET JE N'AI PAS DE RAPPORT SEXUEL REGULIER »
- « PAS ENCORE SUFFISAMMENT ANCREE DANS LA RELATION AVEC MON COPAIN »
- « JE NE L'AI PAS ENCORE FAIT MAIS BIENTÔT (avoir une pilule) »
- « CAR CE N'EST PAS ENCORE FAIT »
- « JE VAIS BIENTÔT AU GYNECO »
- « MA MERE VEUT ATTENDRE MES 16 ANS DONC BIENTÔT LA PILULE »
- « RDV CHEZ LA GYNECOLOGUE PREVU PROCHAINEMENT MAIS TEMPS D'ATTENTE TRES LONG »
- « JE DOIS PRENDRE MON RENDEZ VOUS BIENTÔT CHEZ MON MEDECIN POUR UNE CONTRACEPTION »
- « MEDICAMENTS ANTI EPILEPTIQUE NE ME LE PERMETTENT PAS »
- « ARRET CAR PROBLEME DE CHOLESTEROL »
- « JE FUME »
- « JE DOIS ATTENDRE OPERATION AVANT DE POUVOIR LA PRENDRE »
- « RELIGION »
- « JE N'AI PAS CONFIANCE EN UNE CONTRACEPTION QUI DEREGLLE LE CORPS ET PROVOQUE PARFOIS DES MALADIES (REPONSES RAYEE) »
- « IL Y A DES RISQUES D'ÊTRE STERILE A CAUSE DE CERTAINES PILULES ET DANS MA RELIGION LA PILULE ET L'AVORTEMENT SONT INTERDITS ET DE PLUS JE NE VEUX PAS ETRE STERILE »
- « JE N'Y AI PAS VRAIMENT PENSER »
- « JE FAIS UN PEU N'IMPORTE QUOI PAS DE COPAIN REGULIER OU A LONG TERME »

### 8.12.2. Pourquoi tes parents ne savait-ils pas que tu consultais pour une contraception ? (n=7)

- « CA N'ÉTAIT PAS PREVU »
- « CAR J'AI EU PILULE POUR REGLES DOULOUREUSES »
- « J'AVAIS PAS ENVIE DE DIRE AVANT MES 17 ANS »
- « J'Y SUIS ALLE POUR UNE VISITE POUR UNE MALADIE ET J'EN AI PROFITE POUR LA LUI DEMANDER »
- « LA CONTRACEPTION EST QUELQUE CHOSE QUI ME SEMBLE PERSONNEL »
- « PEUR DE LEUR REACTION »
- « PEUR REACTION INCOMPREHENSION »

### 8.12.3. Pourquoi as-tu choisi ce médecin ?

#### 8.12.3.1. CHOIX DU M.T. (N=76)

- « CAR C'EST MON MEDECIN TRAITANT ET JE NE VOYAIS PAS L'UTILITE D'ALLER VOIR QUELQU'UN D'AUTRE »
- « PARCE QUE J'AI CONFIANCE »
- « MEDECIN TRAITANT »
- « PARCE QUE C'EST MON MEDECIN HABITUEL ET QUE CA NE ME DERANGEAIT PAS D'EN PARLER AVEC LUI »
- « IL NE M'EST PAS VENU A L'IDEE D'ALLER VOIR UN AUTRE MEDECIN »

« MEDECIN GENERALISTE DE MA MERE ET SŒUR ET JE LE CONNAIS BIEN »

« CONFIANCE EN LUI ET A L'AISE »

« PARCE QUE C'EST MON MEDECIN TRAITANT »

« PARCE QUE C'EST MON MEDECIN TRAITANT »

« MES PARENTS ONT CONFIANCE EN LUI, C'EST NOTRE MEDECIN DEPUIS TOUJOURS »

« JE LE CONNAISSAIS BIEN, JE SUIS TRAITEE PAR LUI DEPUIS TOUTE PETITE, J'AI CONFIANCE (MEDECIN DECEDE ET DONC CHANGEMENT IL Y A MOINS D'UN AN) »

« JE N'AI PAS REELEMMENT CHOISI CE MEDECIN, C'EST MON MEDECIN GENERALISTE, IL PRESCRIT LA PILULE POUR MA MERE EGALEMENT. JE LE CONNAIS DEPUIS PLUS DE 10 ANS, C'ÉTAIT LA SOLUTION DE FACILITE. »

« J'AI TOUJOURS LE MEME DEPUIS QUE J'AI ENVIRON 3 ANS ET CELUI-CI ME CONVIENT PARFAITEMENT. IL EST TRES COMPETENT ET TRES SYMPA. C'EST LE MEDECIN DE TOUTE LA FAMILLE ELLE NOUS CONNAIT PARFAITEMENT ET J'AI TOTALEMENT CONFIANCE EN ELLE. »

« CAR C'EST MON MEDECIN TRAITANT DEPUIS MES 5 ANS »

« CAR C'ÉTAIT MON MEDECIN TRAITANT QUE JE VAIS CONSULTER DEPUIS LONGTEMPS, QUE JE ME SENS PLUTÔT A L'AISE AVEC ELLE ET DONC JE LUI FAIT CONFIANCE. JE PENSE QU'ELLE A SU DANS TOUTES CIRCONSTANCES NE PAS ME METTRE MAL A L'AISE. »

« PARCE QUE C'EST MON MEDECIN GENERALISTE HABITUEL »

« PARCE QUE JE LA CONNAIS DEPUIS QUE JE SUIS TOUTE PETITE, JE LUI FAIS CONFIANCE; JE PENSE QUE J'AURAI PU EN VOIR UN AUTRE MAIS JE SUIS PLUS A L'AISE AVEC MON MEDECIN TRAITANT HABITUEL »

« IL ME FALLAIT UN MOYEN DE CONTRACEPTION ET PRENDRE RDV AVEC UN GYNECOLOGUE PEUT PRENDRE DU TEMPS »

« JE ME SENTAIS TOUT A FAIT A L'AISE AVEC ELLE ET JE VOULAIS QUE CA SOIT UNE FEMME »

