

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015-2016

N° 006

THESE

Pour le

DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de médecine générale)

Par

Julie BOUCHER

Née le 16/01/1986 au Blanc Mesnil

Présentée et soutenue publiquement le 11 janvier 2016

**LES CONNAISSANCES DES ADOLESCENTES EN MATIERE DE
CONTRACEPTION LES METTENT-ELLES A RISQUE D'UNE GROSSESSE
NON PREVUE ?**

Président du jury : Monsieur le Professeur LOPES

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur LAUNAY

REMERCIEMENTS

A Monsieur le professeur Patrice LOPES.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le professeur Stéphane PLOTEAU.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le professeur Rémy SENAND.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean LAUNAY, directeur de thèse et ancien maître de stage.

Merci d'avoir accepté de travailler avec moi sur ce sujet et merci pour tout ce que tu m'a appris lors de mon stage au sein de ton cabinet.

Merci pour ta patience et ton aide lors de la rédaction de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Bernard BRANGER

Pour votre aide à l'exploitation des données, de l'installation du logiciel pour la saisie à l'analyse, et votre patience lors de mes multiples difficultés.

Aux quatre établissements scolaires de Loire-atlantique d'avoir participé à cette étude.

A mes anciens maîtres de stage pour leur enseignement.

A l'équipe de mes anciens stages hospitaliers pour leur accueil et la formation qu'ils m'ont apporté.

A mes parents pour leur soutien depuis le début de ce long chemin universitaire. Je suis heureuse d'atteindre cette étape à vos côtés.

A ma sœur pour ce qu'elle est tout simplement.

A mon conjoint Adrien, tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'élever dans les épreuves.

A mon fils Louis, qui me comble de bonheur chaque jour.

A Alice et Anna , mes amies de Caen, pour votre amitié depuis de nombreuses années.

A Pauline, Cathelle, Marie, Alexis, François (autrement appelés le groupe des Luçonnais) et leur conjoint, pour tous ces bons moments passés avec vous et j'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

Abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ATCD : Antécédent

COP : Contraception œstroprogestative

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DIU : Dispositif intra-utérin

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EICCF : Établissement d'information, de consultation et de conseil familial

HAS : Haute autorité de santé

HCPF : Haut conseil de la population et de la famille

IMC : Indice de masse corporelle

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

Table des matières

Introduction.....	8
Première partie :	10
La contraception.....	10
I La contraception en France.....	10
A Historique	10
B. Les différents moyens de contraception disponibles en France.....	12
1. Les contraceptions hormonales (Liste des pilules disponibles en France en annexe 1).....	12
2. Contraception non hormonale.....	20
3. Comparaison des risques thrombo-emboliques des contraceptifs hormonaux.....	21
C. Efficacité des différents moyens contraceptifs.....	22
D. L'oubli de pilule.....	23
E . La contraception d'urgence.....	27
F. Pratique contraceptive en France.....	28
II La contraception chez l'adolescente.....	31
A. Modalités et recommandations de prescription.....	31
1. La consultation.....	31
2. Les moyens de contraception utilisables chez l'adolescente	33
B. Accès des adolescentes à la contraception.....	34
C. Couverture contraceptive chez les adolescentes en France et dans le monde.....	36
D. Les freins à la contraception en France.....	37
III. L'IVG en France.....	39
A. Les chiffres de l'IVG en France dans la population générale.....	39
B. L'IVG chez les adolescentes en France et dans le monde.....	40
C. La législation française et la prise en charge.....	43
D. Déroulement d'une IVG : étapes et méthodes.....	44
1. La consultation initiale.....	44
2. L'IVG médicamenteuse	45
3. L'IVG chirurgicale.....	46
4. Les complications.....	47
Deuxième partie :	48
L'étude	48

I. L'objectif de l'étude.....	48
II. Population et méthodes	49
A. La population.....	49
B. Lieu de l'étude.....	49
C. Période de diffusion.....	50
D. Le questionnaire.....	50
E. Déroulement de l'étude.....	50
F. Méthodes statistiques.....	51
III. Les résultats.....	51
A. Analyse descriptive dans sa généralité.....	51
1. Nombre de questionnaires exploitables.....	51
2. Profil des adolescentes.....	52
a. Age des adolescentes.....	52
b. Commune de résidence.....	52
c. Catégories socio-professionnelles des parents.....	53
d. La scolarité des adolescentes.....	53
e. Participation à une séance d'éducation sexuelle.....	55
3. La sexualité des adolescentes.....	55
a. Age du premier rapport	55
b. Utilisation du préservatif.....	56
c. Interruption volontaire de grossesse.....	56
4. Pratique contraceptive des adolescentes.....	57
a. Contraception utilisée par les adolescentes.....	57
b. Prescription de la contraception.....	58
c. Information sur la contraception.....	59
d. Les raisons d'une absence de contraception.....	60
e. Connaissances sur la contraception.....	62
5. Les adolescentes à risque	74
B. Analyse des deux populations à risque.....	75
1. Adolescentes sexuellement actives ne prenant pas de contraception.....	75
a. Profil de cette population.....	76
b. Les raisons d'une absence de contraception.....	77

c. Connaissances sur la contraception d'urgence.....	79
d. Utilisation du préservatif	82
2. Adolescentes sexuellement actives prenant une contraception	83
a. Profil de cette population	83
b. Contraception utilisée par cette population	85
c. Critères à risque de grossesses non désirées.....	86
d. Utilisation de la pilule.....	86
e. Gestion de l'oubli de pilule.....	89
f. Connaissances sur la contraception d'urgence.....	91
g. Utilisation du préservatif	94
IV. Discussion.....	96
V. Conclusion.....	110
Annexes.....	112
Bibliographie.....	121

Introduction

En 1967, la loi Neuwirth marque l'avènement de la contraception en France en autorisant l'importation et la fabrication des contraceptifs. Elle reconnaît également la nécessité de lieux dédiés à la contraception tels que les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF). Il faudra attendre 1973 pour voir les premières autorisations de mise sur le marché (AMM) apparaître et les premiers centres agréés.

En 1974, les premiers remboursements des pilules contraceptives apparaissent et l'accès des mineurs à la contraception devient possible sans autorisation parentale et gratuitement dans les CPEF.

En 1975, la loi Veil légalise l'avortement en France.

En France, la couverture contraceptive est une des plus élevées au monde avec 90,2 % des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives. Pourtant 1 grossesse sur 3 n'est pas programmée et parmi celles-ci 2 sur 3 interviennent alors que le couple utilisait une méthode contraceptive.

En s'intéressant plus particulièrement aux jeunes filles de 15 à 19 ans sexuellement actives, leur couverture contraceptive ne montre pas d'écart significatif avec les jeunes femmes majeures avec une couverture de 91,2 %.

Malgré une couverture contraceptive satisfaisante en France, il reste encore un nombre élevé de grossesses non programmées. Les chiffres de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) montrent une évolution du taux annuel d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) depuis 1976 chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. En effet en 1976 ce taux était de 19,6‰ soit 246 000 IVG puis ce taux s'est abaissé en 1990 à 14,8‰ puis à 14,2‰ en 2000 pour de nouveau augmenter à 14,9‰ en 2006. Ce taux est aujourd'hui relativement stable à 14,5‰ soit un nombre d'IVG à 207120 en 2012.

Chez les 15-19 ans, le nombre d'IVG a augmenté de 35 % entre 1990 et 2006 puis s'est stabilisé à environ 29 000 IVG par an en 2010 pour ensuite baisser à 26000 en 2012 et 2013.

Ces dernières années, de nombreuses mesures ont été prises afin d'agir sur le taux d'IVG pour les jeunes filles mineures :

- En 1974 , l'accès à la contraception devient gratuit et confidentiel dans les CPEF
- En juillet 2001 : mise en place de 3 séances annuelles d'éducation à la vie affective et sexuelle pour chaque tranche d'âge scolaire
- En 2002, l'accès à la contraception d'urgence est gratuit pour les mineures en pharmacie et par l'infirmière scolaire
- En 2012, le renouvellement d'une contraception orale par l'infirmière scolaire ou le pharmacien est autorisé si l'ordonnance date de moins d'un an
- Mise en place du PASS contraception dans plusieurs régions de France permettant un accès gratuit à la contraception
- Enfin en avril 2013, la gratuité est assurée à la pharmacie pour les contraceptifs remboursables avec confidentialité vis-à-vis des parents.

Au delà d'une dimension purement socio-démographique, il ne faut pas oublier que l'adolescence est une période charnière dans la vie d'une jeune femme et qu'une IVG peut avoir des conséquences sur les plans familiaux, sociaux et psychologiques.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les pratiques des adolescentes en matière de sexualité et de contraception et faire un constat de leurs connaissances. Il sera distingué en particulier deux catégories d'adolescentes :

- sexuellement actives et utilisatrices d'une contraception afin de comprendre sur quels points certaines peuvent être en échec de contraception.
- sexuellement actives et sans contraception par conséquent à risque important de grossesse non désirée afin de comprendre pour quelles raisons elles n'ont pas de contraceptifs.

L'objectif secondaire est de comprendre les facteurs pouvant prévenir le risque de grossesse non programmée chez les adolescentes et de proposer des actions en matière d'éducation sexuelle et de prévention.

Première partie :

La contraception

I La contraception en France

A Historique

La limitation des naissances et la pratique de la contraception sont présentes depuis l'antiquité démontrant la volonté d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle.

Cette volonté fut contrebalancée entre la foi et la tradition représentée d'un côté par les religions et leurs raisons et de l'autre côté le désir de changement. L'histoire de la contraception est une illustration de cette ambivalence.

Dans le monde antique, principalement méditerranéen, les prémices de la contraception font leur apparition.

Un texte grec nommé « la gynécologie de Soranes d'Ephèse » envisage la contraception uniquement si la femme est trop jeune ou si une grossesse risque de la mettre en danger. Les différents moyens proposés étaient le retrait partiel, des mouvements visant à expulser la semence (éternuement, se lever ou marcher après l'acte) et des produits introduits sous forme de suppositoires ou par pessaires. Ces derniers désignaient un morceau de laine imprégné de multiples substances ayant pour but d'obstruer le col utérin empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes.

En cas de nécessité d'avortement, il était conseillé de sauter ou de faire des mouvements brusques ou des bains de siège. Mais la principale méthode d'avortement précoce était la saignée (1).

Des techniques mécaniques locales utilisées dans l'antiquité ont été décrites :

- Les premiers préservatifs masculins étaient à base de vessie de chèvre ou de cæcum de bouc
- Les pessaires comme décrits précédemment
- Le premier dispositif intra-utérin (DIU) a été décrit il y a 5000 ans en Égypte.

Dans beaucoup de civilisations, l'infanticide et l'abandon sont pratiqués.(2)

Avec l'ère chrétienne, les méthodes de contraception sont condamnées.

En 1655, un ouvrage libertin appelé « L'école des filles » décrivait deux principales méthodes de contraception :

- Le retrait
- Coiffer l'organe masculin d'un petit linge, un précurseur du préservatif.

Celui-ci a été mentionné pour la première fois en 1700 en Angleterre. A base de boyaux de mouton ou de vessie de poissons, il était principalement utilisé à cette époque dans le milieu de la prostitution.

Un autre ouvrage libertin de 1740 décrit une autre « innovation contraceptive », l'éponge vaginale qui était imbibée d'eau de vie.(1)

En France, depuis le XIXe siècle, la législation relative au contrôle des naissances a connu de multiples rebondissements.

En 1810, l'avortement est un acte criminel sous le code pénal napoléonien.

En juillet 1920, la loi condamne toute publicité ou information sur la contraception ainsi que la diffusion de moyens contraceptifs. Ces peines seront aggravées par la loi de 1939.

C'est en 1941 que l'avortement devient crime d'État.

Dans la deuxième moitié du XXe siècle, la contraception va connaître un tournant dans l'histoire.

En 1967, la loi Neuwirth autorise la fabrication et l'importation de moyens contraceptifs, l'ouverture de CPEF. La prescription de contraceptifs doit être médicale et les mineures doivent avoir l'autorisation d'un de leurs parents.

C'est en 1974 que les mineures désirant garder le secret auprès de l'autorité parentale pourront bénéficier de la gratuité des produits dans les CPEF. L'anonymat complet sera permis avec le décret de mai 1975.

La deuxième grande avancée du XXe siècle aura lieu le 17 janvier 1975 avec la loi Veil relative à l'IVG. Celle-ci est autorisée, effectuée par un médecin et jusqu'à 10 semaines de grossesse sur une femme en situation de détresse. Pour les mineures, le consentement d'un des parents est nécessaire.

L'article 317 réprimant l'avortement est définitivement aboli en 1979.

Toujours en 1979, les mineures peuvent avoir recours à la décision du juge des enfants pour pallier

à l'absence de l'autorité parentale. Des enseignements sur la contraception sont donnés aux médecins et aux professionnels paramédicaux.

L'avortement est remboursé par la loi de décembre 1982.

En 1991, la publicité sur les préservatifs masculins est autorisée.

Par la loi de décembre 2000, la contraception d'urgence peut être délivrée sans prescription médicale, gratuitement pour les mineures et par les infirmières scolaires.

La loi du 4 juillet 2001 autorise l'IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse au lieu de 10. La prise en charge est anonyme et gratuite pour les mineures, l'autorisation parentale n'est plus obligatoire mais elles doivent être accompagnées par une personne majeure de leur choix. La stérilisation à visée contraceptive est autorisée. L'information et l'éducation à la sexualité sont dispensées 3 fois par an dans les collèges et lycées.

En octobre 2005, les sages femmes sont autorisées à prescrire la contraception hormonale (dans les suites de couches ou d'IVG) et la contraception d'urgence.

La loi « HPST » ou « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » du 21 juillet 2009 autorise les sages-femmes à réaliser des IVG médicamenteuses, de prescrire des examens biologiques, de poser des DIU, de prescrire une contraception hormonale sauf cas particulier ou situation pathologique nécessitant l'intervention d'un médecin. Les pharmaciens et les infirmiers scolaires sont autorisés à délivrer pour 6 mois une contraception hormonale si la prescription médicale date de moins d'un an.

(2)

Enfin la loi d'octobre 2012, appliquée en 2013, prend en charge à 100 % l'IVG chez les mineures et autorise la gratuité de certains moyens contraceptifs.

B. Les différents moyens de contraception disponibles en France

Les moyens de contraception peuvent être divisés en deux groupes : les contraceptions hormonales et les contraceptions non hormonales.

1. Les contraceptions hormonales (Liste des pilules disponibles en France en annexe 1)

a. Les contraceptions œstroprogestatives (COP)

Elles comprennent les pilules, le patch et l'anneau vaginal. Leur mode d'action est identique quelle que soit la voie d'administration : inhibition de l'ovulation au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire, modification de la glaire cervicale empêchant le passage des spermatozoïdes et modification de l'endomètre empêchant la nidation.

Les contre-indications sont également les mêmes :

- Antécédent personnel ou familial de thrombose veineuse avec ou sans facteur déclenchant
- Antécédent de thrombose artérielle
- Facteurs de risques tels que des troubles du rythme emboligènes, valvulopathies, diabète avec complications micro ou macro-angiopathiques, hypertension artérielle, dyslipoprotéïnémie sévère
- Prédisposition héréditaire ou acquise de thrombose veineuse ou artérielle (résistance à la protéine C activée, déficit en antithrombine III, en protéine C, S ou syndrome des antiphospholipides)
- Pathologie oculaire d'origine vasculaire
- Antécédent de migraine avec aura
- Épilepsie répétée
- Chirurgie planifiée ou période d'immobilisation
- Connectivite
- Antécédent de cancer du sein, de l'endomètre, tumeur hépatique ou hypophysaire
- Association de plusieurs facteurs de risque (âge > 35ans, diabète, tabagisme, migraine, dyslipidémie, surpoids)
- Tabagisme actif à un âge > 35 ans(3)
- suspicion de grossesse : il est impératif d'éliminer une grossesse avant toute prescription d'un contraceptif

Les effets secondaires sont également communs aux 3 formes de contraception œstroprogestative :

- le principal et le plus grave est le risque thrombo-embolique. D'où l'importance de rechercher des facteurs de risques à l'interrogatoire. Ce risque est maximal les 12 premiers mois de prise. (3)

Le risque de pathologie thrombo-embolique est variable selon le progestatif utilisé et son pouvoir androgénique (défini par la génération du progestatif). La dose d'estrogène utilisée n'est pas significative dans le lien avec le risque thrombo-embolique. (4)

L'impact des œstrogènes sur le foie est responsable de modifications sur la coagulation notamment une augmentation de certains facteurs de coagulation et une diminution d'inhibiteur de la coagulation tels que la protéine S et une résistance à la protéine C activée. Les progestatifs vont avoir un effet sur la biodisponibilité de l'éthinylestradiol et ainsi moduler l'effet pro-thrombotique de celui-ci. Les progestatifs récents dits de 3^e et 4^e générations vont entraîner une augmentation de cet effet pro-thrombotique et notamment sur la résistance à la protéine C activée. (5)

Nous reviendrons sur le risque thrombo-embolique des différents moyens de contraception dans la suite de cet exposé.

- Risque de cancer : de multiples études sont contradictoires concernant le risque de cancer du sein et la prise d'une COP. Il semble y avoir une augmentation du risque relatif de 1,07 pour les femmes ayant pris la pilule et 1,24 pour celles en cours d'utilisation. Pour le cancer du col utérin, il semble y avoir une légère augmentation du risque. Il en est de même pour les cancers hépatiques.

- Modification de l'équilibre glucido-lipidique : l'éthinylestradiol va avoir tendance à augmenter le taux de triglycérides et du HDL-cholestérol et à diminuer le taux de LDL-cholestérol. Les progestatifs vont avoir un effet inverse. Les glycémies vont avoir tendance à augmenter secondairement à l'insulinorésistance. Un bilan glucido-lipidique est nécessaire à 3 mois du début de la contraception (6).

- D'autres effets secondaires bénins sont à noter et variable de façon individuelle : baisse de la libido, céphalées, mastodynies, troubles digestifs (nausées, vomissements) et les perturbations du cycle (spottings, métrorragie...). Ces effets secondaires sont souvent passagers.(7)

Le lien entre prise de poids et COP n'a jamais été démontré. Il est bien connu que la peur d'une prise de poids peut entraîner une limitation de l'utilisation de la pilule pour certaines jeunes femmes. La revue Cochrane a publié une étude comparant plusieurs essais sur le lien entre prise de poids et COP. Les différents essais devaient comprendre 3 cycles de traitement et comparer un contraceptif estroprogestatif combiné à un placebo ou à un autre contraceptif combiné. Au total 49 essais ont été inclus. La comparaison d'un contraceptif estroprogestatif combiné à un placebo a été retrouvée dans 4 essais. Ces 4 essais n'ont pas retrouvé de lien de causalité entre contraceptif estroprogestatif et variation pondérale. Il en est de même pour les essais comparant deux contraceptifs estroprogestatifs combinés différents où aucune variation importante du poids n'a été constatée.

Malgré l'absence de lien mis en évidence, les preuves sont insuffisantes et d'autres études sont nécessaires.(8)

Les bénéfices non contraceptifs apportés par la COP sont une amélioration des dysménorrhées et du syndrome prémenstruel, l'amélioration de l'acné, la diminution de l'abondance des règles, la régularisation de cycle dit « anarchique », l'augmentation de la densité minérale osseuse et un effet protecteur sur le cancer de l'ovaire, de l'endomètre et le cancer colo-rectal.(6)

* Les pilules œstroprogestatives :

Elles sont divisées en plusieurs groupes selon l'estrogène utilisé mais surtout le progestatif. La grande difficulté est de définir des groupes n'entraînant pas de confusion auprès des professionnels de santé lors de la prescription de ces contraceptifs. Cette confusion intervient notamment pour les pilules de 3^e et 4^e génération et leur risque thrombo-embolique potentiel. La génération est défini par le progestatif utilisé dans la combinaison avec l'estrogène, l'éthinylestradiol et traduit le pouvoir androgénique de la pilule. Pour chaque pilule, le dosage d'éthinylestradiol peut être variable. Le progestatif associé à l'éthinylestradiol peut être soit dérivé de la testostérone (dits norstéroïdiens) ou dérivé de la progestérone (dits non norstéroïdiens) avec un pouvoir androgénique différent.

Pour d'autres pilules, l'estrogène utilisé n'est pas l'éthinylestradiol mais le valérate d'estradiol.

Il est donc possible de diviser les pilules œstroprogestatives de la façon suivante :

* Celles contenant de l'éthinylestradiol :

- les pilules de 1^{ère} génération : pilule remboursable contenant comme progestatif le norethistérone . L'estradiol est à 35 µg. Ces pilules sont peu utilisées aujourd'hui.
- les pilules de 2^e génération : pilules remboursables. Elles peuvent contenir deux types de progestatifs, le lévonorgestrel ou le norgestrel (dérivé de la testostérone).
- les pilules de 3^e génération : pilules non remboursables. Les progestatifs utilisés sont le désogestrel, le gestodène (dérivé de la testostérone).
- Les autres pilules dites de 4^e génération sont réalisées avec des progestatifs dérivés de la progestérone : l'acétate de cyprotérone, l'acétate de chlormadinone, la drospirénone. Ces pilules ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale.(3) (9)

* Celles contenant du valérate d'estradiol ou de l'estradiol :

- Qlaira® : association de valérate d'estradiol et du dienogest un progestatif dérivé de la testostérone
- Zoely® : association d'estradiol et d'acétate de nomegestrel un progestatif dérivé de la

progestérone.(3) (9)

Les pilules œstroprogestatives peuvent être monophasiques c'est à dire avec un dosage fixe d'estradiol, biphasique ou triphasique.

La plaquette doit être débutée le premier jour des règles pour être efficace immédiatement, soit plus tardivement dans le cycle (méthode du « Quick start) mais dans ce cas l'efficacité est différée de 7 jours et justifie l'utilisation d'une autre méthode contraceptive lors de cette période (le préservatif principalement). Chaque plaquette contient 21 comprimés ou 28 comprimés avec dans ce cas 7 comprimés inactifs. Le comprimé doit être pris à heure fixe tous les jours avec une période d'arrêt de 7 jours pour les plaquettes à 21 comprimés soit en continu pour les plaquettes à 28 comprimés.
(7)

Le risque thrombo-embolique varie selon les différentes générations. En effet pour une femme en bonne santé et sans facteurs de risque, ce risque est de 0,02 % par an avec une pilule de 2^e génération. Ce risque passe à 0,04 % avec une pilule de 3^e génération.

Les pilules de 3^e génération présentent un sur-risque de thrombo-embolique par rapport aux pilules de 1^{ère} et 2^e génération contenant moins de 50 µg d'estradiol.

**[Le patch transdermique](#) : Evra®*

Il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale. Il est utilisé pendant 3 semaines avec un changement de patch hebdomadaire. Au bout de 3 semaines, le patch n'est pas utilisé pendant 7 jours afin de laisser la place à l'hémorragie de privation.

Il délivre quotidiennement 203 µg de norelgestromine et 34 µg d'éthinylestradiol.

Son efficacité est diminuée en cas de poids > 90 kg. (3)

**[L'anneau vaginal](#) : Nuvaring®*

Il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale. Il est placé dans le vagin pendant 3 semaines consécutives puis retiré pendant 1 semaine pour faire place aux règles.

Il délivre quotidiennement 120 µg d'étonogestrel et 15 µg d'éthinylestradiol.(3)

b.les contraceptions progestatives :

Elles comprennent les pilules, l'implant, le DIU et les formes injectables.

*** Les pilules microprogestatives :**

Il en existe deux types :

- Désogestrel 0,075 mg : il en existe deux, Cerazette® non remboursée par la Sécurité sociale et Optimizette® récemment commercialisée et remboursée. Elles augmentent la viscosité de la glaire cervicale et inhibent l'ovulation.
- Levonorgestrel 0,030 mg ou Microval® : elle est remboursée par la Sécurité sociale. Elle augmente la viscosité de la glaire cervicale empêchant le passage des spermatozoïdes. Il faut être vigilant avec cette pilule concernant son délai au delà duquel il existe un risque de grossesse en cas d'oubli. Celui-ci est de 3h (par rapport aux autres pilules OP et aux pilules microprogestatives à base de désogestrel qui est de 12h).

Elles doivent être prises tous les jours sans interruption pendant 28 jours et à heure fixe.(3)

Les contre-indications sont les suivantes :

- hypersensibilité aux produits
- Accident thrombo-embolique veineux évolutif
- Antécédent d'affection hépatique sévère
- Tumeur maligne sensible aux stéroïdes sexuels
- Hémorragie génitale
- Cancer de l'endomètre et du sein
- Insuffisance hépatique
- Suspicion de grossesse

Concernant **les effets secondaires**, il n'existe pas de risque thrombo-embolique avec les pilules microprogestatives.

Les principaux effets secondaires sont une irrégularité menstruelle voire une aménorrhée, des métrorragies, la survenue de kystes fonctionnels de l'ovaire, des mastodynies et une altération de la motilité tubaire. (7)

**L'implant* : Nexplanon®

Contraceptif remboursé par la Sécurité sociale. Il est mis en place à la face interne du bras non dominant, dans le sillon séparant le biceps et le triceps, pour une durée de 3 ans. Il faut envisager de le retirer plus tôt chez des patientes en surpoids.

Son mode d'action consiste à inhiber l'ovulation et à modifier la glaire cervicale afin d'empêcher le passage des spermatozoïdes.

Il contient 68 mg d'étonogestrel avec une diffusion quotidienne entre 25 et 70 µg.

Les contre-indications et les effets secondaires sont les mêmes que les pilules micro-progestatives.

(3)

Une prise de poids a été constatée chez plusieurs patientes, notamment dans une étude publiée dans le magazine Prescrire où une prise de poids de plus de 3 kg a été notée chez 15,7 % des femmes en 6 mois et 36,9 % en 24 mois.(10)

**Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel* : Mirena® et Jaydess®

Le Mirena® est composé de 52 mg de lévonorgestrel et le Jaydess® de 13,5 mg.

Ils sont remboursés par la Sécurité sociale et sont mis en place pour 5 ans pour le Mirena® et 3 ans pour le Jaydess®.

Son action consiste en une augmentation de l'épaisseur de la glaire cervicale et un effet local sur l'endomètre empêchant la nidation.

Ses principales contre-indications sont :

- celles des microprogestatifs mentionnées précédemment
- suspicion de grossesse
- infection pelvienne ou génitale basse
- dysplasie cervicale
- métrorragies sans diagnostic
- Anomalie congénitale ou acquise de l'endomètre

Les effets secondaires sont les suivants :

- Spotting
- Oligoménorrhée voire aménorrhée

- Kystes ovariens fonctionnels
- Perforation utérine : complication rare et survenant principalement à la pose
- Grossesse ectopique mais risque faible.(11)

Avant la pose, il est important d'éliminer une grossesse et une infection à chlamydiae par PCR. La pose doit se faire en première partie de cycle et un contrôle sera réalisé à 1 mois. (3)

Le Jaydess® étant plus petit, sa pose est facilitée notamment chez les nullipares.

* *Progestatif injectable* : Depo provera® (Acétate de medroxyprogesterone)

Il inhibe l'ovulation, modifie la glaire cervicale et modifie l'endomètre.

Il est remboursé par la Sécurité sociale.

L'efficacité d'une injection est de 3 mois.

Les contre-indications sont identiques à celles des autres progestatifs.

Les effets secondaires à noter sont une aménorrhée ou des méno-métrorragies, une augmentation pondérale, un hirsutisme, un retour à la fertilité possiblement différé de 3 à 12 mois et une diminution de la densité minérale osseuse. Par conséquent, ce mode de contraception n'est pas recommandé si une patiente présente des facteurs de risque d'ostéoporose. (12) (3)

* *Les macroprogestatifs oraux* : Lutényl®, Lutéran®, Surgestone®

Ils ont une action contraceptive s'ils sont pris 21 jours sur 28 et à posologie adaptée (10 mg/jour pour le Lutéran®, 5 mg/jour pour le Lutényl® et 500 mg/jour pour le Surgestone®).

Ils n'ont pas l'AMM dans cette indication. Ils sont principalement utilisés chez les femmes en péri-ménopause.

Les contre-indications sont les mêmes que les microprogestatifs.

Les effets secondaires sont une prise de poids, une atrophie endométriale, des dysménorrhées et des aménorrhées. (3)

2. Contraception non hormonale

* Le dispositif intra-utérin au cuivre :

Il en existe différents types selon la surface de cuivre et la taille.

Il est remboursé par la Sécurité sociale et posé pour une durée pouvant aller de 4 à 10 ans.

Son mode d'action consiste en un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes entraînant une altération des spermatozoïdes. Il entraîne également une inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation d'un embryon. (3)

Ses contre-indications sont :

- une grossesse : il faut vérifier l'absence de grossesse avant la pose
- une infection génitale
- maladie inflammatoire pelvienne en cours
- saignement inexpliqué
- cancer du col utérin ou de l'endomètre
- anomalie anatomique utérine
- fibrome
- hypersensibilité au cuivre
- post-partum immédiat

Les effets secondaires sont principalement des douleurs liées à l'insertion, un risque d'expulsion ou de perforation utérine (lors de la pose). En dehors de la pose, les méno-métrorragies représentent le principal effet secondaire du DIU au cuivre.

Avant la pose, il est important d'éliminer une grossesse et une infection à chlamydiae par une PCR. La pose doit se faire en première partie de cycle et un contrôle sera réalisé à 1 mois. (3)

* Stérilisation :

Comprend la ligature des trompes ou des canaux déférents (vasectomie).

Cet acte doit être précédé d'un délai de réflexion de 4 mois.(3)

**Autres moyens de contraception non hormonaux :*

- Préservatif masculin : seule barrière contre les infections sexuellement transmissibles (IST) sauf pour le papillomavirus. Il est non remboursé.
- Préservatif féminin
- Spermicides
- Diaphragme
- Cape cervicale
- méthodes dites naturelles : le retrait , courbe de température, méthode Ogino.(3)

3. Comparaison des risques thrombo-emboliques des contraceptifs hormonaux

Les deux tableaux suivants résument les comparaisons du risque thrombo-embolique des contraceptifs hormonaux réalisés dans différentes études.

Dans le premier tableau, il est important de noter que la génération du progestatif a un rôle dans le risque thrombo-embolique notamment par rapport à l'androgénicité du progestatif. En effet, l'androgénicité tamponnerait l'impact hépatique de l'éthinylestradiol et modulerait l'effet sur la résistance acquise à la protéine C activée (9). Le risque thrombo-embolique est multiplié par 6 avec un progestatif de 3^e génération et par 3 avec un progestatif de 2^e génération.

Les risques selon le progestatif dans le tableau I sont issues d'une étude cas-témoins publiée dans le British Medical Journal (13).

Le patch et l'anneau se rapprochent d'une pilule de 3^e génération concernant le risque thrombo-embolique. (4)

Tableau I : Risque thrombo-embolique des contraceptions hormonales

	Non utilisatrice d'œstroprogestatif	Utilisatrice d'œstroprogestatif
Risque global	5/100 000 année-femme	× 4
2 ^e génération		× 2-3
3 ^e génération		× 6

Levonorgestrel		× 2,5
Desogestrel		× 4
Gestadène		× 3,5
Drospirénone		× 4
Acétate de cyprotérone		× 4
Norgestimate		× 2,5
	Non utilisatrice d'œstroprogestatif	œstroprogestatif au lévonorgestrel
Patch	× 7,9	× 2,3
Anneau	× 6,5	× 1,9
Implant	× 1,4	
DIU Levonorgestrel	× 0,6	
Drospirénone		×1,5-1,8

C. Efficacité des différents moyens contraceptifs

L'efficacité d'une méthode contraceptive est définie selon l'indice de Pearl qui désigne le nombre de grossesses non désirées pour 100 femmes soumises pendant 1 an à ce moyen contraceptif avec une utilisation correcte et régulière.

L'efficacité est théorique, basée sur des essais thérapeutiques, elle peut donc différer de l'efficacité courante. (7)

Tableau II : Efficacité des différents moyens de contraception

Méthodes contraceptives	Taux de grossesse la première année en utilisation optimale	Taux de grossesse la première année en utilisation courante
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
DIU lévonorgestrel	0,2	0,2
Stérilisation féminine	0,5	0,5
DIU au cuivre	0,6	0,8

MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2
Injectables progestatifs	0,3	3
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Pilules progestatives	0,3	8
Patch combiné	0,3	8
Anneau vaginal combiné	0,3	8
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Spermicides	18	29
Diaphragme	6	16
Capes cervicales(nullipares)	9	16
Capes cervicales (multipares)	26	32
Retrait	4	27
Pas de méthodes	85	85
Méthodes naturelles		25

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit une contraception comme étant très efficace si l'indice de Pearl est compris entre 0 et 0,9 en utilisation correcte et régulière, et entre 0,05 et 8 en utilisation courante.

Une contraception est efficace si l'indice de Pearl est compris entre 1-9, modérément efficace entre 10-25 et moins efficace entre 26 et 32. (3)

Certaines contraceptions ont un indice identique en utilisation optimale et en utilisation courante, c'est le cas de l'implant, du DIU et de la stérilisation. Ce sont les contraceptifs qui ne nécessitent pas de participation de la part des femmes. D'où l'importance d'une bonne connaissance de l'utilisation de la contraception.

D. L'oubli de pilule

Le risque de grossesse survient si l'oubli de prise est supérieur à 3 heures pour la pilule micro-progestative Microval® et supérieur à 12 heures pour les autres pilules estroprogestatives et micro-progestatives. Avant ce délai, le risque de grossesse non désirée n'existe pas et il suffit donc de

prendre le comprimé oublié et de poursuivre la plaquette de façon habituelle.

La contraception d'urgence est indiquée en cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli ou si l'oubli concerne au moins deux comprimés, si son délai d'utilisation n'est pas dépassé. Nous reviendrons sur la contraception d'urgence par la suite.

En cas d'oublis fréquents, il est important d'envisager un autre moyen de contraception, en privilégiant une contraception de longue durée (implant, stérilet, patch...). Les pilules en prise continue peuvent également être une solution (placebo pendant l'intervalle libre).

Si la pilule reste la contraception utilisée par la patiente, lui conseiller d'avoir toujours une plaquette de dépannage avec elle en cas d'oubli de prise. (14)

Afin d'améliorer l'observance de la prise de pilule, la Haute autorité de santé (HAS) conseille d'associer la prise de pilule à un geste de la vie quotidienne comme le brossage de dents ou le petit déjeuner. Une autre solution est de programmer une alarme sur le réveil ou le téléphone portable à l'heure de la prise. (15)

En dehors d'un oubli de prise, il est important de noter et surtout de préciser aux patientes que si des diarrhées ou des vomissements surviennent dans les 4 heures suivants la prise du comprimé, elles doivent reprendre un comprimé car dans ce cas le comprimé précédent n'a pas été efficace et le risque de grossesse peut survenir. (15)

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a publié en 2008 des recommandations concernant l'oubli de pilule et considère qu'un délai de 24 heures est nécessaire pour entraîner un risque de grossesse avec une pilule combinée contrairement aux recommandations françaises où ce délai est de 12 heures. (16)

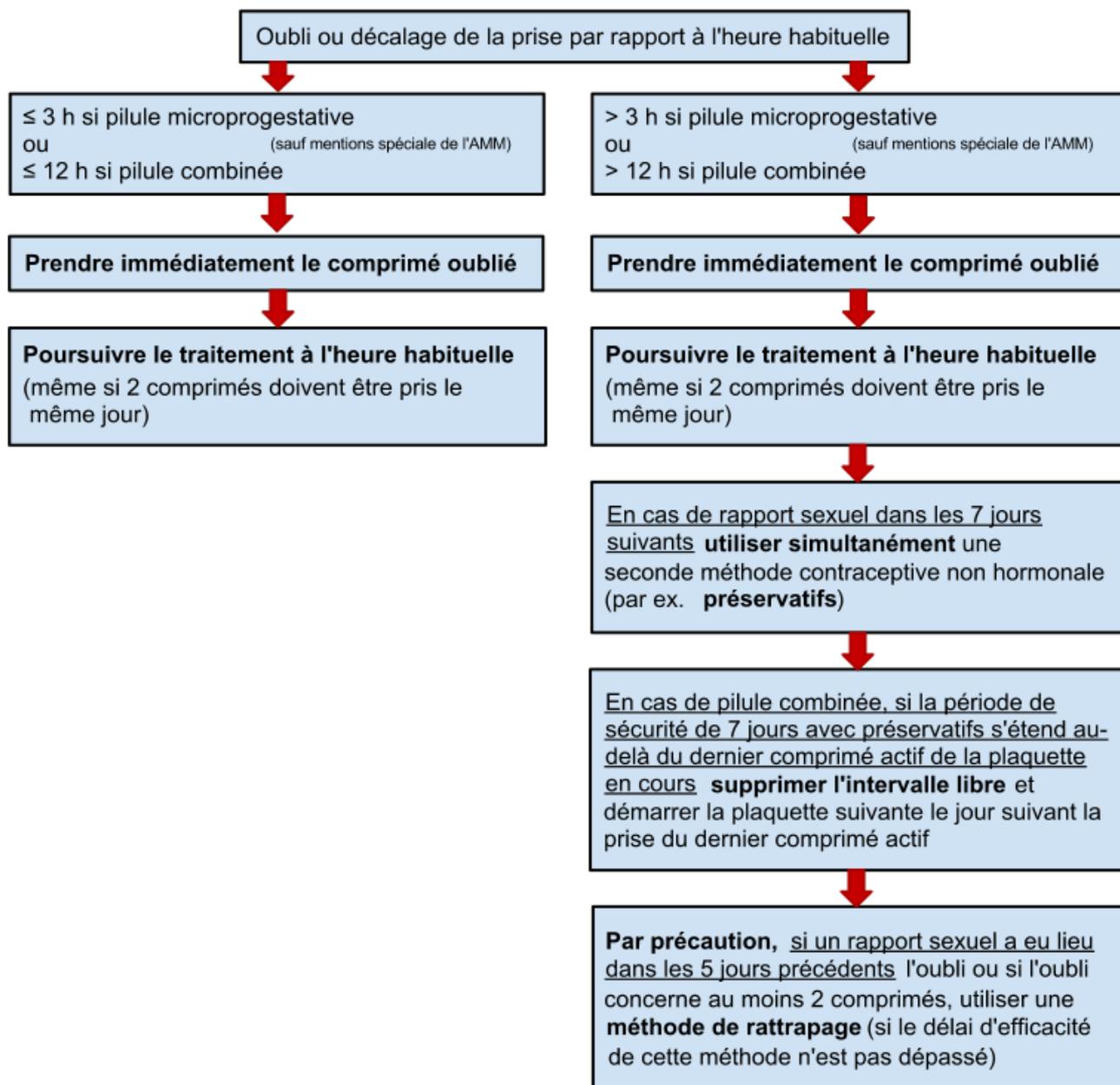
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Collège des Obstétriciens et gynécologues du Royaume-Uni se basent également sur un délai de 24 heures pour une pilule estroprogestatives. Par contre, concernant les pilules micro-progestatives, le délai est le même que les recommandations françaises c'est à dire de 3 heures. (17)

L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) a élaboré une carte à l'attention des patientes prenant la pilule afin que celles-ci puissent consulter à tout moment la conduite à tenir permettant ainsi d'éviter les erreurs en cas d'oubli de pilule. Cette carte peut être distribuée par les

médecins généralistes, les gynécologues et les pharmaciens.(voir annexe 2).