« PARCE QUE C'EST LE MEDECIN DE LA FAMILLE DEPUIS 13 ANS ET QUE JE NE VOYAIS PAS L'INTERET DE CHANGER »

« C'EST LE SEUL MEDECIN DE MA COMMUNE QUI POUVAIT ME PRENDRE CAR L'AUTRE EST PARTI »

« JE DEVAIS FAIRE UN RAPPEL DE MES VACCINS J EN AI PROFITE POUR LUI DEMANDER DE ME PRESCRIRE LA PILULE; JE ME SENS A L'AISE AVEC LUI, IL SAIT M'ECOUTER ET ME POSER LES BONNES QUESTIONS. »

« PARCE QUE C'EST MON MEDECIN HABITUEL JE NE VOYAIS PAS L'UTILITE DE CHANGER POUR UNE PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION »

« C'EST LE SEUL MEDECIN QUE J'AI COTTOYE ET IL ME SEMBLAIT DIGNE DE CONFIANCE ET COMPETENT »

« PARCE QUE C'EST MON MEDECIN HABITUEL »

« PARCE QUE JE ME SENTAIS PLUS A L'AISE AVEC LUI ET QU'IL EST PLUS PRES DE CHEZ MOI »

« C'EST LE MEDECIN QUE J'AI DEPUIS LONGTEMPS, PUIS JE SAIS QUE JE PEUX LUI FAIRE CONFIANCE »

« C'EST MON MEDECIN, J'AI CONFIANCE EN LUI »

« C'EST MON MEDECIN TRAITANT ALORS JE LE CONNAIS BIEN; JE ME SENS PLUS A L'AISE POUR PARLER DE CA AVEC LUI QUE SI JE NE LE CONNAISSAIS PAS »

« JE LE CONNAIS DEPUIS LONGTEMPS ET JE N'AI PAS PEUR D'EN PARLER AVEC LUI »

« CAR IL ME CONNAIT ET JE SAVAIS QU'IL NE ME POSERAIT PAS DE QUESTION »

« C'EST LE MEDECIN DE FAMILLE »

« JE N'AI PAS EU LE CHOIX, C'EST MA MERE QUI A DECIDE POUR MOI, SACHANT QUE C'EST NOTRE MEDECIN HABITUEL COMME CA ELLE NOUS CONNAIT »

« PARCE QUE C'EST LE SEUL MEDECIN AVEC QUI JE POURRAIS EN PARLER »

« CAR C'EST CELUI QUE JE VOIS DEPUIS MA NAISSANCE ALORS JE LUI AI PARLE DE MON PREMIER RAPPORT SEXUEL ET IL M'A CONSEILLE DE PRENDRE LA PILULE »

« CAR JE LE CONNAIS TRES BIEN ET JE VOULAIS L'AVOIR LE PLUS VITE POSSIBLE, MON MEDECIN TRAITANT ÉTAIT LE PLUS ACCESSIBLE »

« JE NE SUIS ALLEE QU'UNE SEULE FOIS CHEZ LE GYNECOLOGUE APRES AVOIR PARLE DE CONTRACEPTION AVEC LE MEDECIN TRAITANT; IL M'A AUSSI DONNE DES CONSEILS MAIS C'EST LA MEME CHOSE (JE PENSE) »

« C'ÉTAIT UNE FEMME ET MON MEDECIN TRAITANT HABITUEL »

« C'ÉTAIT LE MEDECIN LE PLUS PROCHE DE MON DOMICILE ET LE MEDECIN DE LA FAMILLE »

« CAR C'EST CELUI QUE JE VOIS DEPUIS LONGTEMPS DONC JE NE VOYAIS PAS POURQUOI J'IRAI VOIR UN AUTRE MEDECIN ET IL POUVAIT PLUS FACILEMENT EN PARLER A MES PARENTS. JE ME SENS A L'AISE AVEC LUI ET JE SOUHAITAI PRENDRE LA PILULE DONC CA ME PARAISAIT NORMAL DE LUI DEMANDER A LUI. »

« PARCE QUE C'EST LUI QUI S'OCCUPE DE MOI. JE LE CONNAIS BIEN ET JE SUIS A L'AISE AVEC LUI »

« MA CONTRACEPTION A ÉTÉ CHOISIE PAR CE MEDECIN CAR C'EST LE MEDECIN GENERALISTE DE MA FAMILLE. »

« JE ME SENS A L'AISE AVEC LUI, CONFIANCE »

« CAR C'EST MON MEDECIN HABITUEL »

« J'AI CHOISI CE MEDECIN CAR MA SŒUR L'AVAIS PRIS COMME MEDECIN GENERALISTE; ELLE EST JEUNE ET A L'ECOUTE (REMPLOCANTE DE MON MEDECIN TRES BIEN) »

« C'EST NOTRE MEDECIN DE FAMILLE »

« CAR C'EST LUI QUI M'A TOUJOURS SUIVIE MAIS JE COMPTE CHANGER CAR JE NE L'AIME PAS POUR LE GYNECOLOGUE DE MA MERE »

« MES PARENTS ME L'ONT CHOISI QUAND J'ETAIS PETITE »

« JE SUIS A L'AISE AVEC ELLE ET C'EST PLUS SIMPLE DE DEMANDER DIRECTEMENT A SON MEDECIN »

« PARCE QUE C'EST MON MEDECIN TRAITANT DONC C'ÉTAIT PLUS SIMPLE »

« C'EST MON MEDECIN TRAITANT ET J'EN AI JAMAIS EU D'AUTRE DONC C'EST LUI QUI M'A PRESCRIT MA PILULE »

« CAR C'EST LE MEDECIN QUI ME SUIVAIT ET LE PLUS PROCHE DE CHEZ MOI »

« CAR C'EST UNE FEMME ET JE SUIS TRES A L'AISE POUR EN PARLER AVEC ELLE »

« SUIVI DE FAMILLE »

« CAR J'AI CONFIANCE EN ELLE ET QUE JE PEUX LUI PARLER SANS PROBLEME CAR ELLE EST TRES A L'ECOUTE »