La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, recommandée par la HAS en 2004 (anciennement l'ANAES) est résumée dans la figure suivante. (18)

Figure 1 : Conduite à tenir en d'oubli de pilule (ANAES 2004)

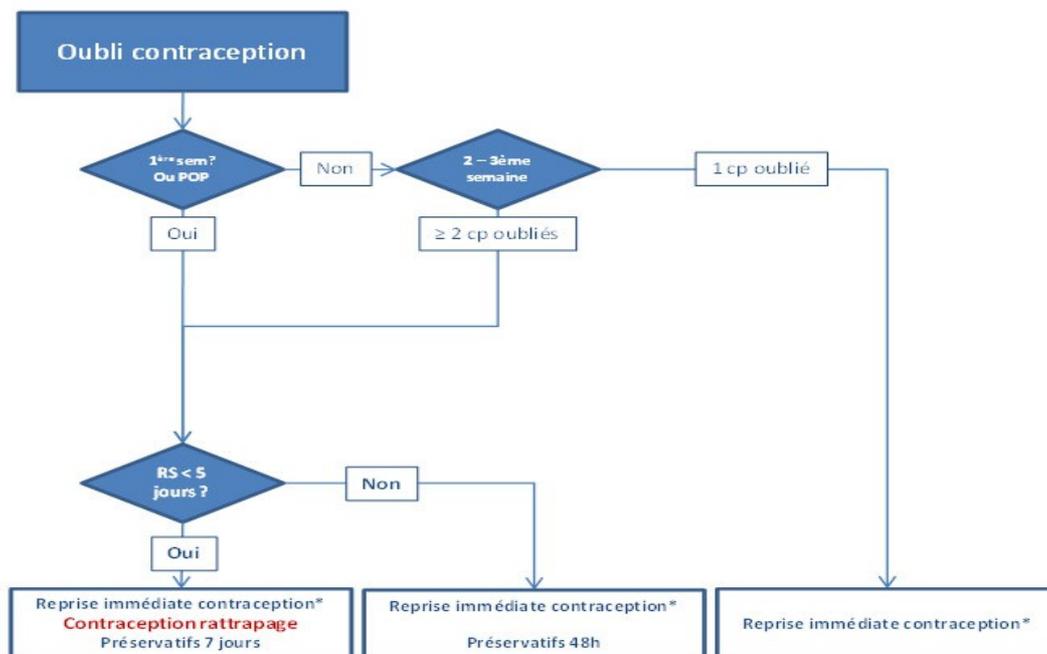


Si l'on se base sur les données physiologiques et la pharmacologie des contraceptifs il est possible d'améliorer ces recommandations et de les simplifier.

En effet, pour l'OMS, le Collège Canadien des obstétriciens et gynécologues et le Collège des

obstétriciens et gynécologues du Royaume-uni un délai de 24h minimum est nécessaire pour induire un risque de grossesse non prévue. Ce délai n'expose pas à un risque majoré de grossesse du fait du temps nécessaire à la croissance folliculaire et au temps de reperméabilisation de la glaire cervicale. Lors de la prise d'un contraceptif hormonal, la croissance folliculaire se fait pendant la période d'intervalle libre de 7 jours où il peut atteindre jusqu'à 10-12mm à la fin des 7 jours. Il paraît donc évident que si un oubli intervient lors de la première semaine de prise ou qu'il y a un retard dans la reprise de la contraception, il existe un risque de croissance du follicule et donc d'ovulation. Une prise de 7 jours minimum d'une contraception hormonale est nécessaire pour mettre l'axe hypothalamo-hypophysaire au repos. Donc si un oubli intervient ponctuellement après 7 jours d'une prise bien conduite il y a peu de risque d'ovulation. La période la plus à risque d'ovulation et par conséquent de grossesse est la première semaine du cycle contraceptif avec la reprise de la croissance du follicule, la reperméabilisation de la glaire cervicale et la reprise du développement de la muqueuse utérine. Avec l'ensemble de ces données , une autre conduite à tenir en cas d'oubli a été proposée (17).

Figure 2 : Oubli de contraception orale-réflexion en pratique quotidienne



* S'il reste moins de 7 comprimés actifs sur la plaquette en cours, enchaîner avec la plaquette suivante sans interruption en jetant, s'il y en a, les éventuels comprimés inactifs

E . La contraception d'urgence

a. Hormonale :

Il en existe deux :

- Norlevo® : 1,5 mg de lévonorgestrel seul. Elle doit être prise dans les 72 heures suivant l'oubli de pilule, l'accident de préservatif ou le rapport sexuel à risque.

Elle est disponible sans ordonnance en pharmacie, dans les CPEF et par les infirmières scolaires. Elle est gratuite pour les mineures et coûte en moyenne 8 euros, remboursée à 65 % par la Sécurité sociale.

Son efficacité est de l'ordre de 95 % si la prise se fait dans les 24h et 58 % si la prise se fait entre 48 et 72h. Pour une prise entre 3 et 5 jours, son efficacité ne semble pas moindre. (19)

- Ellaone® : Ulipristal 30 mg, modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone. Elle doit être prise dans les 120 heures soit 5 jours. Depuis avril 2015 , elle est délivrée selon les mêmes modalités que Norlevo, elle coûte en moyenne 35 à 40 euros et est remboursée à 65 % par la Sécurité sociale.(7)

L'efficacité de ces deux contraceptions d'urgence a été comparée dans de multiples essais et aucune supériorité d'efficacité en faveur d'Ellaone® n'a été démontrée que ce soit pour une prise dans les 3 jours après le rapport sexuel à risque ou dans les 5 jours. (19)

Elles ne présentent aucune contre-indication.

Les principaux effets secondaires sont les suivants :

- Spottings : 5 %
- Troubles digestifs : nausées 20 % et vomissements 5 %. En cas de vomissements dans les 3 heures suivant la prise il faut renouveler celle-ci.
- Asthénie : 20 %
- Douleurs abdomino-pelviennes : 15-20 %
- Céphalées : 15-20 %
- Vertiges : 10 %
- Tension mammaire : 10 à 15 %

Il est important de préciser aux femmes d'utiliser un autre moyen de contraception comme le préservatif jusqu'à la fin du cycle et de réaliser un test de grossesse systématiquement dans les 15 jours suivant la prise de la contraception d'urgence.

La contraception d'urgence est autorisée en pharmacie sans ordonnance depuis 2000. Au total 1,2 million de pilule du lendemain ont été vendues chaque année depuis 2005.(7)

b.Non hormonale :

Il s'agit du DIU au cuivre. Il peut être posé dans les 5 jours suivant le rapport sexuel à risque. Son efficacité est de 99,8 à 99,9 % et est immédiate.

Ses contre-indications sont celles des DIU.

Les effets indésirables sont des spotting et des douleurs pelviennes.

Il coûte en moyenne 27 euros et est remboursé à 65 % par la Sécurité sociale. (7)

Cette contraception d'urgence n'est pas adaptée à la jeune femme nullipare car dans ce cas une recherche de chlamydiae est nécessaire.

F. Pratique contraceptive en France

En France, la couverture contraceptive est une des plus élevées au monde avec 90,2 % des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives.

Chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, leur couverture contraceptive ne montre pas d'écart significatif par rapport aux jeunes femmes majeures avec une couverture de 91,2 %. (20)

Les pratiques en matière de contraception en France ont évolué au cours des dernières années.

La pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé mais une baisse d'utilisation de 4,6 % a été constatée au début des années 2000 et compensée par les nouveaux moyens de contraception : l'implant, le patch et l'anneau vaginal. Ces méthodes sont utilisées par 4 % des femmes en 2010 : l'implant à 2,6 %, l'anneau à 1 % et le patch à 0,4 %.

Cette diminution d'utilisation de la pilule est différente selon l'âge des femmes. En effet, chez les 18-19 ans cette baisse est de 4,4 % et s'accompagne d'une plus grande utilisation du préservatif et des nouvelles méthodes de contraception hormonale. Chez les 20-24 ans, la baisse de 10,4 % n'est

compensée qu'à 5,1 % par les nouvelles méthodes contraceptives hormonales. Enfin chez les 25-29 ans la baisse est compensée par le recours aux nouvelles méthodes contraceptives hormonales (baisse de 5,8 % pour une compensation de 6,9%).

Le recours aux méthodes naturelles (retrait et courbe de température) concerne 6,2 % des femmes.

L'utilisation du DIU est préférée à celle de la pilule principalement pour les femmes âgées de 45-49 ans ayant déjà eu des enfants. Elle concerne 21 % des femmes. De ce fait, 1,3 % des femmes de 15-49 ans sans enfant utilisent le DIU en 2010, 20 % pour celles ayant un enfant et 40 % pour celles ayant deux enfants ou plus.

L'utilisation du préservatif est en augmentation, principalement en début de vie sexuelle. En effet 59 % des jeunes femmes de 15-17 ans l'utilisent comme méthode contraceptive et 15 % l'utilisent en association avec la pilule.

Seules 3 % des femmes n'utilisent aucun moyen de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas de grossesse.

Cette dernière situation est plus fréquemment retrouvée chez des femmes en situation socio-économique difficile. En effet cela concerne 6,5 % des ouvrières contre 1,6 % des femmes cadres.

Le suivi varie également selon le milieu social.

La précarité socio-économique a donc une influence sur les pratiques contraceptives. Chez les 20-24 ans, la baisse d'utilisation de la pilule est moins marquée chez les plus diplômées (baisse de 5,1 % contre 12,9% pour les autres). Le chômage peut également avoir une influence car celui-ci est passé de 16,5 % en 2000 à 21,2 % en 2010 chez les femmes de 20-24 ans.

Dans cette tranche d'âge avec une situation financière difficile, la pilule est utilisée à 71 % contre 88 % pour celles n'ayant pas de difficultés financières. Malgré le remboursement de nombreuses pilules, seules 43 % des jeunes femmes en situation financière difficile se voient prescrire ce type de pilule.

Il est donc important de tenir compte de ces inégalités lors de la prescription d'une contraception.

(21)

L'INPES a publié une étude intitulée « les français et la contraception » permettant d'évaluer les connaissances et pratiques des français en matière de contraception. Cette étude a été réalisée à l'aide d'entretien téléphonique chez des sujets entre 15 et 75 ans. Au total 2004 personnes ont été incluses dans l'étude.

Cinq grands items ressortent de cette étude :

- L'information sur la contraception :

Concernant les sources de l'information, les professionnels de santé sont représentés à 55 %, les médias à 47 %, les professionnels du social (CPEF et centres médicaux) à 9 %, l'entourage à 7 % et la sphère scolaire à 4 %. Les sources des 15-20 ans sont les professionnels du social et l'entourage.

Pour obtenir un conseil sur la contraception, les sujets se tournent vers les professionnels de santé à 98 %, les centres médicaux et CPEF à 91 %, vers l'entourage à 90 %, la sphère scolaire à 88 % et les médias à 41 %. Les 15-30 ans se tournent principalement vers les CPEF/centres médicaux et vers la sphère scolaire.

- Connaissances des moyens de contraception :

Les différents moyens de contraception ont pu être divisés en 4 catégories suite au sondage :

*Les plus utilisés et les plus connus : représentés par la pilule et le préservatif masculin

*Les très connus mais peu utilisés : le DIU et la contraception d'urgence

*Les assez connus mais très peu utilisés : le diaphragme, les spermicides et le préservatif féminin

*Les peu connus et peu utilisés : l'implant, l'anneau, l'éponge vaginale et le patch

La tranche d'âge 15-20 ans présente la moins bonne connaissance des moyens de contraception.

- Utilisation actuelle d'une contraception :

48 % utilisent une contraception, en majorité les 21-50 ans et 25 % n'en utilisent pas, en majorité les 15-20 ans.

Les différents moyens de contraception utilisés sont :

- la pilule à 58 %: la tranche d'âge la plus concernée est celle des 21-30 ans.

- Le préservatif masculin à 28 %: principalement utilisé chez les 15-20 ans, souvent inactifs avec des revenus faibles

- Le DIU à 21 %: principalement chez les 31-50 ans avec enfants

- Autres moyens de contraception à 8 %: il s'agit de l'implant, du retrait, de l'abstinence périodique, préservatif féminin, spermicide et ligature des trompes.

- L'oubli de pilule :

21 % disent l'oublier 1 fois par mois et la tranche d'âge 15-30 ans est la principale représentée et 34 % ne l'oublient jamais et il s'agit principalement des 41-50 ans.

Concernant la conduite à tenir en cas d'oubli : 62 % prennent le comprimé oublié en retard, 23 %

passent à la pilule suivante le lendemain, 21 % prennent les 2 comprimés et 17 % utilisent un autre moyen de contraception.

- *La contraception d'urgence :*

75 % disent connaître le délai de prise et seulement 5 % ont une réponse correcte.(22)

II La contraception chez l'adolescente

L'adolescence est une période très particulière dans la vie d'une jeune femme. Françoise Dolto l'a décrite comme une seconde naissance. Il s'agit d'une période de transformation tant sur les plans biologiques, psychologiques, physiques et sociaux. Les jeunes adolescentes vivent dans le mode de l'urgence.(23)

La consultation d'une adolescente pour une contraception doit se faire dans l'empathie et l'écoute. Il s'agit souvent de la première consultation gynécologique. Nous allons donc reprendre les principes de cette consultation et ses grands axes.

A. Modalités et recommandations de prescription

1. La consultation

La première consultation d'une adolescente pour une demande de contraceptif est une démarche de conseil et d'accompagnement de la part du médecin qui la reçoit.

Dans un premier temps, le dialogue va débiter sans être intrusif en évoquant les habitudes de vie de l'adolescente, ses besoins, ses interrogations et ses inquiétudes. Il faut ensuite évoquer ses connaissances de la physiologie, des différents moyens de contraception disponibles. Il faudra prendre connaissance de l'utilisation antérieure d'une contraception, d'un antécédent de grossesse et de son activité sexuelle (âge du premier rapport, nombre de partenaires...). Ne pas porter de jugement est primordial.

Dans un second temps, l'interrogatoire permettra de rechercher les antécédents gynécologiques

(date des premières règles, irrégularité du cycle, IVG...) ,les antécédents médicaux personnels et familiaux pouvant entraîner une contre-indication à certains moyens contraceptifs, en utilisant des termes compréhensibles par l'adolescente. Des conduites addictives seront également recherchées ainsi que des comportements à risque et des traitements médicamenteux à risque d'interaction avec certains contraceptifs.(24) (23)

L'examen clinique comprend un examen général avec prise de la tension artérielle, mesure du poids et de la taille avec calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). Un examen des seins est recommandé. Par contre, l'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la première consultation sauf symptômes le justifiant ou sur demande de l'adolescente.(23)

Lors de cette consultation, l'adolescente devra recevoir de nombreuses informations concernant le moyen de contraception utilisé notamment sur son mode d'emploi, son efficacité, ses contre-indications, ses risques, ses effets secondaires possibles, les avantages non contraceptifs, la procédure pour l'instauration ou l'arrêt, son coût et son remboursement.

Elle devra être invitée à poser des questions et être rassurée sur ses craintes notamment la prise de poids sous pilule estroprogestative qui n'a jamais été prouvée, les effets sur l'acné, le retour de la fertilité, l'impact sur les règles.

L'adolescente doit être encouragée à poursuivre l'utilisation du préservatif, seule barrière contre les infections sexuellement transmissibles.

En cas de prescription d'une pilule, la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule devra être expliquée avec l'aide dans la mesure du possible d'un arbre décisionnel ou d'une plaquette informative donnée à l'adolescente comme la carte de l'INPES (voir en annexe). Par conséquent, il faudra l'informer sur la contraception d'urgence, son utilisation et son accès. (24)

En cas de prescription d'une COP, un bilan biologique sera prescrit de la même façon que chez la femme adulte à 3-6 mois du début de la prise.

Par contre, si l'adolescente présente un trouble du cycle menstruel plus de deux ans suivant la ménarche, la réalisation d'un bilan hormonal peut être nécessaire.(23) (25)

Une consultation à 3 mois du début de prise devra être programmée afin d'évaluer la tolérance du contraceptif prescrit, sa bonne utilisation, sa cohérence avec le mode de vie de l'adolescente.

A ne pas oublier lors de la consultation, la vaccination contre le papillomavirus à proposer systématiquement ainsi qu'un dépistage des IST avec recherche de chlamydiae trachomatis.(23)

2. Les moyens de contraception utilisables chez l'adolescente

*** Les contraceptions œstroprogestatives :**

Il s'agit de la pilule, l'anneau vaginal et le patch transdermique.

Sans contre-indications, une COP peut être utilisée chez l'adolescente. La pilule est à privilégier en première intention chez l'adolescente. On commencera par une pilule de 2^e génération minidosée, à débiter le premier jour des règles ou par la méthode du « Quick Start » comme expliquée précédemment. Il est préférable de prescrire une pilule remboursée par la Sécurité sociale.

Le patch et l'anneau vaginal sont utilisés en deuxième intention.

Le patch peut avoir un intérêt chez l'adolescente en cas de risque de mauvaise observance mais il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

L'anneau vaginal peut présenter un frein chez l'adolescente avec notamment l'insertion vaginale qui nécessite d'être à l'aise avec son anatomie ce qui n'est pas le cas pour certaines adolescentes. (23)

*** Les contraceptions progestatives : (hors DIU au levonorgestrel)**

Il s'agit de la pilule micro-progestative et de l'implant sous-cutané.

La pilule micro-progestative peut être utilisée en cas de contre-indications ou de mauvaise tolérance aux estroprogestatifs. Il faut être vigilant concernant la pilule micro-progestative Microval® qui présente un délai en cas d'oubli de 3 heures seulement par rapport aux autres pilules contraceptives. Chez l'adolescente à risque d'oubli cette option pourrait être risquée.

L'implant est intéressant pour les adolescentes ayant des problèmes d'observance. Il est important de les informer sur les risques de trouble du cycle menstruel et de la prise de poids qui peuvent être un motif de retrait prématuré.(24)

* [Les dispositifs intra-utérin](#) :

Il est aujourd'hui possible de poser un stérilet à une femme nullipare. Ils sont donc posés chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications et après avoir éliminé une infection par chlamydiae trachomatis et neisseria gonorrhoeae avant la pose.

Il est important d'informer les adolescentes de l'impact du DIU sur le cycle, avec notamment des ménorragies avec le DIU au cuivre, des spotting, oligoménorrhée voire aménorrhée avec le DIU au lévonorgestrel.

Chez la nullipare, la pose peut être difficile et douloureuse. Dans ce cas, des dispositifs dits « short » sont disponibles pour le DIU au cuivre. Pour le DIU au lévonorgestrel, les difficultés de pose sont fréquentes chez les nullipares, le Jaydess®, plus petit, peut faciliter celle-ci. (24)

Une anesthésie locale peut être réalisée afin de faciliter la pose du DIU et la prise de Cytotec® peut faciliter l'ouverture du col utérin.

* [Méthodes barrières et méthodes naturelles](#) :

Du fait de leur efficacité moindre, ces méthodes ne sont pas recommandées chez les adolescentes et il est important de leur en expliquer les raisons. Le préservatif est à poursuivre en association avec une autre méthode contraceptive afin de se protéger contre les IST.(24)

B. Accès des adolescentes à la contraception

Depuis mars 2013, l'accès à la contraception est facilité chez les mineures d'au moins 15 ans.

Ce qui pouvait être un frein à la prise d'un contraceptif a été revu afin de promouvoir la contraception et diminuer le nombre d'IVG chez les mineures.

Les deux grands principes sont la **gratuité** et la **confidentialité**.

Pour les mineures d'au moins 15 ans, certains contraceptifs sont pris en charge intégralement par la sécurité sociale et délivrés en pharmacie sur prescription médicale. L'accord parental n'est pas nécessaire et si l'adolescente le souhaite, il n'est pas fait mention sur les relevés de Sécurité sociale de l'obtention d'une contraception.

Tous les contraceptifs ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale dans le cas d'une

contraception pour les mineures. Il s'agit des pilules estroprogestatives à base de lévonorgestrel (leeloo®, minidril®, daily gé®...) ou de noréthistérone (triella®), de la pilule micro-progestative à base de lévonorgestrel (microval®), l'implant et les dispositifs intra-utérins au cuivre ou au lévonorgestrel (Mirena®).

Pour l'obtention d'une prescription médicale, elles peuvent se rendre chez leur médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Dans ce cas, la consultation est prise en charge par la Sécurité sociale dans les mêmes conditions qu'une consultation habituelle par contre elle figurera sur les relevés d'assurance maladie de l'assuré donc le parent. En cas de difficultés de règlement, il est possible d'appliquer le tiers payant.

Elles peuvent également se déplacer dans un CPEF afin de bénéficier d'une complète gratuité et de l'anonymat sur la consultation médicale et la délivrance des contraceptifs. (26)

Le principe du PASS contraception, mis en place dans plusieurs régions de France, permet un accès facilité à la contraception chez les jeunes, notamment en ce qui concerne les consultations médicales.

Dans les Pays de la Loire, il a été mis en place à la rentrée de septembre 2012 mais déjà plusieurs régions de France l'appliquent depuis 2011.

Il s'agit d'un système de chéquier permettant aux jeunes (garçons et filles) l'accès à la contraception et au dépistage des IST.

Il est distribué dans les lycées, les centres de formation d'apprentis, les établissements régionaux d'enseignement adapté, les maisons familiales rurales, les maisons de santé pluridisciplinaires, les pharmacies et les CPEF.

Il est non nominatif et est constitué de plusieurs coupons qui font office de paiement auprès des professionnels :

- un coupon correspondant à l'attestation de remise du PASS
- un coupon pour la première consultation médicale, qui est primordiale afin de pouvoir bénéficier des autres coupons. Cette consultation peut se faire auprès d'un médecin généraliste, d'un gynécologue, d'un pédiatre, d'une sage-femme ou dans un CPEF. Elle a pour but de faire une prévention en santé sexuelle auprès du jeune, de prescrire un moyen contraceptif et de dépister les IST
- un coupon pour les analyses médicales et biologiques
- 4 coupons pour la délivrance des contraceptifs à l'attention des pharmacies et des CPEF. Un

coupon correspond à une valeur de 40 euros. Selon le contraceptif prescrit, les coupons peuvent être cumulables (notamment pour l'implant ou le DIU).

- un coupon pour la deuxième consultation médicale afin d'évaluer la tolérance du contraceptif, les résultats des analyses biologiques (dépistage des IST et bilan lipidique si prescription d'une COP) et le renouvellement du contraceptif.(27)

Les prestations sont remboursées directement aux professionnels de santé par la région, il n'y a donc pas de contrôle de carte vitale.

Cette démarche étant récente, il sera intéressant d'étudier l'impact de cette mesure sur la couverture contraceptive des adolescentes et sur le nombre d'IVG. Il en est de même pour les nouvelles mesures mises en place en avril 2013.

C. Couverture contraceptive chez les adolescentes en France et dans le monde

En France, la couverture contraceptive des jeunes filles de 15-19 ans est de 91,2 %. Elle diffère peu de la couverture générale en France qui est de 90,2 %.

Concernant les moyens de contraception utilisés par les adolescentes, la pilule reste en premier plan avec un taux d'utilisation de 78,9 % chez les 15-19 ans. Elle est suivie par le préservatif à 18,3 %, par les nouveaux moyens de contraception à 2,8 %. Ces nouveaux moyens de contraception comprennent l'implant sous cutané, l'anneau vaginal et le patch transdermique. Leur utilisation est passée de 0,8 % en 2005 à 2,8 % en 2010. Le DIU n'est pas représenté dans cette population, ni les méthodes naturelles. La stérilisation n'est évidemment pas représentée car non autorisée dans cette tranche d'âge.(20)

Il est intéressant de comparer les pratiques contraceptives des adolescentes en France avec les autres pays d'Europe et outre-Atlantique.

En Espagne, la couverture contraceptive des 15-19 ans est de 65 %, nettement moins élevée qu'en France avec un écart de 25 % avec les 20-24 ans (couverture contraceptive de 90%). Le moyen de contraception le plus utilisé par les adolescentes espagnoles est le préservatif avec un taux

d'utilisation de 74,2 %. La pilule n'est utilisée qu'à 18,9 % suivi par les nouveaux moyens de contraception à 4,2 %, le DIU à 1,4 % et les méthodes naturelles à 2,2 %.

Au Royaume Uni, le préservatif est majoritairement utilisé par les adolescentes avec un taux d'utilisation de 65 %, suivi par la pilule avec un taux à 54 %, les nouveaux moyens contraceptifs à 13 %, les méthodes naturelles à 6 %. Le DIU n'est pas utilisé.

Au États Unis, la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé avec un taux à 54,1 %, suivi du préservatif à 22,8 %. Les nouveaux moyens de contraception sont fortement utilisés avec un taux à 19,5 %. Le DIU est utilisé à 3,6 %.(20)

Dans la suite de ce travail, nous ferons la comparaison du taux d'IVG avec ces différents pays. Il sera intéressant de faire la comparaison avec leur couverture contraceptive.

D. Les freins à la contraception en France

Malgré une couverture contraceptive satisfaisante en France chez les 15-19 ans, il existe encore un taux d'IVG important dans cette population. Nous reverrons par la suite, le taux d'IVG des adolescentes en France.

Le haut conseil de la population et de la famille (HCPF) a évoqué en 2006 les obstacles à la contraception et a proposé des mesures pouvant aider à améliorer la prévention de l'IVG chez les mineures.

Il différencie échec de la contraception et obstacle à la contraception. Certains des obstacles mis en avant ont aujourd'hui des mesures mises en place.

Les échecs de contraception mis en avant par le HCPF sont les suivants :

- l'absence totale de contraception chez les adolescentes est plus fréquente par rapport à la population de jeunes femmes adultes avec respectivement un taux à 9,4 % contre 3,6 %. Il en est de même pour les échecs du préservatif avec un taux de 17,8 % chez les adolescentes contre 11,5 % chez les femmes majeures. Une mauvaise utilisation du préservatif est donc un premier point sur lequel il faut insister auprès des adolescents.

Le préservatif est insuffisamment utilisé en dehors du premier rapport sexuel. En effet lors du premier rapport il est utilisé à 87 % puis pour les rapports suivants à 80 % pour les garçons et 53 %

pour les filles.

- il est à noter également que les rapports sexuels peuvent être occasionnels chez l'adolescente. Pour ces jeunes filles, 38 % ne prennent pas de contraception contre 6 % pour celles ayant un partenaire stable.

- l'information transmise par les parents peut être responsable d'une non ou mauvaise utilisation d'un contraceptif lors du premier rapport. Une bonne information multiplie par 2 le recours à un contraceptif lors du premier rapport.

- les connaissances imprécises ou erronées sur la contraception telles que le risque de stérilité ou de cancer, souvent surestimées par les adolescentes.(28)

Les obstacles à la contraception chez l'adolescente prennent leurs origines sur 3 points importants :

- *vulnérabilité et sous information sur le commencement de la vie amoureuse* : en classe de 3^e, 2 adolescentes sur 3 pensent que le premier rapport sexuel n'est pas fécondant et 3 adolescentes sur 4 pensent qu'il est impossible de tomber enceinte lors d'un rapport sexuel pendant les menstruations.

Le manque d'information pourrait être en partie pallié avec le milieu familial. Une jeune fille d'une famille fermée au discours sur la sexualité et la contraception sera plus à risque de grossesse non désirée. Il y a donc une influence socio-culturelle à la carence d'information des adolescentes.

- *le besoin de confidentialité* : beaucoup de jeunes filles ignorent l'existence du secret professionnel et pensent que leurs parents seront au courant de la prise d'une contraception. Comme nous l'avons vu précédemment, de nouvelles mesures ont vu le jour par rapport à ce problème de confidentialité avec notamment la possibilité d'obtenir une contraception gratuitement et de façon anonyme en pharmacie sur prescription médicale sans que cela n'apparaisse sur le relevé de Sécurité sociale du parent assuré. La consultation médicale reste obligatoire et inscrite sur les relevés de sécurité sociale des parents. L'absence de ressources financières peut être un obstacle à l'utilisation d'une contraception. La peur de l'examen gynécologique en est une également. La consultation médicale est pourtant une étape impossible à supprimer car elle est indispensable pour rechercher des contre-indications à certains moyens de contraception et pour prescrire la contraception la mieux adaptée à l'adolescente.

- *l'absence ou la faiblesse des ressources financières* : la Sécurité sociale prend en charge, depuis les nouvelles mesures, certains moyens de contraception pour les adolescentes âgées d'au moins 15 ans.

Le règlement de la consultation médicale peut engendrer un obstacle à la prise de contraception

chez des jeunes filles aux ressources financières faibles ou inexistantes. Pour celles-ci il est possible d'appliquer le tiers payant afin de faciliter le paiement avec un règlement de 6,90 euros.(28)

Le PASS contraception, comme nous l'avons expliqué précédemment, permet une prise en charge complète des frais occasionnés.

De nombreuses mesures ont été prises ces dernières années afin de pallier aux obstacles à la contraception. Mais les adolescentes sont-elles au courant de ces nouvelles mesures ? Il est important de s'assurer de la bonne transmission de ces informations. Les acteurs nécessaires à cette transmission sont les parents, les enseignants, le corps médical et les structures sociales de prévention telles que le CPEF.

III. L'IVG en France

A. Les chiffres de l'IVG en France dans la population générale

En 2013, 216700 IVG ont été pratiquées en France métropolitaine.

Le taux est aujourd'hui stabilisé à 15,6‰ chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, en hausse par rapport à 2012 où il était de 14,5‰.(29) (30)

Le centre Simone Veil à Nantes a réalisé 1789 IVG en 2014 (dont 165 adolescentes). Ce nombre est en diminution par rapport aux années précédentes (1889 en 2012).

On estime que 40 % des femmes auront recours à l'IVG dans leur vie. Le nombre de femmes à risque de grossesses non programmées a diminué depuis les années 70 devant la plus grande diffusion de la contraception moderne. Aujourd'hui nous parlons de maternité choisie. Les femmes veulent accueillir un enfant dans de bonnes conditions. L'essor de la scolarité des femmes et l'évolution de leurs emplois est un élément important.

Le taux de grossesse imprévue se terminant par une IVG a ainsi augmenté entre les années 70 à aujourd'hui passant de 41 % à 62 %.

Les femmes ayant un recours répétées à l'IVG ont pour la plupart des difficultés affectives, économiques et sociales.(31)

Sur le nombre de grossesses non désirées, 65 % surviennent sous contraception. Pour celles survenant sous pilule, 60 % sont dues à un oubli de pilule. (32)

La tranche d'âge la plus à risque est la 20-24 ans avec un taux d'IVG de 28,1‰ en 2013 (29).

Le tableau suivant représente la situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG . Ces chiffres sont ceux de l'étude Cocon de 2000 : (31)

Tableau III : Situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG :

Pas de contraception	28,1 %
Pilule	23,1 %
Préservatif	19,3 %
Méthodes naturelles	19,1 %
Stérilet	7 %
Autres méthodes	3,4 %

B. L'IVG chez les adolescentes en France et dans le monde

Chez les moins de 20 ans , le taux d'IVG a connu une légère baisse depuis 2010 après une forte augmentation entre 1990 et 2010. En effet entre 1990 et 2006, le taux d'IVG chez les 15-19 ans a augmenté de 35 % pour ensuite se stabiliser entre 2006 et 2010.

En 2010, le taux était de 29 000 IVG par an dans cette tranche d'âge soit 15‰. En 2012, en France métropolitaine, l'IVG chez les 15-19 ans concerne 26 000 jeunes filles soit 14‰. (33) (30)

Figure 3 : Evolution du recours à l'IVG selon l'âge :(30)



Tableau IV : Evolution de l'IVG chez les 15-19 ans depuis 1990 en France entière hors Mayotte
(taux en %) (29)

	1990	2000	2006	2010	2011	2012	2013
15-17 ans	7,0	8,4	11,4	10,9	10,4	10,0	9,5
18-19 ans	16,8	21,5	23,6	22,9	22,1	22,0	21,8

En 2007, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (la DREES) a réalisé une enquête nationale auprès de femmes ayant eu recours à l'IVG. Dans cette enquête, les résultats concernant les mineures sont intéressants.

Concernant l'utilisation d'une méthode contraceptive avant l'IVG, 70 % des jeunes filles mineures déclarent utiliser une méthode contraceptive et les méthodes non médicales sont utilisées en majorité avec un taux à 55 % par rapport aux méthodes médicales. Dans les contraceptions médicales, la pilule est la principale méthode utilisée (20%). Son utilisation augmente avec l'âge.

Pour les méthodes non médicales, le préservatif reste la principale méthode (60%) avec une utilisation qui diminue avec l'âge, en effet il est principalement utilisé chez les moins de 16 ans, âge où la vie sexuelle débute. Les méthodes contraceptives utilisées avant l'IVG chez les mineures sont représentées dans le tableau suivant.(34)

Tableau V: Méthodes de contraception utilisées avant l'IVG, selon l'âge :(34)

	Moins de 16 ans	16-17 ans	Mineures	18-19 ans	20-24 ans	Moins de 25 ans
Part des jeunes filles ayant recours à une méthode contraceptive selon le type de méthode						
Sans contraception	31	30	30	36	37	36
Sous contraception médicale	69	70	70	64	63	64
non médicale	5	17	15	26	34	29
	64	53	55	38	29	35
Effectifs pondérés**	2 664	11 093	13 757	19 741	54 030	87 529
Méthode utilisée parmi les femmes qui utilisent un moyen de contraception*						
Contraception médicale	8	26	23	43	54	47
<i>Pilule</i>	5	23	20	36	44	40
<i>Stérilet</i>	0	0	0	1	2	1
<i>Implant</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Patch-anneau</i>	1	1	1	4	5	4
<i>Spermicides</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Pilule du lendemain</i>	2	2	1	2	2	2
Contraception non médicale	92	74	77	57	46	53
<i>Préservatif</i>	70	58	60	36	25	31
<i>Retrait</i>	19	10	12	15	13	13
<i>Abstinence périodique</i>	3	6	5	6	8	8
Effectif pondérées**	1 825	7 765	9 590	12 692	34 203	56 485

SOURCES • DREES, enquête IVG 2007.

CHAMP • France entière, jeunes femmes âgées de 13 à 24 ans.

* Les réponses présentées ici résultent d'un recodage réalisé par l'INSERM de la question : « Avant de savoir que vous étiez enceinte, quelle était la ou les dernière(s) méthode(s) que vous avez utilisée(s) ? ». Plusieurs réponses étaient possibles. Le recodage a consisté en une classification qui ne tient compte que de la méthode principale considérée comme la plus efficace lors de réponses multiples.

** Il s'agit des effectifs pondérés des répondantes à la question.

Concernant les raisons déclarées par les jeunes filles pour expliquer la survenue de la grossesse, elles sont indiquées dans le tableau ci-dessous. La principale raison est un échec dans l'utilisation du préservatif dans 30 % des cas avec dans 99 % des cas un déchirement ou un glissement du préservatif.