« JE N'AI PAS EU TROP LE CHOIX PUISQUE J'ETAIS OBLIGEE DE PRENDRE LA PILULE POUR PROBLEME DE MIGRAINE PENDANT LES REGLES »

« PARCE QUE C'EST MON MEDECIN HABITUEL, JE SUIS A L'AISE AVEC ELLE; ELLE ME SUIT MOI AINSI QUE MA FAMILLE DEPUIS LONGTEMPS. »

« CAR BEAUCOUP DE MA FAMILLE ONT DÉJÀ CE MEDECIN ET IL ME CONNAIT DEPUIS QUE JE SUIS PETITE »

« N'IMPORTE QUI AURAIT FAIT L'AFFAIRE, J'AI PRIS CELUI QUI ÉTAIT LE PLUS PRES »

« CAR C'EST UNE FEMME ET ELLE A BONNE REPUTATION »

« PARCE QUE JE CONNAIS MON MEDECIN GENERALISTE DEPUIS LONGTEMPS ET J'AI ÉTÉ HABITUEE A ALLER CONSULTER CELUI-CI »

« CAR C'EST MON MEDECIN GENERALISTE »

« LE MEDECIN TRAITANT QUE J'AVAIS DEPUIS MA NAISSANCE EST PARTI A LA RETRAITE DONC J'EN AI CHERCHE UN AUTRE ET CHOISI UNE FEMME CAR C'EST PLUS SIMPLE DE DISCUTER AVEC. »

« J'AI CHOISI CE MEDECIN PARCE QU'IL N'Y A QU'A CELUI-CI QUE JE POUVAIS DEMANDER CELA »

« J'AI CHOISI CE MEDECIN PARCE QUE C'EST MON GENERALISTE HABITUEL »

« C'ÉTAIT MON MEDECIN GENERALISTE HABITUEL, JE N'AVAIS PAS PEUR D'ALLER LA VOIR »

« MEDECIN DE FAMILLE »

« MON MEDECIN EST TRES A L'ECOUTE, SAIT ME CONSEILLER SANS ME FORCER ET EST TRES ATTENTIF. DE PLUS JE SAIS QU'IL NE ME JUGERA PAS. »

« CAR C'EST CELUI DE MES PARENTS »

« IL EST GENTIL ET COMPREHENSIF IL EST TOUJOURS LA SI J'AI UNE QUESTION A LUI POSER »

« PARCE QUE C'EST LE MEDECIN DE MA MERE, ELLE EST SYMPA, ET JE NE VOULAIS PAS ALLER CHEZ LE GYNECOLOGUE »

« PARCE QU'ELLE ME CONNAIT DEPUIS QUE JE SUIS ENFANT »

« JE LE CONNAIS DEPUIS DE LONGUE DATE ET JE SUIS A L'AISE AVEC LUI »

« PARCE QUE JE LE CONNAIS DEPUIS 17 ANS ET J'AI CONFIANCE EN LUI »

« IL ME CONNAIT DEPUIS LONGTEMPS »

« J'AVAIS CONFIANCE EN MON MEDECIN, LE CONNAISSANT DEPUIS PLUSIEURS ANNEES. APRES AVOIR COMMENCE MA CONTRACEPTION, J'AI VOULU FAIRE UN BILAN AVEC UN (OU PLUTÔT UNE) GYNECOLOGUE MAIS BEAUCOUP PROPOSAIT PLUS D'UN AN D'ATTENTE POUR PRENDRE UN RDV. MON MEDECIN GENERALISTE S'EN OCCUPE DONC. »

### 8.12.3.2. CHOIX D'UN AUTRE MEDECIN GENERALISTE (N=5)

« INDISPONIBILITE DU MEDECIN TRAITANT, INTERNE DU MEDECIN HABITUEL, PLUS JEUNE »

« MON MEDECIN HABITUEL EST UN HOMME, AVEC SA COLLEGUE (UNE FEMME), ILS FONT EN SORTE QUE CE TYPE DE CONSULTATION SOIT AVEC "LE MEDECIN FEMME" POUR PLUS D'AISANCE. ET JE NE VAIS PAS AU GYNECOLOGUE PAR PUDEUR (...) ET MON MEDECIN ME DIT QUE JE SUIS ENCORE UN PEU JEUNE (CE QUE JE TROUVE BIZARRE) »

« JE N'AI PAS DE PUDEUR POUR PARLER DE SEXUALITE PUISQUE JE SAIS QU'ILS SONT LA POUR CELA. JE N'AI JAMAIS ÉTÉ SUIVIE PAR UN MEDECIN. JE PRENDS TOUJOURS MES RENDEZ VOUS EN URGENCE ALORS JE NE CHOISIS PAS LE MEDECIN. »

« CE MEDECIN HABITE PRES DE CHEZ MOI ET COMME IL VIENT D'ARRIVER IL N'A PAS ENCORE BEAUCOUP DE PATIENTS ET L'ATTENTE EST MOINS LONGUE. DE PLUS CE MEDECIN EST DE L'AGE DE MES PARENTS, IL PARAÎT COMPREHENSIF. CEPENDANT JE CONNAISSAIS BEAUCOUP MIEUX MON ANCIEN MEDECIN TRAITANT QUE J'AVAIS JUSQU'A MES 15 ANS ET PARFOIS JE REGRETTE D'AVOIR CHANGE DE MEDECIN POUR QUESTION DE DISTANCE ET D'ATTENTE. »

« J'AI CHOISI D'ALLER VOIR UN GYNECOLOGUE DU PLANNING FAMILIAL CAR JE PENSE QUE MON MEDECIN TRAITANT N'EST PAS APTE A ME PRESCRIRE UNE CONTRACEPTION QUI M'EST ADAPTEE. EN EFFET J'OUBLIE SOUVENT LA PILULE ET APRES AVOIR PRIS DU CERAZETTE MON MEDECIN TRAITANT M'A DIT QUE JE NE POUVAIS PAS METTRE D'IMPLANT ET J'AI DECIDEER D'ALLER VOIR UN SPECIALISTE QUI M'A MIS L'IMPLANT. »

### 8.12.3.3. CHOIX DU GYNECOLOGUE DE MA MERE (N=14)

« C'EST CELUI DE MA MERE ET ELLE EST TRES GENTILLE; JE M'ENTENDS BIEN AVEC ELLE ET JE NE VOIS PAS POURQUOI J'EN CHANGERAIS »

« C'EST LA GYNECOLOGUE DE MA MERE DONC J'ETAIS EN CONFIANCE ET JE N'AI RIEN A CACHER A MA MERE. ELLE ÉTAIT AVEC MOI LORSQUE LA GYNECOLOGUE M'A PRESCRIT LA PILULE »

« PARCE QUE MA MERE ME L'A CONSEILLEE ET QUE JE TROUVE QU'UN GYNECOLOGUE EST LE PLUS APPROPRIE PAR RAPPORT AU MEDECIN TRAITANT GENERALISTE »

« C'EST MA MERE QUI A PRIS LE RDV APRES QUE JE LUI AI DEMANDE LA PILULE. ELLE A UNE ENTIERE CONFIANCE EN SA GYNECOLOGUE. J'ETAIS AUSSI PLUS A L'AISE DE PARLER DE MA SEXUALITE A UNE FEMME SPECIALISEE DANS CE DOMAINE, QUE JE NE CONNAISSAIS PAS DÉJÀ. »

« MON GYNECOLOGUE EST LE PLUS PRES DE CHEZ MOI, C'EST LA PLUS SIMPLE RAISON »

« C'ÉTAIT PLUS SIMPLE CAR C'EST LE GYNECOLOGUE DE MA MERE. ET COMME ELLES SONT COLLEGUES J'AI FACILEMENT DES RENDEZ VOUS EN URGENCE ET MES CONSULTATIONS SONT GRATUITES »

« J'ETAIS MINEURE, C'EST MA MERE QUI A CHOISI POUR MOI. JE NE REGRETTE PAS C'EST UN BON MEDECIN »

« PARCE QU'ELLE ME SUIT EN TANT QUE PEDIATRE DEPUIS MA NAISSANCE ELLE EST AUSSI LA GYNECOLOGUE DE MA MERE »

« MA MERE M'AVAIT PRIS RDV CHEZ LE GYNECOLOGUE CAR J'AVAIS LES REGLES DOULOUREUSES ET LA PILULE REGULE LES REGLES ET PEUVENT ETRE MOINS DOULOUREUSES. PUIS C'ÉTAIT L'OCCASION POUR QUE JE LA PRENNE VU QUE J'AVAIS DES RAPPORTS SEXUELS »

« JE N'AI PAS EU A CHOISIR, MA MAMAN ME L'A CONSEILLE ET J'AI DIT OUI »

« MA MERE ME L'A PROPOSE »

« JE PENSAIS QU'UN GYNECOLOGUE ÉTAIT PLUS A MEME DE ME PRESCRIRE LA PILULE QUE MON MEDECIN TRAITANT. DE PLUS MA GYNECOLOGUE EST UNE FEMME JE ME SENS DONC PLUS A L'AISE; ET IL ME SEMBLE QUE 17 ANS EST LE BON AGE POUR COMMENCER LES EXAMENS GYNECOLOGIQUES. »

« JE N'AI PAS EU LE CHOIX »

« PARCE QUE JE TROUVE QUE C'EST LE PLUS APPROPRIE POUR LES JEUNES FILLES »

### 8.12.3.4. CHOIX D'UN GYNECOLOGUE DIFFERENT DE MA MERE (N=9)

« J'AI CHOISI CE GYNECOLOGUE EN FONCTION DU REMBOURSEMENT ET DE LA RAPIDITE DU RENDEZ VOUS (MOINS D'UN MOIS) »

« CAR UNE GYNECOLOGUE EST SPECIALISEE DANS CE DOMAINE ET PEUT ME PRESCRIRE SPECIALEMENT CE QU IL ME FAUT. QUAND JE VAIS LA VOIR CELA ME PERMET DE PARLER DE TOUS MES PROBLEMES SUR MA SEXUALITE, CONTRACEPTION. ET UNE GYNECOLOGUE A TOUT LE MATERIEL SPECIALISE. »

« J'AI CHOISI CE MEDECIN CAR MA COPINE ME L'A CONSEILLEE PUISQU'ELLE LA CONNAISSAIT DÉJÀ »

« JE SUIS ALLEE CONSULTER UN GYNECOLOGUE UN CERTAIN JOUR ET IL S'EST AVERE QUE CE MEDECIN ÉTAIT DE GARDE CE JOUR LA »

« C'EST MON MEDECIN TRAITANT QUI ME L'A CONSEILLEE ET C'EST MOI QUI AI VOULU LA VOIR »

« MON MEDECIN M'A CONSEILLE CE GYNECOLOGUE CAR J'EN CONNAISSE AUCUN A LA ROCHE »

« CAR ON ME L'A PRESCRIT »

« PAR DEFAUT ET DU FAIT QU'ELLE EST OBSTETRICIENNE: J'AVAIS BESOIN D'UNE OPERATION CHIRURGICALE »

« CAR JE VOULAIS MON MEDECIN SPECIFIQUE CAR AU DEBUT MON MEDECIN ÉTAIT UN HOMME ET AMI DE MA MERE DONC J'AI PREFERE CHANGER DE MEDECIN »

#### 8.12.3.5. CHOIX DU MEDECIN DU C.P. (N=8)

« PARCE QUE C'EST GRATUIT, ANONYME, ET LES GENS QUI TRAVAILLENT DEDANS SONT TOUS DES FEMMES CE QUI ME PERMET DE PARLER DE MA VIE SEXUELLE EN TOUTE SECURITE ET SANS COMPLEXE »

« MA MERE ME L'A CONSEILLE ET J'AI EU DES TRES BONS ECHOS DE CE CENTRE »