L'échec de la pilule est retrouvé dans 12 % des cas. La principale raison de cet échec est un oubli dans 93 % des cas.

Le recours à la contraception d'urgence est déclaré par 15 % des mineures. Pour celles n'ayant pas eu recours à la contraception d'urgence, 48 % pensaient ne pas risquer d'être enceinte, 14 % n'ont pas pensé à la prendre, < 2 % déclarent des raisons financières et des difficultés d'accès.

Le délai maximal d'utilisation de la contraception d'urgence n'était connu que par 1 jeune fille sur 10 (âge entre 16 et 25 ans).(34)

Tableau VI : Raisons déclarées pour expliquer la survenue de la grossesse selon l'âge et les méthodes contraceptives : (34)

	France métropolitaine		DOM		France entière	
	Mineures	18-24 ans	Mineures	18-24 ans	Mineures	18-24 ans
Méthodes contraceptives citées seules par les enquêtées						
<i>Échec de la pilule</i>	12	24	9	20	12	24
<i>Dont :</i>						
- oubli	92	94	100	93	93	94
- vomissements	4	2	0	2	3	2
- échec sans erreur d'utilisation	3	4	0	5	3	4
- autre	1	0	0	0	1	0
<i>Échec du préservatif</i>	31	13	24	11	30	13
<i>Dont :</i>						
- non mis/oublié	1	0	0	1	1	0
- préservatif déchiré ou glissé	99	100	100	99	99	100
<i>Échec de la méthode du retrait</i>	5	7	8	8	5	7
<i>Échec de calcul dans les dates</i>	1	6	6	6	1	6
<i>Échec lié à l'absence de protection</i>	18	13	18	13	18	13
<i>Échec de patch ou anneau</i>	1	3	1	3	1	3
<i>Échec de la pilule du lendemain</i>	2	2	1	1	1	2
<i>Échec du stérilet</i>	0	1	0	2	0	1
<i>Pas de motifs déclarés</i>	13	15	16	20	14	16
Au moins deux méthodes contraceptives citées seules par les enquêtées						
<i>Multiréponses</i>	17	16	18	16	20	16
<i>Dont pilule du lendemain couplée à une autre méthode</i>	3	2	4	7	3	2
Total	100	100	100	100	100	100
Effectifs pondérés	11 333	61 690	1 131	4 093	12 464	65 783

SOURCES • DREES, enquête IVG 2007.

CHAMP • France entière, jeunes femmes âgées de 13 à 24 ans.

Le dernier point intéressant de cette enquête concerne le parcours décisionnel des mineures. Pour 82 % d'entre elles, la grossesse n'était pas prévue. La décision d'arrêter la grossesse a été prise par la jeune fille elle-même dans 47 % des cas, par le couple pour 20 % et par autrui (famille ou partenaire) dans 11 % des cas.

60 % des jeunes filles mineures ont informé leurs parents et 50 % d'entre elles ont demandé leur accord et l'ont obtenu. (34)

Dans les autres pays d'Europe et outre-Atlantique, le taux d'IVG chez les 15-19 ans est variable.

En Espagne, il est plus faible qu'en France à 12,7‰, dans ce pays où l'utilisation de la pilule est nettement moins importante qu'en France et où le préservatif est le principal moyen de contraception utilisé. Il existe probablement une meilleure utilisation du préservatif dans ce pays et peut être également une meilleure connaissance et utilisation de la contraception d'urgence.

Au Royaume-Uni, le nombre d'IVG est plus important qu'en France avec un taux à 24‰. Rappelons que dans ce pays, le préservatif est également le principal moyen de contraception et que la pilule est utilisée à 54 %. Enfin aux États Unis, le taux d'IVG est de 19,3‰ dans un pays où le principal moyen de contraception est la pilule à 78,9 %.(20)

C. La législation française et la prise en charge

L'IVG est autorisée en France grâce à la loi Veil de janvier 1975 qui sera reconduite en 1979 puis définitivement légalisée en janvier 1980.

Depuis 1982, l'IVG est remboursée par la Sécurité sociale.

La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989.

Le délai légal pour l'indication d'une IVG, initialement à 10 semaines de grossesse, a été allongé à 12 semaines en 2001.

Seul un médecin est habilité à réaliser une IVG (sauf pour l'IVG médicamenteuse, réalisable par une sage-femme).

L'IVG par technique médicamenteuse peut être pratiquée en ville par un médecin généraliste ou un gynécologue travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention.(30)

Le délai de réflexion de 7 jours a été supprimé par la nouvelle loi santé en novembre 2015.

Chez l'adolescente, la pratique d'une IVG présente certaines particularités sur le plan légal :

- L'accord d'un des parents n'est plus obligatoire pour autoriser la pratique d'une IVG chez une jeune fille mineure. Il faut toutefois qu'elle soit accompagnée d'une personne majeure de son choix.(35)
- L'IVG est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie quelle que soit la technique utilisée et l'établissement dans lequel elle a lieu depuis mars 2013.(26)
- une consultation psycho-sociale est obligatoire pour les mineures. Pour les majeures, elle est simplement proposée.(35) (36)

D. Déroulement d'une IVG : étapes et méthodes

1. La consultation initiale

La patiente se présente auprès d'un médecin, libéral ou hospitalier pour une demande d'IVG. Le médecin est en droit de refuser, mais dans ce cas il doit orienter la patiente vers un établissement ou un confrère qui pourra adhérer à sa demande.

Lors de cette consultation le médecin doit faire le diagnostic de la grossesse et préciser son âge gestationnel. Il effectue également un examen clinique complet général et gynécologique, recense les antécédents médico-chirurgicaux et donne une information claire et adaptée sur les méthodes d'IVG possibles, les risques et l'anesthésie.

Le mode de contraception est également abordé afin de prévoir la contraception post-abortum la mieux adaptée pour la patiente.

Cette consultation permet d'aborder le risque d'IST et de prescrire un bilan de dépistage. La date du dernier frottis cervico-vaginal sera vérifiée.

Toute femme se présentant pour une demande d'IVG doit avoir une carte de groupe et une recherche d'agglutinines irrégulières.

Un écoulement suspect fera réaliser un prélèvement bactériologique.(37)

Un entretien social est systématiquement proposé à toute femme majeure se présentant pour une demande d'IVG et il est obligatoire pour les mineures. C'est un entretien d'information, de soutien et d'écoute pour la femme(37)

Lors de cet entretien, un livret d'information sur l'IVG est délivré à chaque patiente.

Les mineures devront être accompagnées d'une personne majeure de leur choix si elles souhaitent garder le secret envers l'autorité parentale ou le représentant légal. Cette personne a un rôle d'accompagnement et de soutien psychologique, elle ne met pas en jeu sa responsabilité civile ou pénale.(37)

L'IVG peut être réalisée soit dans un établissement hospitalier public ou privé soit en cabinet de ville pour les IVG médicamenteuses. (37)

Une IVG doit être systématiquement déclarée à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales à l'aide d'un bulletin anonyme.(37)

2. L'IVG médicamenteuse

Il est possible de la pratiquer jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, soit dans un établissement de santé soit dans un cabinet de ville. Pour les établissements pouvant hospitaliser les patientes en cas de complications, ce délai peut être allongé à 9 semaines d'aménorrhée.

Une recherche de chlamydiae trachomatis par PCR est nécessaire avant l'IVG en cas risque d'IST.

Un dosage des β hcg est également réalisé.

La patiente se présente en consultation et prend un premier comprimé en présence du médecin pratiquant l'IVG. Ce médicament est la mifépristone, un antiprogestérone. Avant la prise, la patiente aura signé un formulaire de consentement stipulant qu'elle a bien reçu l'information sur la méthode et ses risques.

La mifépristone va permettre d'interrompre la grossesse en bloquant l'action de la progestérone nécessaire au maintien de la grossesse. Elle favorise également les contractions utérines et l'ouverture du col.(36)

La mifépristone est contre-indiquée en cas d'insuffisance surrénale, d'allergie au produit, d'asthme sévère non équilibré et de suspicion de grossesse extra-utérine. Il est déconseillé de l'administrer en cas d'insuffisance rénale, hépatique et de malnutrition.

Des saignements peuvent survenir à la suite de la prise de mifépristone. Pour les femmes rhésus négatif, une injection de gammaglobulines sera effectuée.(37)

48 heures plus tard, la patiente prend un autre médicament le misoprostol, à base de prostaglandine,

permettant augmenter les contractions utérines et provoquer l'expulsion de l'œuf. Les contractions peuvent être douloureuses et dans ce cas un traitement antalgique peut être donné. (36)

Cette deuxième étape peut se passer soit au domicile de la patiente soit en hospitalisation. Si la patiente prend le deuxième comprimé à son domicile, celui-ci doit être à une distance raisonnable de l'établissement référent en cas de complications. Cette distance est limitée à 1 heure.(37)

L'expulsion de l'œuf se produit dans les 4 heures dans 60 % des cas et dans les 24-72 heures dans 40 % des cas. Il est possible de donner un second comprimé de misoprostol en cas de non expulsion à 4 heures.(36)

Une visite de contrôle avec un dosage des β hcg est nécessaire à 3 semaines environ de la prise du premier comprimé afin de vérifier l'interruption de la grossesse, son expulsion et l'absence de complications.

Les risques de cette méthode sont évidemment l'échec, variable entre 1,3 et 7,5 % (grossesse évolutive ou grossesse arrêtée mais non expulsée) et les métrorragies.

En cas d'échec, le recours à la technique chirurgicale sera nécessaire.

Le taux de succès de la méthode médicamenteuse est de 95 %, il peut être augmenté à 98,5 % avec un second comprimé de misoprostol.

La contraception peut être débutée le jour même de l'IVG ou le lendemain.(37)

3. L'IVG chirurgicale

Elle est possible jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.

La méthode consiste à dilater le col utérin avec une canule de calibre variable et d'aspirer l'œuf.

Cette technique peut se pratiquer sous anesthésie locale ou générale selon le choix de la patiente. (36)

La prise d'un comprimé de mifépristone est nécessaire pour permettre l'ouverture du col utérin.

Une antibioprofylaxie n'est pas nécessaire avant l'intervention par contre des risques d'IST feront réaliser un prélèvement bactériologique avec recherche de chlamydia trachomatis sur PCR.(37)

Une injection de gammaglobulines sera effectuée pour toute patiente rhésus négative.

L'hospitalisation est courte, quelques heures en moyenne.

Une visite de contrôle est nécessaire à 3 semaines afin de vérifier l'absence de rétention utérine et de complications.

Cette méthode a un taux d'efficacité de 99,7 %.(36)

La méthode contraceptive peut être débutée immédiatement : une COP sera débutée le jour de l'intervention, un DIU peut être posé lors de l'intervention ainsi que l'implant.(37)

4. Les complications

Les complications secondaires à une IVG peuvent être divisées en deux groupes, les complications immédiates et les complications tardives.(37)

a. Les complications immédiates :

- Secondaire à l'anesthésie : 0,6 décès pour 100000 IVG pour l'anesthésie générale. C'est 4 fois plus que pour une anesthésie locale.
- Hémorragies : principalement pendant et dans l'heure de l'intervention. Elles sont principalement dues à une atonie utérine ou une rétention.
- Lésions cervicales : elles sont bénignes.
- Perforation utérine
- Malaise vagal

b. Les complications tardives :

- Infection post-IVG
- Rétention placentaire : 0,75 % des cas. Se manifeste par des métrorragies, des pelviaalgies, une involution utérine. Elle peut être responsable d'une augmentation du risque infectieux.
- Iso-immunisation rhésus
- Retentissement sur la fertilité : cet impact est difficile à apprécier actuellement
- Méconnaissance d'une grossesse ectopique ou molaire
- Séquelles psycho-affectives

Deuxième partie :

L'étude

I. L'objectif de l'étude

La couverture contraceptive des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans est de 91,2 %, différant peu de la couverture contraceptive de l'ensemble des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans.

La pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé chez les adolescentes avec un taux d'utilisation de 78,9 %.

Ces dernières années, de nombreuses mesures ont été mises en place afin de faciliter l'accès de la contraception aux adolescentes.

Malgré ces différentes mesures et une couverture contraceptive satisfaisante, le taux d'IVG dans cette tranche d'âge ne baisse pas.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques et les connaissances des adolescentes en matière de contraception puis de s'intéresser plus particulièrement à deux populations d'adolescentes à risque de grossesses non désirées :

- les jeunes filles ayant des rapports sexuels avec contraception : leur connaissance et maîtrise de la contraception sont-elles suffisantes pour diminuer leur risque de grossesse non désirée ?
- les jeunes filles ayant des rapports sexuels sans contraception : pourquoi cette absence de contraception ? Le risque de grossesse non désirée est-il réduit par d'autres méthodes ?

Nous partons de l'hypothèse suivante : les connaissances sur la contraception, son utilisation, la gestion de l'oubli, l'utilisation de la contraception d'urgence... sont erronées ou incomplètes conférant à ces adolescentes un risque de grossesses non désirées.

Comment dans ce cas pouvons nous améliorer leur connaissance et leur maîtrise de leur contraception ? Par quel moyen peut-on améliorer la diffusion des informations ?

II. Population et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle quantitative s'appuyant sur un questionnaire rempli sur la base du volontariat par des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans et scolarisées dans des lycées de Loire-Atlantique. Le recueil des données est rétrospectif.

A. La population

Les jeunes filles incluses dans l'étude étaient âgées de 15 à 19 ans inclus et scolarisées dans les lycées sélectionnés pour l'étude. Le seul critère d'exclusion était donc un âge inférieur à 15 ans et supérieur à 19 ans (âge calculé à partir de la date de naissance).

B. Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans quatre lycées situés en Loire-Atlantique. Les lycées ont été sélectionnés au hasard dans la liste des lycées disponible sur le site internet de l'Education nationale. Le seul souhait était que les lycées soient répartis dans différentes zones géographiques et avec des filières d'études différentes.

Les différents lycées ont été contactés par mail ou par téléphone. Une autorisation du proviseur de l'établissement était nécessaire mais aucune lettre à destination du Rectorat nous a été demandée.

Tableau VII : Les établissements de l'étude

Lycée	Zone géographique	Type	Filières
Nicolas Appert	Orvault zone urbaine	Public	Générale/Technique/ Professionnelle
Sacré cœur	Nantes zone urbaine	Privé	Générale/Technique/ Professionnelle
La Motte	Saint Père en Retz zone rurale	Privé	Professionnelle Technique
Gabriel Guist'hau	Nantes Zone urbaine	Public	Générale

C. Période de diffusion

Les questionnaires ont été distribués dans les 4 lycées entre le mois d'avril et le mois de mai 2014. Ils ont été réceptionnés par les professeurs pour les lycées Sacré cœur et la Motte, et par l'infirmière scolaire pour le lycée Nicolas Appert et le lycée Gabriel Guist'hau. Au total, la période de diffusion et de recueil des questionnaires s'est déroulée entre le mois d'avril et juillet 2014.

D. Le questionnaire

Le questionnaire élaboré pour l'étude était de type quantitatif et comportait au total 55 questions réparties en 5 parties.

La première partie du questionnaire était consacrée à l'état civil des jeunes filles, la deuxième à leur sexualité, la troisième à leur contraception (pour celles ayant une contraception), la quatrième ne devait être rempli que par les jeunes filles n'ayant pas de contraception afin de connaître les raisons de cette absence de contraception et enfin la cinquième partie était consacrée à l'utilisation et la maîtrise de la contraception en général.

Les questionnaires ont été remplis sur la base du volontariat et de l'anonymat. Le questionnaire est joint en annexe.

E. Déroulement de l'étude

Après accord de la direction des différents lycées, nous nous sommes mis en contact avec les professeurs ou les infirmières scolaires.

Pour le lycée Nicolas Appert, les questionnaires ont été pris en charge par l'infirmière scolaire chargée de les distribuer auprès des jeunes filles résidant à l'internat en semaine et participant à des heures d'études le soir et des cours d'éducation physique et sportive auprès du professeur responsable (seul professeur de l'établissement qui a accepté de participer à l'étude).

Pour le lycée La motte, c'est le professeur de Sciences et Vie de la Terre qui s'est chargé de réceptionner les questionnaires et de les donner aux professeurs de chaque classe participant à

l'étude.

Pour le lycée Sacré-Cœur, les questionnaires ont été pris en charge par un des professeurs de Sciences et vie de la terre pour les filières générales et par un professeur de la filière technique et professionnelle. Ils étaient chargés de donner les questionnaires aux différents professeurs acceptant de participer à l'étude.

Enfin pour le lycée Gabriel Guist'hau, les questionnaires ont été pris en charge par l'infirmière scolaire qui les a distribués auprès des professeurs principaux des différentes classes.

Le recueil des données a été réalisé à partir du logiciel Epidata.

F. Méthodes statistiques

Le logiciel utilisé pour l'analyse statistique des données était Epidata Entry 3.1. Les données qualitatives sont décrites en pourcentage, et les données quantitatives avec la moyenne, l'écart type, le minimum et le maximum.

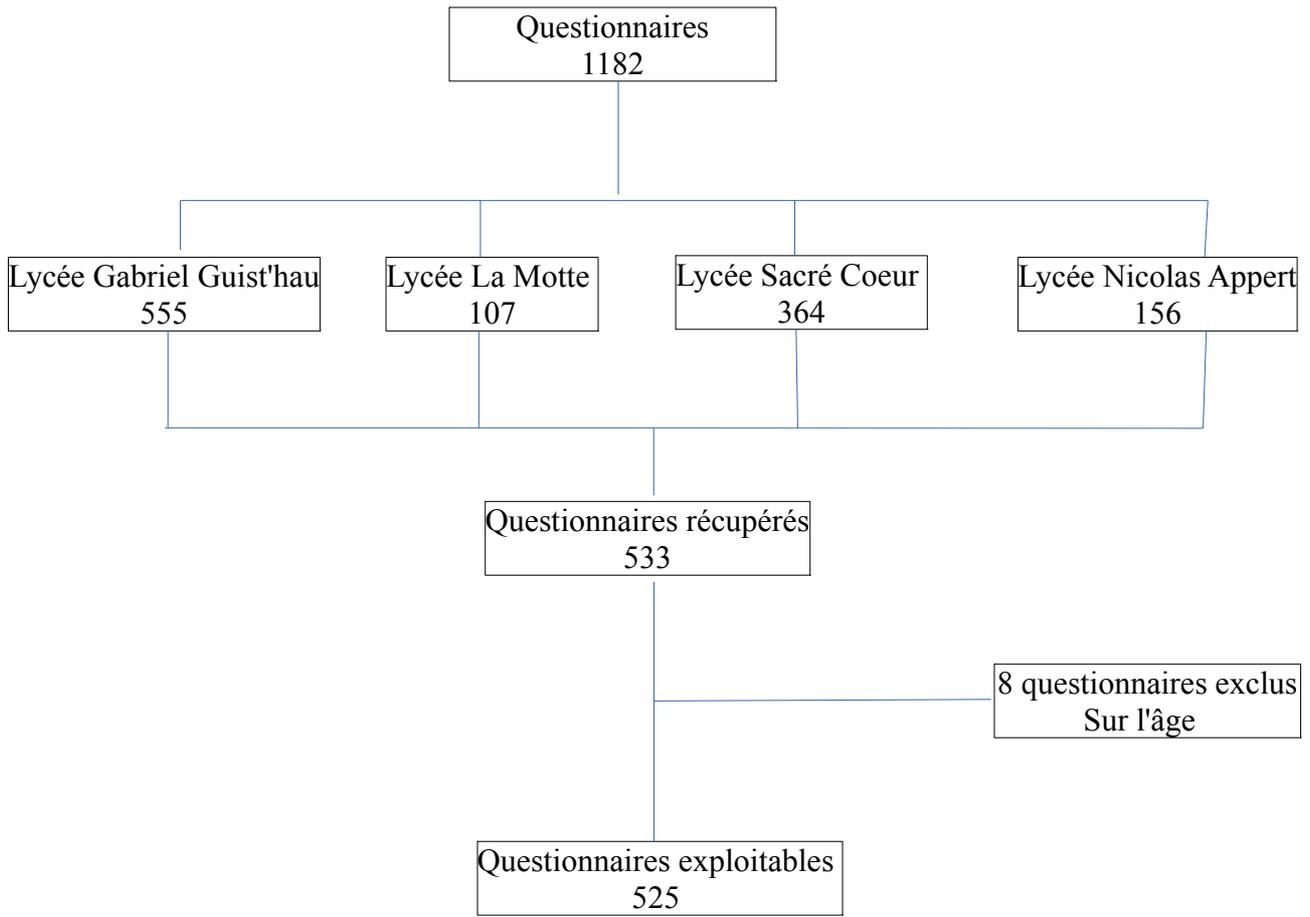
Les tests statistiques pour les comparaisons des pourcentages étaient réalisés avec la méthode du Chi² (χ^2), les moyennes étaient comparées avec le test t de Student, avec un seuil de décision de $p < 0,05$.

III. Les résultats

A. Analyse descriptive dans sa généralité

1. Nombre de questionnaires exploitables

Les étapes de distribution sont décrites dans le diagramme de flux à la page suivante.



2. Profil des adolescentes

a. Age des adolescentes

L'âge moyen des adolescentes de l'étude était de 17,3 ans \pm 1,2 an (15,0 et 19,9 ans).

b. Commune de résidence

Nous avons défini deux groupes, un groupe résidant dans l'agglomération nantaise et un deuxième hors agglomération nantaise.

340/525 (64,8%) jeunes filles habitaient hors de l'agglomération nantaise.

c. Catégories socio-professionnelles des parents

→ Profession :

Nous avons défini deux groupes pour la profession des parents des adolescentes. Un premier groupe correspondant aux cadres et aux professions intermédiaires et un deuxième groupe correspondant aux autres catégories professionnelles (agriculture, artisan, commerçant, chef d'entreprise, employé, ouvrier, retraité, sans emploi).

326/525 (62,1%) des parents des jeunes filles avaient une profession autre que cadres et professions intermédiaires (376/525 soit 71,6 % du côté des mères et 382/525 soit 72,8 % du côté des pères).

→ Situation maritale et constitution du foyer

Nous avons demandé aux jeunes filles si leurs parents étaient mariés ou divorcés et si elles vivaient avec leurs deux parents, uniquement l'un des parents ou autres.

Dans la majorité des cas, les parents étaient mariés (326/525 soit 62,1%) et les jeunes filles vivaient avec leur deux parents (342/525 soit 65,1%).

d. La scolarité des adolescentes

→ Lycée :

Les lycées étaient divisés en 2 types : public et privé. Dans notre étude, la répartition était globalement homogène entre les deux types de lycée : 239/525 soit 45,5 % étaient des lycées publics et 285/525 soit 54,3 % étaient des lycées privés.

Les filières étaient réparties en 3 groupes : générale, professionnelle et technique.

Tableau VIII : Répartition des types de lycées

	Effectif	%
Public	239	45,5
Privé	285	54,3
Pas de réponse	1	0,2
Total	525	100

Tableau IX : Répartition des lycées selon les filières :

	Effectif	%
Général	235	44,8
Professionnel	248	47,2
Technique	41	7,8
Pas de réponse	1	0,2
Total	525	100

→ Classe :

Les classes représentées dans l'étude étaient les classes de seconde (216/525 soit 41,1%), les classes de première (155/525 soit 29,5%) et les classes de terminale (152/525 soit 29%). Dans le questionnaire, il était possible de choisir la classe de BTS (brevet de technicien supérieur) mais aucun questionnaire n'a été distribué dans une de ces classes.

Tableau X : Répartition des classes

	Effectif	%
Seconde	216	41,1
Première	155	29,5
Terminale	152	29
Pas de réponse	2	0,4
Total	525	100

e. Participation à une séance d'éducation sexuelle

347/525 (66,1%) des jeunes filles de notre étude avaient participé à plusieurs séances d'éducation sexuelle lors de leur scolarité, 105/525 (20%) à une seule et 58/525 (11%) à aucune séance (15 jeunes filles n'ont pas répondu à la question).

La participation à plusieurs séances d'éducation sexuelle était plus fréquente dans le public et dans la filière générale par rapport au privé ($p = 10^{-4}$).

Pour la participation à une seule ou aucune séance, elle était plus fréquente dans le privé et la filière professionnelle.

Tableau XI : Comparaison de la participation aux séances d'éducation sexuelle selon le type de lycée

	Plusieurs séances	Une seule séance	Aucune séance	Total
Public	194 (55,9%)	29 (27,6%)	14 (24,6%)	237 (46,6%)
Privé	153 (44,1%)	76 (72,4%)	43 (75,4%)	272 (53,4%)
Total	347 (100%)	105 (100%)	57 (100%)	509

$p = 10^{-4}$

Tableau XII : Comparaison de la participation aux séances d'éducation sexuelle selon la filière :

	Plusieurs séances	Une seule séance	Aucune séance	Total
Général	188 (54,2%)	25 (23,8%)	18 (31,6%)	231 (45,4%)
Professionnel	136 (39,2%)	64 (61%)	37 (64,9%)	237 (46,6%)
Technique	23 (6,6%)	16 (15,2%)	2 (3,5%)	41 (8,1%)
Total	347 (100%)	105 (100%)	57 (100%)	509 (100%)

$p = 10^{-4}$

3. La sexualité des adolescentes

a. Age du premier rapport

Sur les 525 jeunes filles participant à l'étude, 255/525 soit 48,6 % avaient des rapports sexuels (avec

15 réponses manquantes).

L'âge moyen du premier rapport dans notre étude était de 15,4 ans \pm 1,1 an.

Les jeunes filles avaient des rapports sexuels plus précoces dans le secteur public (15,2 ans \pm 0,9) par rapport au secteur privé (15,5 ans \pm 1,3) (p 0,03).

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative selon la profession des parents, la zone démographique et la situation maritale des parents.

b. Utilisation du préservatif

Parmi les jeunes filles ayant des rapports sexuels, 218/255 (85,5%) ont utilisé un préservatif lors de leur premier rapport (avec 4 réponses manquantes).

L'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel était retrouvée chez 96/255 (37,6%) des jeunes filles ayant des rapports sexuels (avec 14 réponses manquantes).

c. Interruption volontaire de grossesse

La fréquence de l'IVG dans notre étude était faible avec 10/525 (1,9%) des adolescentes.

271/525 jeunes filles n'avaient pas répondu à la question.

Parmi les jeunes filles ayant des rapports sexuels (n=255) la fréquence de l'IVG était de 10/255 soit 3,9 % avec 5 réponses manquantes.

La moyenne d'âge des adolescentes ayant subi une IVG était de 17,8 ans \pm 1,0 an.

Nous avons demandé à ces adolescentes les raisons pour lesquelles elles étaient tombées enceintes en cochant au choix 3 réponses et en rédigeant une réponse si besoin :

- pour 7/10 (70%) l'absence de contraception était en cause
- pour 5/10 (50%) il s'agissait de l'absence de préservatif
- 1 jeune fille déclarait une raison personnelle non détaillée

Plusieurs réponses étaient possibles à cette question.

4. Pratique contraceptive des adolescentes

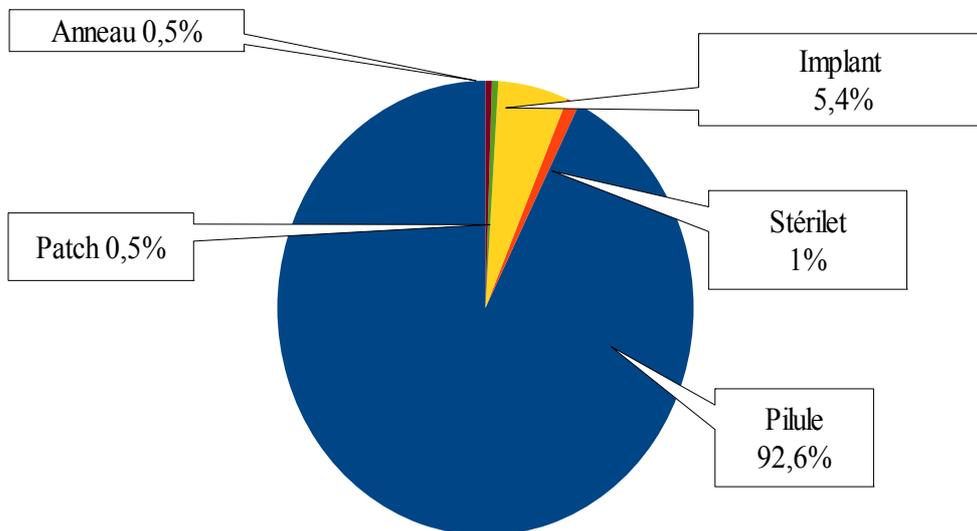
a. Contraception utilisée par les adolescentes

Sur les 525 adolescentes âgées de 15 à 19 ans de notre étude, 203/525 utilisaient une contraception soit 38,7 % (avec 10 réponses manquantes). Leur moyenne d'âge était de 17,7 ans \pm 1,0 an.

La contraception utilisée par la majorité des adolescentes de notre étude était la pilule avec 188/203 jeunes filles soit 92,6 %. La deuxième contraception utilisée par les adolescentes était l'implant sous cutanée avec 11/203 adolescentes soit 5,4 %. Le DIU était retrouvé chez 2/203 adolescentes (1%), l'anneau vaginal chez 1/203 adolescente (0,5%) et le patch chez 1/203 (0,5 %).

Le diagramme suivant représente la répartition des différents contraceptifs utilisés par les adolescentes de notre étude soit un effectif de 203 adolescentes.

Figure 4: Répartition des différentes contraceptions utilisées chez les adolescentes



b. Prescription de la contraception

Nous avons demandé aux adolescentes ayant une contraception de choisir parmi plusieurs réponses, le professionnel ou l'établissement par lequel elles ont obtenu leur contraception.

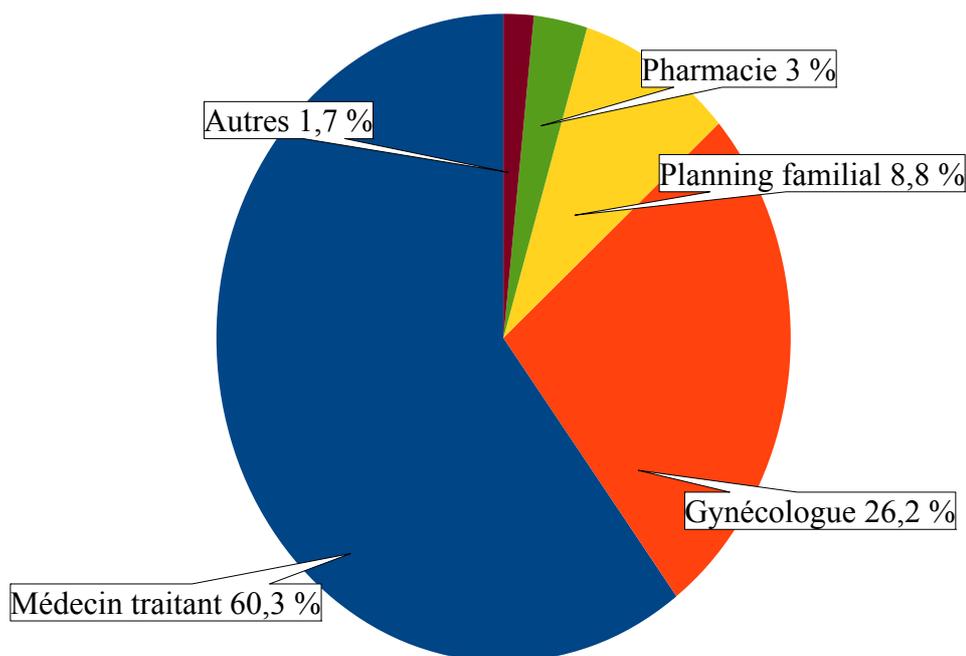
Plusieurs réponses étaient possibles, nous avons donc recueilli au total 237 réponses réparties de la façon suivante :

- Médecin traitant : 143/237 soit 60,3 %
- Gynécologue : 62/237 soit 26,2 %
- Planning familial : 21/237 soit 8,8 %
- Pharmacie : 7/237 soit 3 %
- Autres : 4/237 soit 1,7 % (dermatologue , endocrinologue, sage femme, mère).

Le médecin traitant est donc en première ligne pour la prescription d'une contraception chez l'adolescente.

Parmi les réponses proposées, la pharmacie n'est pas un moyen d'avoir une prescription de contraception mais son obtention, ce qui a posteriori n'est pas adapté à la question, mais cela ne fausse pas les résultats car la pharmacie a été choisie par seulement 7 jeunes filles.

Figure 5: Obtention de la contraception chez les adolescentes n=237



c. Information sur la contraception

Tout d'abord, nous avons demandé aux jeunes filles leur ressenti concernant l'information sur leur contraception et 133/203 soit 65,5 % des jeunes filles ayant une contraception se sentaient suffisamment informées.

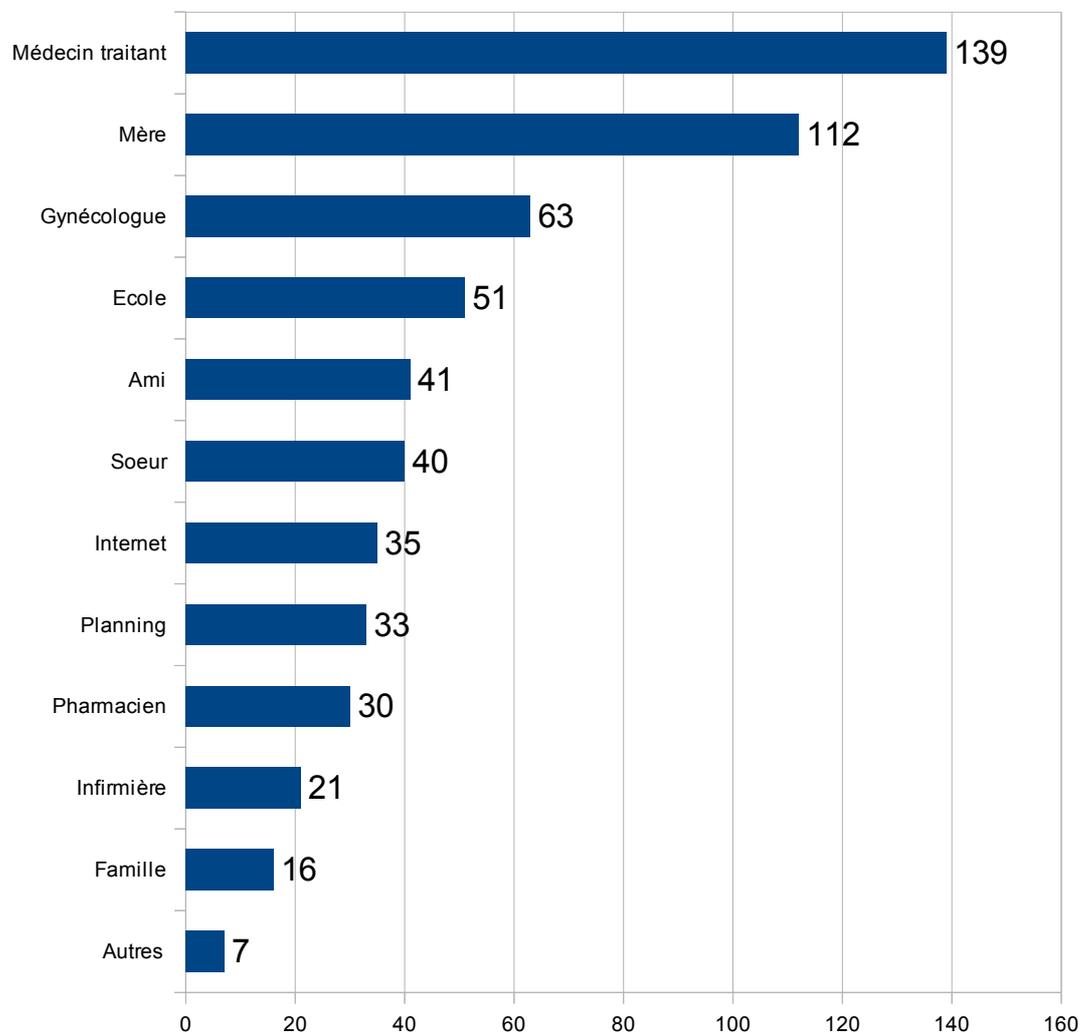
Par la suite, nous leur avons demandé si elles avaient reçu une information sur différents éléments concernant la contraception : l'utilisation de celle-ci, ses risques, ses effets secondaires et la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule pour celles prenant la pilule.

Les résultats sont les suivants :

- sur l'utilisation de la contraception : 190/203 avaient reçu une information à ce sujet soit 93,6 % (avec 1 réponse manquante),
- sur les risques et les effets secondaires : 156/203 avaient reçu des informations sur les risques et effets secondaires de leur contraception soit 76,8 % (avec 1 réponse manquante),
- sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule : 169/203 avaient reçu l'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule soit 83,3 % (avec 11 réponses manquantes). En ne sélectionnant que les jeunes filles prenant la pilule (soit 188), le pourcentage restait globalement identique à 88,2 %.