« J'ETAIS LOIN D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS REGULIERS. PAR ACCIDENT JE SUIS TOMBEE ENCEINTE; SUITE A UNE IVG LE CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE M'A PROPOSE LA PILULE. ENSUITE J'AI ÉTÉ VOIR UNE GYNECOLOGUE (LA MEME QUE MA MERE) POUR ME TROUVER UNE PILULE ADAPTEE. MAINTENANT C'EST MON MEDECIN GENERALISTE QUI ME PRESCRIT MES PILULES. »

« CAR ON PEUT FAIRE DES DOSSIERS ANONYMES »

« LE MEDECIN DU CENTRE DE PLANNIFICATION PERMET QUE CA SOIT ANONYME »

« CAR C'EST MA MERE QUI ME L'A PROPOSE »

« PAS D'ATTENTE POUR UN RENDEZ VOUS ET LA PILULE ÉTAIT GRATUITE TOUT COMME LE RENDEZ VOUS. J'AI PU Y ALLER SANS MES PARENTS CAR MON LYCEE EST PROCHE DE L'HOPITAL. »

« JE NE VOULAIS PAS CONSULTER UN MEDECIN GENERALISTE POUR LE COUT DE LA CONSULTATION (LA PILULE ET LA CONSULTATION ÉTAIENT GRATUITES AU PLANNING FAMILIAL) ET JE NE VOULAIS PAS QUE MA MERE M'ACCOMPAGNE CAR JE NE L'AVAIS PAS PREVENUE; MAINTENANT QUE J'EN AI PARLE A MES PARENTS JE ME SENS PLUS A MEME D'ALLER CONSULTER UN MEDECIN POUR DEMANDER UNE CONTRACEPTION »

#### 8.12.3.6. CHOIX D'UN DERMATOLOGUE (N=3)

« J'AVAIS DES PROBLEMES D'ACNE, ELLE M'A PRESCRIT UNE PILULE DIANE EFFICACE QUE JE PRENDS TOUJOURS CAR ELLE ME CONVIENT »

« A LA BASE J'Y ALLAIS POUR UN PROBLEME D'ACNE C'EST POUR CA QU'IL M'A PRESCRIT LA PILULE »

« J'AI DES PROBLEMES D'ACNE QUI NE POUVAIENT ETRE REGLES QUE PAR PRISE DE LA PILULE »

#### 8.12.4. Commentaires laissées par les adolescentes en fin de questionnaire.

« A LA BASE C'ÉTAIT SURTOUT POUR EVITER LES REGLES DOULOUREUSES, LES BOUTONS ET RALENTIR LA REPOUSSE DES POILS. »

« JE ME RETROUVE EMBETEE CAR J'UTILISE BIEN UN MOYEN DE CONTRACEPTION MAIS PAS POUR SA VALEUR CONTRACEPTIVE (JE SUIS EN COUPLE AVEC UNE FILLE DEPUIS L'AGE DE MES 15 ANS) ALORS J'ESPERE QUE JE NE VAIS PAS VOUS INDUIRE EN ERREUR. »

« MT PRESCRIT CONTRACEPTION SEULEMENT AU CAS OU JE VAIS AVOIR UN RAPPORT (NON PAS POUR ACNE...) »

« PEU DE QUESTIONS SI ON N'A PAS EU DE RAPPORT ET QU'ON N'UTILISE PAS DE CONTRACEPTION. BON COURAGE POUR TES ETUDES ! »

« J'ESPERE QUE CELA T'AIDERA »

« BON COURAGE »

« BON COURAGE POUR LIRE TOUS LES QUESTIONNAIRES »

« BON COURAGE POUR TA THESE, J'ESPERE QUE L'ON TE PORTERA CHANCE. »

« BONNE CHANCE »

« BONNE CHANCE »

« BONNE CHANCE POUR LA SUITE »

« C'EST UN BON QUESTIONNAIRE.J'ESPERE QUE MES REPNSES POURRONT VOUS AIDER POUR VOTRE THESE. BON COURAGE »

« C'EST UN QUESTIONNAIRE INTERESSANT ET JE PENSE QU'IL EST IMPORTANT D'EN PARLER. BONNE CONTINUATION ET BONNE CHANCE POUR LA SUITE. »

« JE TROUVE QUE C'EST UN TRES BON QUESTIONNAIRE, BIEN ORGANISE; JE TE SOUHAITE BONNE CHANCE »

« C'EST INTERESSANT A FAIRE »

« NON TRES BIEN; BON COURAGE »

« NON C'ÉTAIT COOL »

« NON IL EST TRES BIEN FAIT »

« SUJET INTERESSANT »

« CA ME MET MAL A L'AISE DE PARLER DE CA AVEC MON MEDECIN TRAITANT. JE PREFERE QUAND C'EST AVEC QUELQU UN QUE JE CONNAIS MOINS (PAR EXEMPLE LORSQUE C'EST SA REMPLACANTE). MA MERE M'A DIT QUE SI JE VOULAIS AVOIR UN MOYEN DE CONTRACEPTION, JE DEVAIS LUI EN PARLER ET QU'ELLE PRENDRAIT RDV CHEZ LE GYNECOLOGUE MAIS J'ATTENDS D'AVOIR UNE RELATION SERIEUSE AVEC UN GARCON POUR LUI EN PARLER. »

« CA NE ME GENE PAS DE DISCUTER MAIS JE TROUVE QUE MON MEDECIN N'EST PAS ASSEZ A L'ECOUTE »

« CERTAINES QUESTIONS SONT INDISCRETES ! »

« JE TROUVE QUE LES QUESTIONS SONT PERSONNELLES »

« C'EST UN SUJET PLUTÔT INTIME MAIS CA NE ME PARAIT PAS GENANT. JE TROUVE INTERESSANT DE SIGNALER QUE LA JEUNESSE N'EST PLUS INNOCENTE SUR LA SEXUALITE ET QU'ON FAIT PAS MAL DE "CONNERIES", QU'ON FAIT L'AMOUR COMME ON FUME DES CLOPES. JE TROUVE CA TRISTE. VOUS N'AVEZ PAS PARLE DE LA PILULE DU LENDEMAIN C'EST DOMMAGE; BONNE JOURNEE CORDIALEMENT »