Ensuite nous leur avons demandé de sélectionner parmi plusieurs réponses la ou les personnes qui leur avaient transmis ces informations. Il pouvait s'agir d'un professionnel de santé ou d'une personne de leur entourage. Plusieurs réponses étaient possibles. Les résultats obtenus sont représentés dans le diagramme ci-dessous. Il est important de noter que le médecin traitant représente la principale source d'information sur la contraception pour les jeunes filles.

Figure 6 : Informations sur la contraception (réponses multiples sur 588)



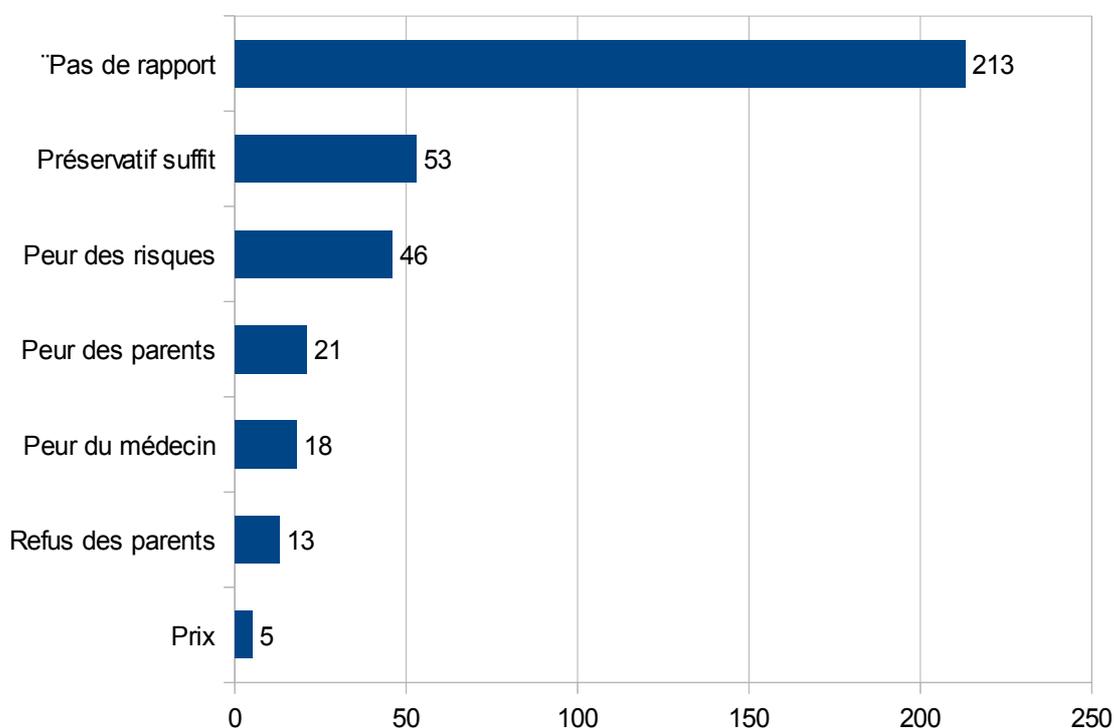
d. Les raisons d'une absence de contraception

L'absence de contraception était observée chez 312/525 jeunes filles soit 59,4 % (avec 10 réponses manquantes).

Plusieurs raisons d'absence de contraception étaient proposées avec plusieurs réponses possibles.

Les résultats sont représentés dans le diagramme suivant :

Figure 7: Raisons d'une absence de contraception (réponses multiples sur 369)



46 adolescentes avaient peur des risques de la contraception et 40 avaient détaillé ces risques :

- Le risque le plus mentionné était la peur de grossir pour 22 jeunes filles
- puis l'association avec le tabac pour 5 jeunes filles
- les autres risques mentionnés étaient l'acné, la stérilité, l'oubli de pilule, les modifications hormonales, l'inefficacité de la contraception, les effets secondaires et le décès.

Les autres raisons d'absence de contraception détaillées à l'aide d'une question ouverte étaient l'acné, la prise de poids, l'association avec le tabac, le risque d'oubli, l'aspect contraignant de certaines contraceptions, les rapports homosexuels, la difficulté d'accessibilité à une consultation avec un gynécologue et la peur de prendre des hormones.

Les jeunes filles ne prenant pas de contraception se disaient suffisamment informées sur la contraception à 171/312 soit 54,8 % (avec 22 réponses manquantes).

e. Connaissances sur la contraception

→ Les différents contraceptifs disponibles :

Nous avons demandé aux adolescentes sous la forme d'une question ouverte quels moyens de contraceptions connaissaient-elles. Nous n'avons pas pris en compte tous les modes de contraception mentionnés. En effet, certaines jeunes filles avaient mentionné les spermicides ou le diaphragme. Ces moyens de contraception sont peu efficaces et peu utilisés dans cette population, nous avons donc décidé de ne pas en tenir compte.

Tableau XIII : Moyens de contraception connus par les adolescentes

Moyens de contraception	Effectif n = 525	%
Pilule	422	80,4
DIU	399	76
Préservatif	383	73
Implant	315	60
Patch	173	33
Anneau	62	12

Nous nous attendions à avoir un chiffre plus important concernant le préservatif qui normalement est le moyen de contraception le plus utilisé chez les adolescents. Il est possible que certaines jeunes filles ne considèrent pas le préservatif comme un moyen de contraception.

→ Les idées reçues sur la contraception et la sexualité :

Les jeunes filles devaient répondre par « oui » ou par « non » à différentes questions concernant la sexualité et la contraception.

- **Peut-on tomber enceinte lors du premier rapport sexuel ?**

434/525 jeunes filles avaient répondu « oui » soit 82,7 % (avec 53 réponses manquantes).

- Les mineures doivent-elles obligatoirement payer leur contraception ?

346/525 soit 65,9 % avaient répondu « non » (avec 71 réponses manquantes).

- L'examen gynécologique est-il obligatoire lors de la prescription d'une contraception par un médecin ?

373/525 soit 71 % des adolescentes avaient répondu « non » (avec 53 réponses manquantes).

Pour 325/525 soit 61,9 % des adolescentes, l'examen gynécologique n'était pas un obstacle pour voir un médecin (avec 86 réponses manquantes).

- La pilule fait-elle grossir ?

291/525 soit 55,4 % des adolescentes avaient répondu « oui » (avec un nombre de réponses manquantes important à 113).

- Le stérilet peut-il rendre stérile ?

352/525 adolescentes soit 67 % avaient répondu « non » (avec 76 réponses manquantes).

- Le stérilet peut être posé uniquement chez une femme ayant déjà eu un enfant :

319/525 adolescentes avaient répondu « non » soit 60,8 % (avec 80 réponses manquantes).

- Mes parents seront-ils forcément au courant si je prends une contraception ?

346/525 adolescentes avaient répondu « non » soit 65,9 % (avec 54 réponses manquantes).

Les réponses à ces différentes questions étaient globalement satisfaisantes (hormis pour la prise de poids qui reste un effet secondaire de la pilule pour beaucoup de jeunes filles), mais le nombre de réponses manquantes était important sur l'ensemble des questions. Il était difficile de conclure dans ce cas à l'absence d'idées reçues sur la sexualité et la contraception chez les adolescentes.

→ les effets secondaires des 3 contraceptifs les plus utilisés : la pilule, l'implant et le DIU :

- La pilule :

280/525 soit 53,3 % des adolescentes disaient ne pas avoir peur de la pilule (35 réponses manquantes).

Tableau XIV : Les adolescentes ont-elles peur de la pilule ? n=525

	Effectif	%
Beaucoup	15	2,9
Assez	35	6,7
Un peu	160	30,5
Pas du tout	280	53,3
Réponses manquantes	35	6,7
Total	525	100

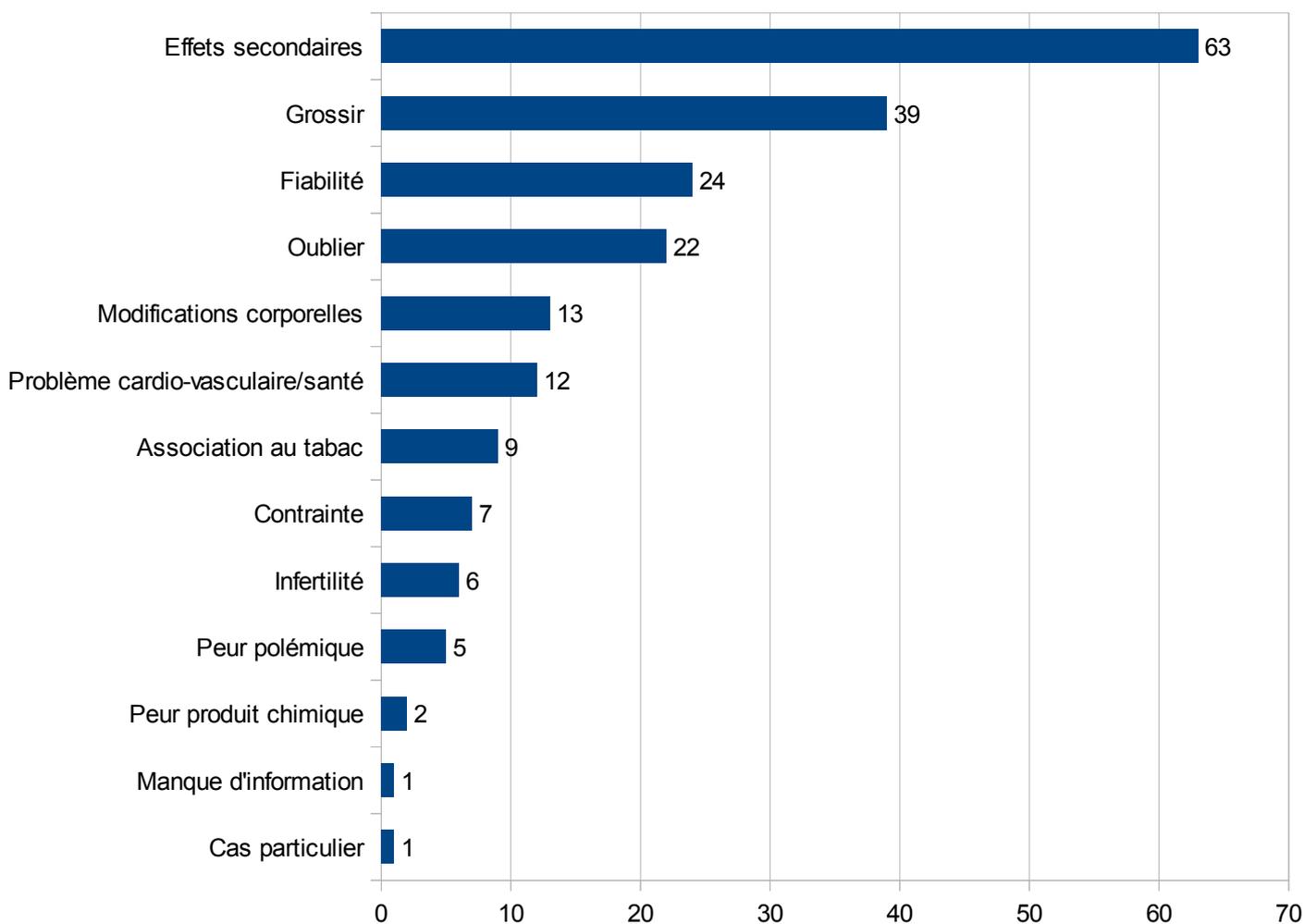
Pour celles ayant peur de la pilule, nous leur avons demandé de détailler pourquoi elles en avaient peur à l'aide d'une question ouverte et nous avons réparti leur réponses en sous groupes :

- une association avec le tabac
- Le risque de problème cardio-vasculaire et de problème de santé en général
- Inefficacité ou absence de fiabilité de la contraception
- Peur de grossir
- Modifications corporelles ou hormonales (changement du cycle, prise de poitrine, acné...)
- Stérilité ou infertilité
- Contrainte (prise à heure fixe)
- Risque d'oubli
- Effets secondaires en général (que nous détaillerons par la suite)
- Pilule de 4^e génération-peur liée à la polémique récente sur les pilules de dernières générations
- Peur de prendre un produit chimique
- Manque d'informations
- Cas particuliers

Les deux principales peurs retrouvées étaient liées aux effets secondaires de la pilule (non détaillés ici) et la peur de grossir. Les autres peurs mentionnées étaient l'inefficacité ou non fiabilité de la pilule et la peur de l'oublier.

Les résultats sont représentés dans le diagramme ci-dessous :

Figure 8: Motifs des peurs de la pilule (réponses multiples sur 204)



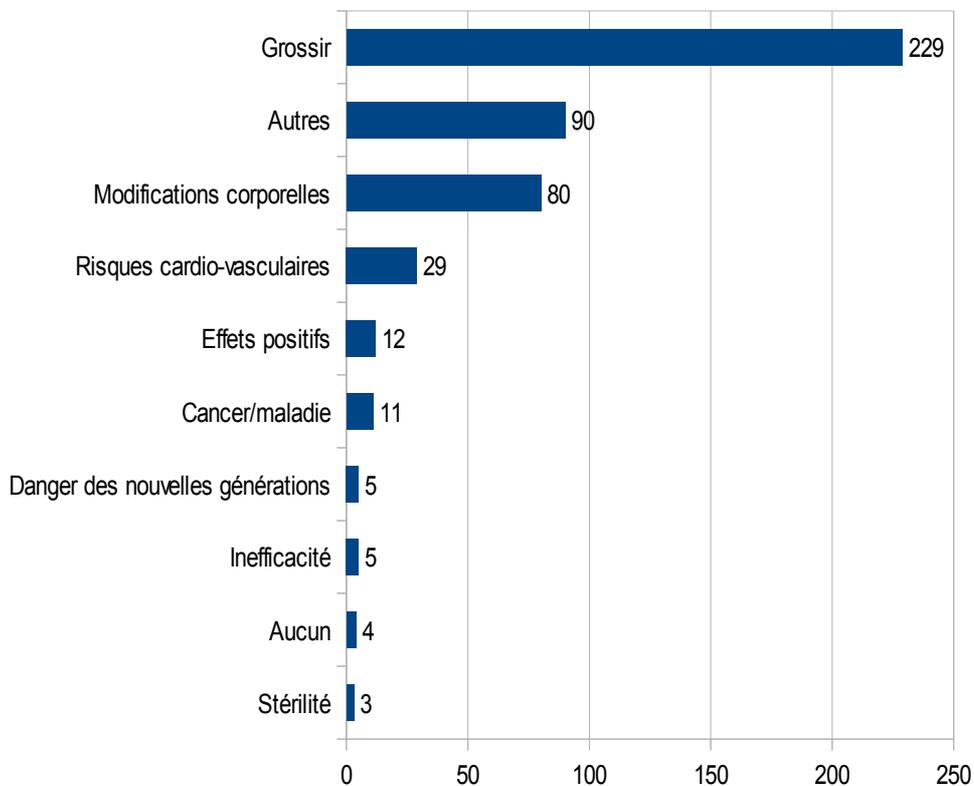
Nous avons demandé aux adolescentes de nous mentionner quels étaient pour elles les effets secondaires de la pilule à l'aide d'une question ouverte. Nous avons obtenu au total 468 réponses que nous avons regroupé en sous-groupes d'effets secondaires :

- Les effets cardio-vasculaires
- Le cancer et la maladie
- Grossir
- Stérilité
- Modifications corporelles : augmentation du volume des seins, acné, pilosité
- Inefficacité
- Aucun
- Effets positifs sur le corps (non détaillés par les adolescentes)
- Danger selon les générations de pilule
- Autres : céphalées, vomissements, dépression, douleur abdominale, bouffées de chaleur, saignement, faim, vertiges, troubles du cycle.

L'effet secondaire le plus souvent mentionné était « grossir » avec 229 réponses. Il s'agit donc toujours, malgré l'absence d'étude le prouvant, d'une croyance dans l'esprit des adolescentes qui dans cette période de la vie peut être un frein à la prise de la pilule.

Les résultats sont représentés dans le diagramme à la page suivante.

Figure 9: Effets secondaires de la pilule redoutés par les adolescentes (réponses multiples sur 468)



- [Le DIU](#) :

De la même façon que la pilule, nous leur avons demandé de mentionner quels étaient pour elles les effets secondaires du DIU à l'aide d'une question ouverte. Avec leur réponse nous avons défini plusieurs groupes d'effets secondaires :

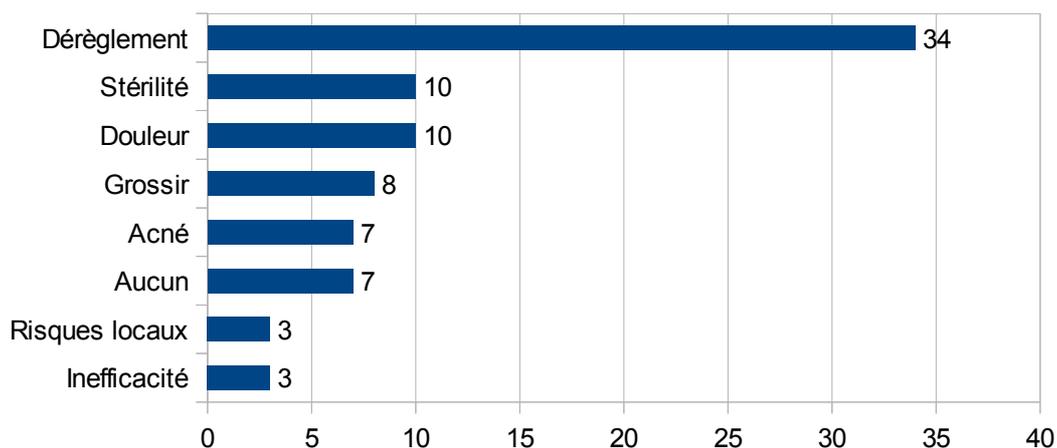
- Aucun
- Acné
- Grossir
- Douleur
- Stérilité
- Dérèglement hormonal : pilosité, bouffées de chaleur, saignement, aménorrhée
- Inefficacité
- Risques locaux : perforation utérine, irritation utérine, déplacement

Nous avons récolté 90 réponses et parmi elles, l'effet secondaire le plus mentionné était le dérèglement hormonal avec notamment les saignements voire l'aménorrhée.

Puis la stérilité était le deuxième effet secondaire mentionné.