« LES MEDECINS SONT TOUJOURS TRES PRESENTS AU SUJET DE LA CONTRACEPTION. JE SAIS QUE JE PEUX EN PARLER LIBREMENT ET AVOIR TOUS LES CONSEILS QUE JE VEUX. MAIS J'AI AUSSI LA CHANCE D'AVOIR DES PARENTS OUVERTS A CE SUJET ET C'EST ENCORE PLUS IMPORTANT DE PARLER DE CA AVEC EUX. »

« SANS PARLER POUR MOI MAIS POUR DES AMIES, LES CONTRACTIONS SIMPLES COMME LE PRESERVATIF DEVRAIENT ETRE PLUS SOUVENT PROPOSEES VOIRE DISTRIBUEES. LE MEDECIN GENERALISTE DEVRAIT LANCER LE SUJET DE LA SEXUALITE ARRIVE A UN AGE POUR QUE PARENTS COMME ENFANTS SE RENSEIGNENT ET SACHENT OU COMMENT POURQUOI CHERCHER DES REPONSES. »

« NE PAS POUVOIR EN PARLER, DEVOIR ME CACHER DERRIERE LE DOS DE MES PARENTS N'EST PAS TOUJOURS AGREABLE POUR MOI »

« PRECISE QU'ELLE POURRAIT VOIR SON MEDECIN GENERALISTE SEULE SI BESOIN; ET QU'ELLE A PRIS PILULE DU LENDEMAIN EN PHARMACIE AVEC UNE AMIE CAR NE VOULAIT PAS QUE SES PARENT LE SACHENT. »

« IL EST COMPLET. J'AI PU EXPRIMER LES PROBLEMES QUE J'AI EU VIS-À-VIS DE MON MEDECIN TRAITANT ET POURQUOI MAINTENANT J'AI CHOISI DE FAIRE SUIVRE MA CONTRACEPTION PAR UNE SPECIALISTE; MAIS AYANT MIS L'IMPLANT ON NE M'A PAS DIT LES EFFETS SECONDAIRES COMME LE CHANGEMENT D'HUMEUR. »

« IL PARAIT QUE L'AGE MOYEN DU PREMIER RAPPORT POUR LES FILLES EST DE 17 ANS. DANS MON ENTOURAGE LA PLUPART DES FILLES L'ONT FAIT ENTRE 15 ET 16 ANS. JE SERAIS INTERRESSEE DE SAVOIR COMMENT ON ARRIVE A UNE TELLE MOYENNE SACHANT QUE JE NE VIENS PAS D'UN MILIEU PARTICULIER, NI DEFAVORISE OU AUTRE. BONNE CONTINUATION. »

« JE TROUVE QUE LE MOYEN DE CONTRACEPTION QUI RESTE LE PLUS EFFICACE ET QUI PROTEGE DU VIH EST LE PRESERVATIF; SI PAR MALHEUR IL SE CASSE, IL Y A LA PILULE DU LENDEMAIN, JE L'AI PRISE UNE FOIS ET JE N'AI PAS EU D'EFFET SECONDAIRE. MAIS IL FAUT Y FAIRE GAF ET NE PAS Y PRENDRE HABITUDE. SINON POUR NE PAS TOMBER ENCEINTE IL FAUT SUIVRE SES REGLES ET PAS FAIRE DURANT LES JOURS D'OVULATION. »

« JE PRECISE QU'IL M'EST ARRIVE DE PRENDRE PLUSIEURS FOIS LA PILULE DU LENDEMAIN »

« LES QUESTIONS SONT UN PEU BETES SINON C'EST INTERESSANT CAR JE NE M'ETAIS JAMAIS POSEE CERTAINES QUESTIONS AVANT CE QUESTIONNAIRE »

« SI CA PEUT VOUS INTERESSER: J'AI EU DERNIEREMENT DES GROS PROBLEMES DE CONTRACEPTION DUS A UN OUBLI LUI-MÊME CAUSE PAR LE STRESS. DU COUP PRISE DE SANG, TEST DU VIH, J'AI UN COPAIN DEPUIS 3 ANS ET DEMI ET EU UNE RELATION NON PROTEGE AVEC MON MEILLEUR AMI. DONC GROS STRESS. J'AI DONC UNE NOUVELLE FOIS OUBLIE MA PILULE, J'AI DU PRENDRE LA PILULE DU LENDEMAIN DANS LA JOURNEE, ET MA PILULE DU JOUR CE QUI FAIT 5 PILULES EN UN JOUR. MAL DE BIDE. VOILA C'EST MA VIE SEXUELLE MAIS APPAREMMENT CA VOUS INTERESSE. »

« UTILISATION PILULE DU LENDEMAIN »

« J'AI COMPRIS CHAQUE QUESTION, TON QUESTIONNAIRE EST CLAIR. LE DERNIER TABLEAU EST SELON MOI UN PEU CONFUS. »

« JE N'AI PAS TOUT COMPRIS LE TABLEAU »

« MAL CONCU »

« QUELQUES DIFFICULTES A LE COMPRENDRE MAL CONCU »

« QUESTIONNAIRE INTERESSANT MAIS PAS TRES BIEN ORGANISE »

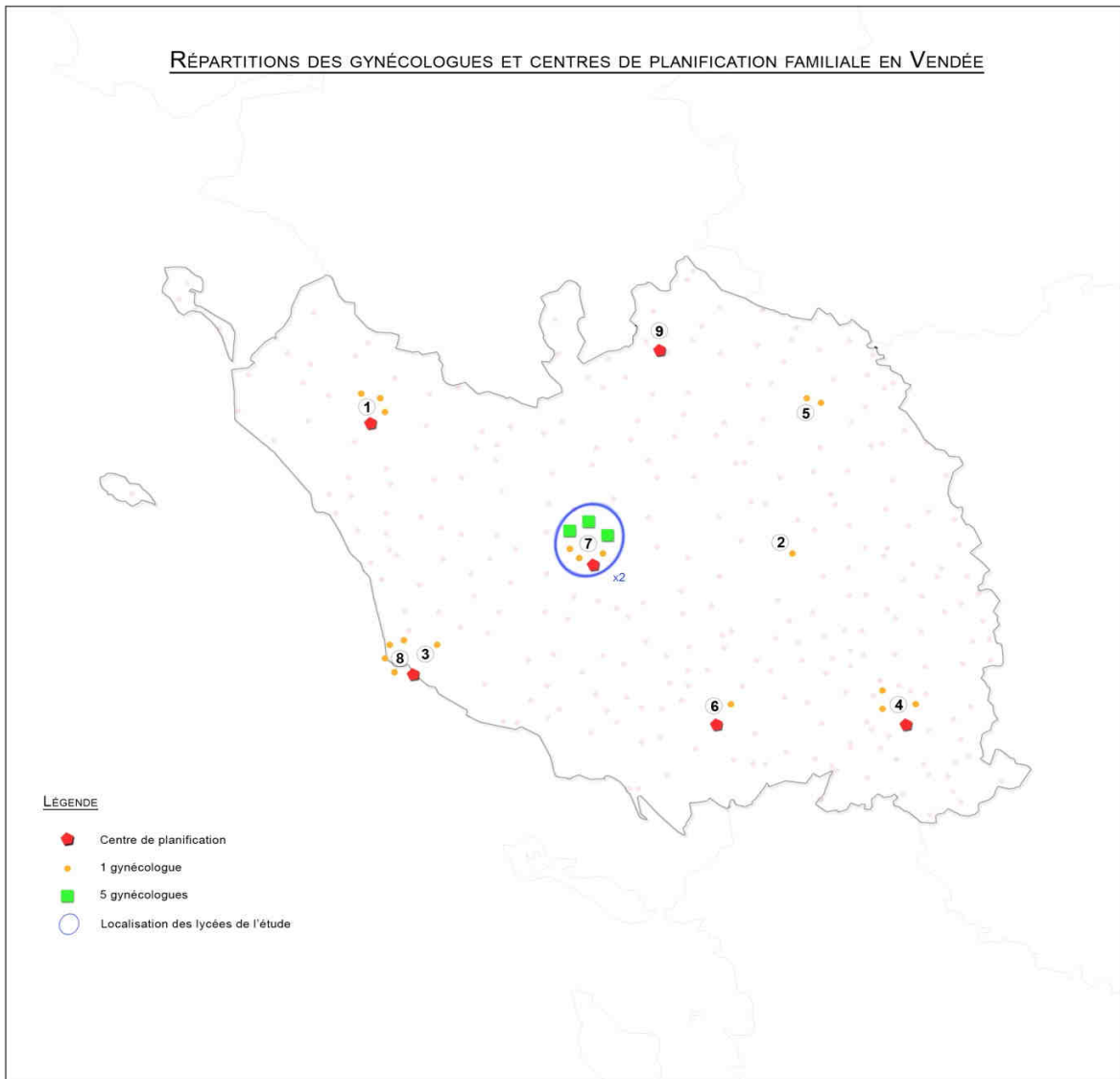
« JE N'AI PAS TOUT COMPRIS L'ORGANISATION DE TON QUESTIONNAIRE MALGRE QU'IL SOIT INTERESSANT »

« JE N'AI PAS ASSEZ CONFIANCE EN MON MEDECIN TRAITANT POUR LUI DEMANDER, POURQUOI FAIRE UN TEST SUR UN TEL SUJET; DE PLUS IL N'EST PAS FACILE DE PARLER DE CA COMME CA. »

« A DEMENAGE DEPUIS PEU ET A CHANGE DE MEDECIN RECOMMMENT (MEDECIN TRAITANT AUJOURD'HUI DIFFERENT DU MEDECIN TRAITANT QUI LUI A PRESCRIT SA PILULE) »

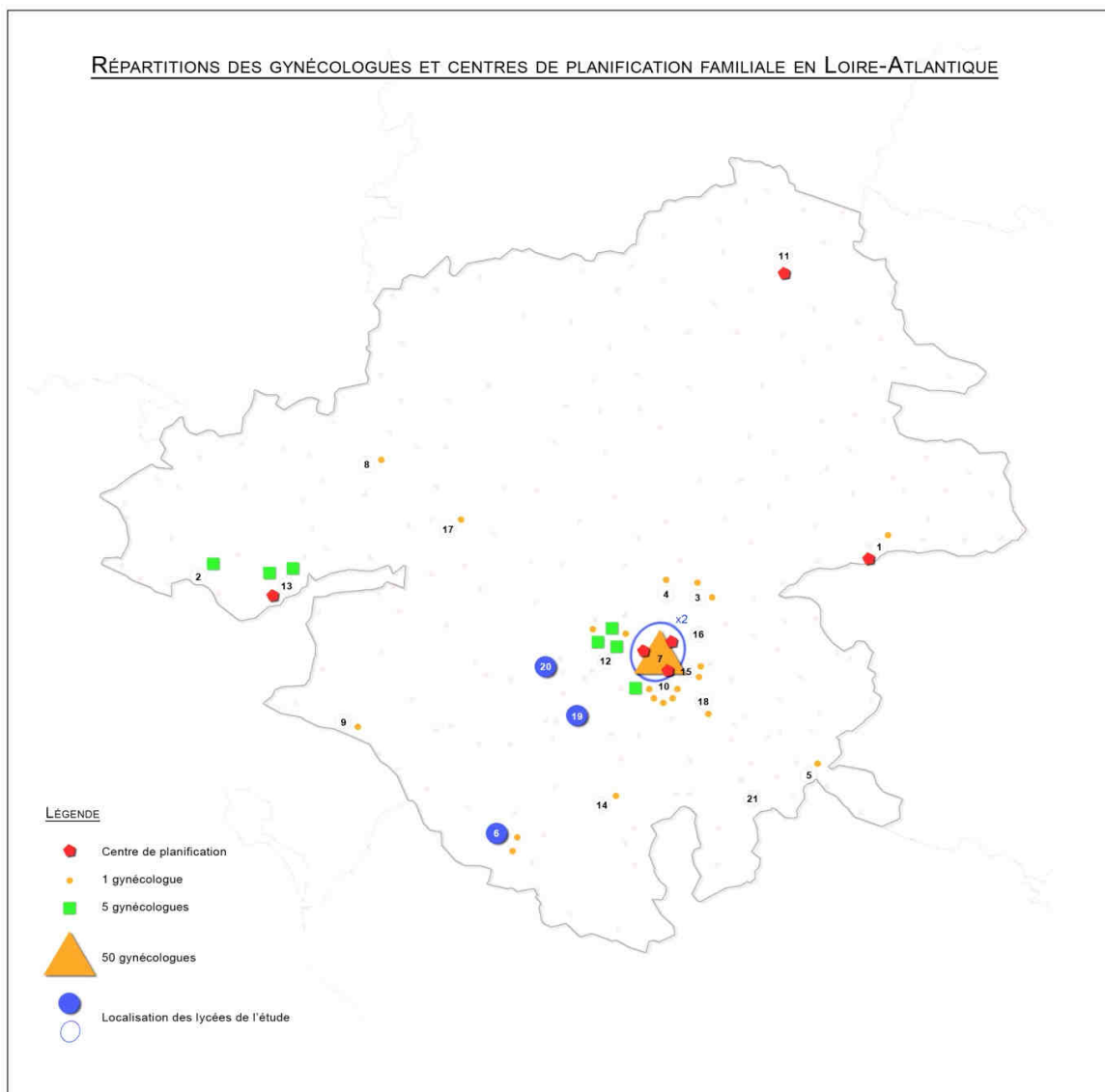
« J'AI PRIS MA CONTRACEPTION AVEC MON ANCIEN MEDECIN GENERALISTE, MAIS SUITE A UN DEMENAGEMENT, J'AI CHANGE DE MEDECIN GENERALISTE QUI EST UNE FEMME (VOIR AU DOS) ET QUE JE N'AI VU QU'UNE SEULE FOIS. »

8.13. ANNEXE 13 : CARTE DES GYNECOLOGUES ET CENTRES DE PLANIFICATION EN VENDEE ET LOIRE ATLANTIQUE.



|   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Challans          |
| 2 | Chantonay         |
| 3 | Château-d'Olonne  |
| 4 | Fontenay-le-Comte |
| 5 | Herbiers          |
| 6 | Luçon             |
| 7 | Roche-sur-Yon     |
| 8 | Sables-d'Olonne   |
| 9 | Montaigu          |

## RÉPARTITIONS DES GYNÉCOLOGUES ET CENTRES DE PLANIFICATION FAMILIALE EN LOIRE-ATLANTIQUE



|    |                              |
|----|------------------------------|
| 1  | Ancenis                      |
| 2  | Baule-Escoublac              |
| 3  | Carquefou                    |
| 4  | Chapelle-sur-Erdre           |
| 5  | Clisson                      |
| 6  | Machecoul                    |
| 7  | Nantes                       |
| 8  | Pontchâteau                  |
| 9  | Pornic                       |
| 10 | Rezé                         |
| 11 | Châteaubriant                |
| 12 | Saint-Herblain               |
| 13 | Saint-Nazaire                |
| 14 | Saint-Philbert-de-Grand-Lieu |
| 15 | Saint-Sébastien-sur-Loire    |
| 16 | Sainte-Luce-sur-Loire        |
| 17 | Savenay                      |
| 18 | Vertou                       |
| 19 | Bouaye                       |
| 20 | Le Pellerin                  |
| 21 | Remouillé                    |



SPECIALITE DU PRESCRIPTEUR DE LA PREMIERE CONTRACEPTION DE LYCEENNES DE LOIRE-ATLANTIQUE/ VENDEE. DESCRIPTION DES PRINCIPAUX DETERMINANTS AYANT INFLUENCE LE CHOIX DE CE PRESCRIPTEUR.

---

## RESUME

**Contexte :** La prévention des grossesses non désirées et des I.V.G., notamment chez les mineures dont les conséquences ne sont pas négligeables, passe par la prescription d'une contraception efficace adaptée à chaque patiente. Cette prescription est le fruit d'une consultation complexe, notamment à l'adolescence, qui nécessite de la part du prescripteur une réflexion selon un modèle holistique. Le M.T. de par sa place privilégiée au sein de la vie de sa patiente, a un avantage non négligeable pour gérer ce type de consultation. Or, selon la littérature, il n'est pas le premier médecin consulté pour cette prescription.

**Méthode :** Nous avons interrogé par questionnaires des lycéennes de Loire-Atlantique/Vendée sur le médecin prescripteur de leur première contraception et sur les déterminants susceptibles d'avoir influencé le choix de ce prescripteur. Celles n'ayant pas de contraception ont été interrogées sur les freins possibles à son obtention.

**Résultats :** C'est un médecin généraliste dans 69% des cas, un gynécologue dans 21% des cas et le médecin du centre de planification dans 7% des cas. Les principaux déterminants ayant influencé le choix de ces adolescentes sont : leur mère ; leur M.T. (la relation de confiance établie avec lui, le fait de se sentir à l'aise avec lui, ainsi que la connaissance de ses compétences); l'offre de soins et notamment la disponibilité du médecin prescripteur. Les principaux freins à l'obtention d'une contraception semblent être un manque d'information sur la double contraception et sur le caractère non obligatoire de l'examen gynécologique, ainsi que des difficultés de communication parents/adolescentes et médecins/adolescentes.

**Conclusion :** La prévention des grossesses non désirées chez l'adolescente réside autour d'une communication adaptée entre M.T., parents et adolescents. Les messages principaux à délivrer sont la nécessité d'une double contraception, l'absence d'obligation d'examen gynécologique pour la délivrance d'une contraception et l'importance de l'échange dans le respect des sensibilités de chacun.

---

## MOTS-CLES

Contraception, adolescence, médecine générale, prévention, I.V.G, communication, mère.