Les résultats sont représentés dans le diagramme ci-dessous :

Figure 10: Effets secondaires du DIU (réponses multiples sur 90)



- L'implant sous -cutané :

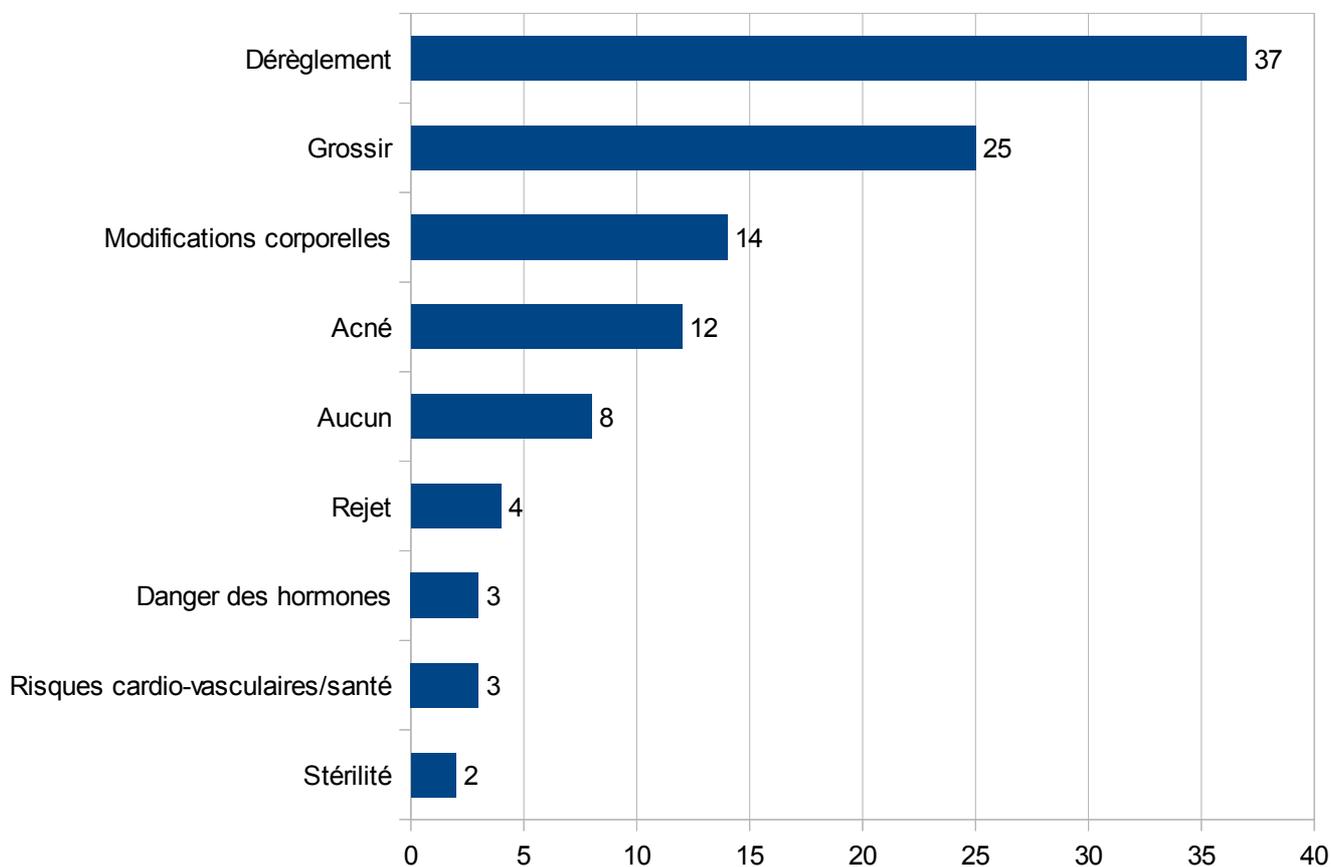
Nous avons récolté 108 réponses pour les effets secondaires de l'implant sous cutané, et de la même façon que précédemment , nous avons défini des sous-groupes :

- Aucun
- Grossir
- Stérilité
- Risques cardio-vasculaires et problèmes de santé
- Dérèglement
- Acné
- Modifications corporelles : douleur, changement d'humeur, pilosité, perte de la libido, bouffées de chaleur, alopécie
- Rejet
- Risques liés aux hormones

Les deux principaux effets secondaires retrouvés étaient le dérèglement et grossir.

Les résultats sont représentés dans le diagramme ci-dessous :

Figure 11: Effets secondaires implant sous cutané (réponses multiples sur 108)



→ La contraception d'urgence :

Les questions portaient sur leur connaissance de la contraception d'urgence : son existence, son obtention et son délai de prise.

La question sur le délai de prise était une question ouverte. Les réponses considérées comme correctes étaient : 3 jours, 72 heures, 5 jours, 120 heures et 3 à 5 jours.

L'existence de la contraception d'urgence était connue par 471/525 soit 89,7 % des jeunes filles (avec 44 réponses manquantes).

Parmi les jeunes filles connaissant la contraception d'urgence :

- Pour 407/471 soit 86,4 % la délivrance peut se faire sans ordonnance (avec 29 réponses manquantes)
- Pour 402/471 soit 85,4 % elle est gratuite pour les mineures (avec 26 réponses manquantes)
- Pour 326/471 soit 69,2 % elle n'est pas gratuite pour les majeures (avec 45 réponses manquantes)
- 158/471 soit 33,54 % avaient une réponse correcte au délai de prise de la contraception d'urgence (avec 101 réponses manquantes)

Tableau XV : Délai de prise de la contraception d'urgence :

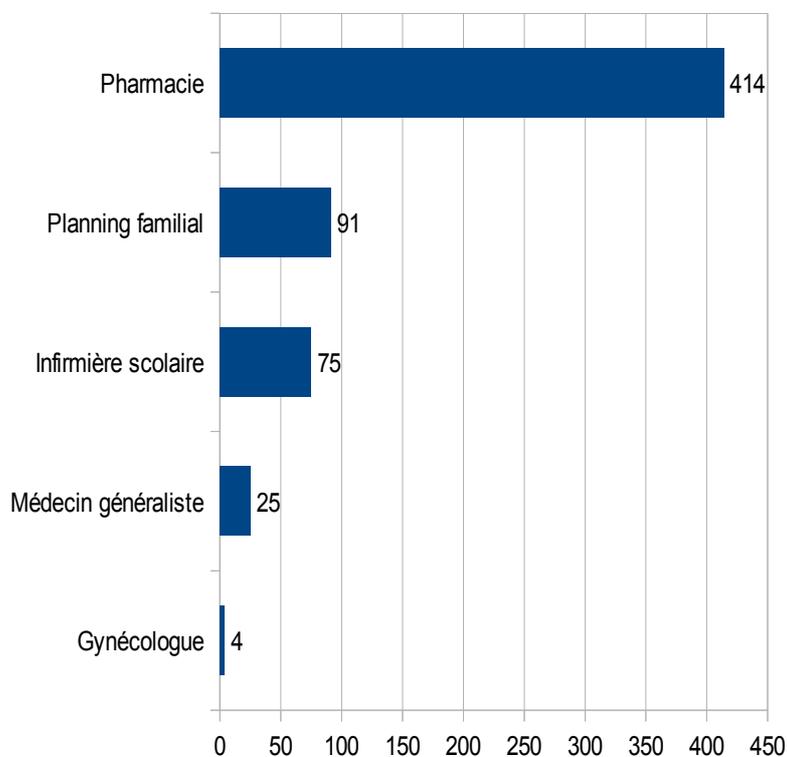
	Effectif	%
3 jours ou 72 heures	153	32,5
5 jours ou 120 heures	4	0,85
3 à 5 jours	1	0,21
Réponses incorrectes	212	45
Réponses manquantes	101	21,5
Total	471	100

- 34/471 soit 7,2 % avaient utilisé plusieurs fois la contraception d'urgence, 71/471 soit 15,1 % 1 seule fois et 311/471 soit 66 % jamais (avec 55 réponses manquantes).

Pour l'obtention de la contraception d'urgence, il s'agissait d'une question ouverte où les adolescentes devaient mentionner par quel professionnel ou établissement elles pouvaient se procurer la contraception d'urgence.

Les résultats sont présentés dans le diagramme à la page suivante.

Figure 12: Obtention de la contraception d'urgence (réponses multiples sur 609)



La pharmacie était en tête de liste pour l'obtention de la contraception d'urgence pour les adolescentes. Puis le planning familial et l'infirmière scolaire étaient mentionnés. Le médecin traitant ou le gynécologue étaient peu représentés, probablement à cause de délais de consultation considérés comme trop longs devant l'urgence de la demande.

La participation aux séances d'éducation sexuelle n'avait pas d'influence sur la connaissance de la contraception d'urgence concernant le délai de prise et l'obtention de celle-ci avec un p 0,92.

Seule la connaissance de son existence semblait être influencée par la participation à plusieurs séances d'éducation sexuelle avec un p 0,049.

Tableau XVI : Influence de la participation aux séances d'éducation sexuelle sur une bonne connaissance de la contraception d'urgence (délai de prise et obtention correcte)

	Connaissance +	Connaissance -	Total
Plusieurs séances	32 (66,7%)	59 (64,1%)	91 (65,0%)
Une seule séance	10 (20,8%)	22 (23,9%)	32 (22,9%)
Aucune séance	6 (12,5%)	11 (12,0%)	17 (12,1%)
Total	48 (100%)	92 (100%)	140

p= 0,92

Tableau XVII: Influence de la participation aux séances d'éducation sexuelle sur la connaissance de l'existence de la contraception d'urgence

	Connaissance +	Connaissance -	Total
Plusieurs séances	331 (71,8%)	4 (40%)	335 (71,1%)
Une seule séance	89 (19,3%)	5 (50%)	94 (20%)
Aucune séance	41 (8,9%)	1 (10%)	42 (8,9%)
Total	461 (100%)	10 (100%)	471

p = 0,049

→ Le PASS contraception :

Nous avons demandé aux adolescentes si elles connaissaient le PASS contraception et par qui elles avaient reçu des informations à son sujet.

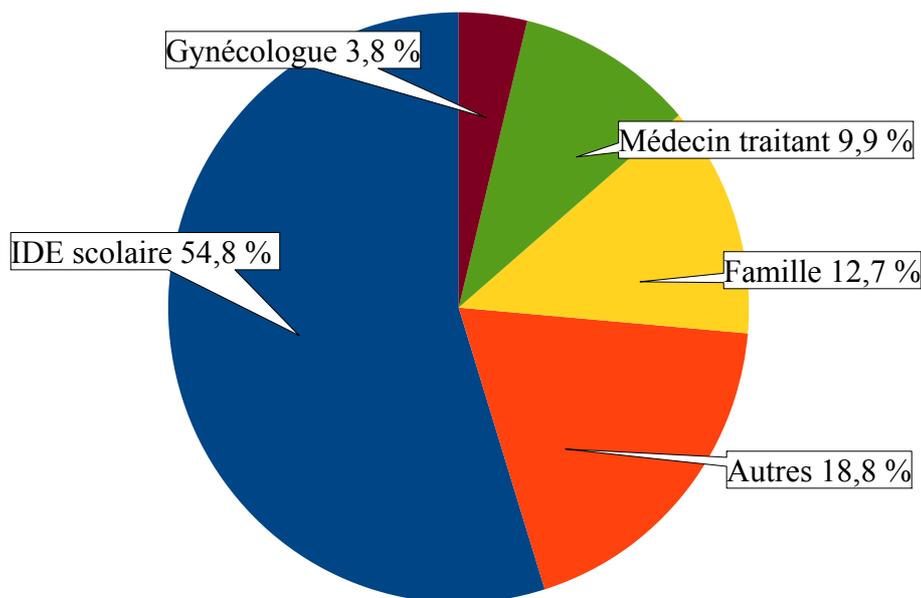
- 241/525 soit 45,9 % des adolescentes de l'étude connaissaient l'existence du PASS contraception (avec 53 réponses manquantes).

Concernant l'information sur le PASS contraception, nous avons demandé aux adolescentes de choisir parmi plusieurs propositions par qui elles avaient reçu des informations. Les pourcentages sont calculés à partir d'un effectif de 292 adolescentes devant le choix multiple de réponses :

- Médecin traitant : 29/292 soit 9,9 %
- Gynécologue : 11/292 soit 3,8 %
- Infirmière scolaire : 160/292 soit 54,8 %
- Famille : 37/292 soit 12,7 %
- Autres : 55/292 soit 18,8 % (affiches publicitaires, amis, lycée, intervenants extérieurs, internet, le planning familial et le conseil général).

Les résultats sont représentés ci-dessous :

Figure 13: Informations sur le PASS contraception n=292



5. Les adolescentes à risque

Une adolescente à risque est celle dont le comportement lui confère un risque de grossesse non désirée et par conséquent d'IVG.

Parmi les adolescentes de l'étude, nous avons voulu définir deux populations à risque. Ces deux populations avaient comme point commun le fait d'être sexuellement active. A partir de cet élément, nous avons divisé cette population en deux sous-groupes :

- Les adolescentes sexuellement actives ne prenant pas de contraception : ces jeunes filles étaient à risques de grossesse non désirée du fait d'absence de contraception. Nous avons voulu savoir si dans cette population l'utilisation du préservatif et de la contraception d'urgence leur conféraient une protection contre les grossesses non désirées et comprendre pourquoi elles n'avaient pas de contraception.
- Les adolescentes sexuellement actives prenant une contraception : dans cette population, nous avons étudié uniquement les jeunes filles prenant la pilule car ce moyen de contraception était retrouvé à 92,6 % dans notre étude. L'anneau, le patch, l'implant et le DIU étaient peu utilisés dans notre étude donc les résultats risquaient de ne pas être contributifs.

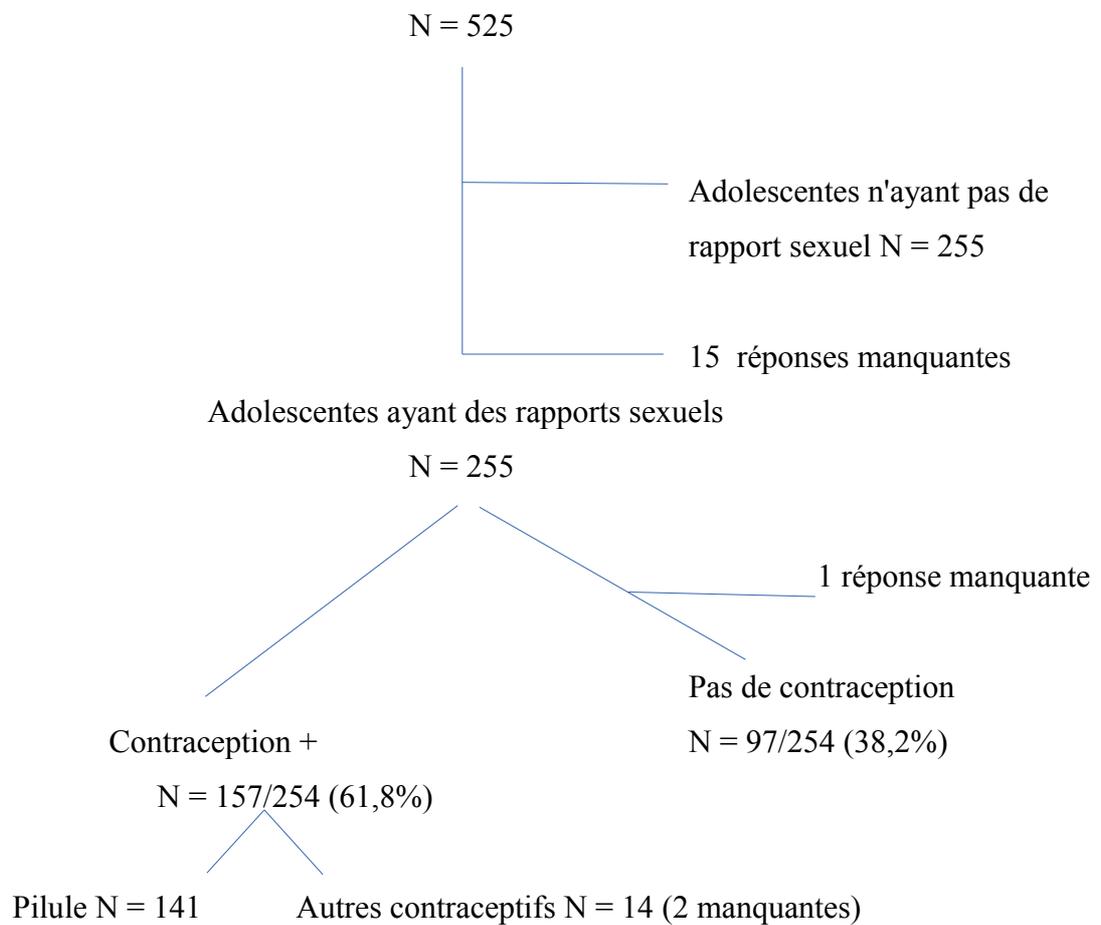
Le risque de grossesse non désirée résidait dans différents critères :

- mauvaise prise et utilisation de la pilule
- mauvaise connaissance sur la contraception d'urgence
- mauvaise connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule
- mauvaise ou non utilisation du préservatif

Pour les deux sous-groupes, nous avons effectué une étude socio-démographique afin de déterminer les caractéristiques de chaque population.

La population étudiée avec les deux sous-groupes est représentée dans le flow-chart suivant :

Population de l'étude
Adolescentes âgées de 15 à 19 ans inclus scolarisées dans des lycées de Loire-atlantique



B. Analyse des deux populations à risque

1. Adolescentes sexuellement actives ne prenant pas de contraception

Ces jeunes filles étaient au nombre de 97 dans notre étude.

2/97 soit 2,1 % avaient déjà fait une IVG (4 réponses manquantes), l'une parce qu'elle n'avait pas de contraception, l'autre n'avait pas mentionné de raison.

Dans cette population, nous avons tout d'abord essayé de comprendre pour quelles raisons les jeunes filles ne prenaient pas de contraception puis s'axer sur les critères à risque de grossesse non

désirée qui sont les suivants :

- Une mauvaise connaissance de la contraception d'urgence : son délai de prise et son obtention
- Une mauvaise ou non utilisation du préservatif : pas d'utilisation à chaque rapport.

a. Profil de cette population

Leur moyenne d'âge était de 17,3 ans \pm 1,0 an.

Elles étaient pour la majorité dans le général 46/97 soit 47,4 % avec une proportion légèrement inférieure pour le professionnel avec 42,3 %. Le secteur public était majoritairement représenté avec 52/97 soit 53,6 %.

Tableau XVIII : Répartition des différentes filières dans cette population :

	Effectif	%
Lycée général	46	47,4
Lycée professionnel	41	42,3
Lycée technique	10	10,3
Total	97	100

Tableau XIX : Répartition des types de lycées dans cette population :

	Effectif	%
Lycée public	52	53,6
Lycée privé	45	46,4
Total	97	100

Concernant les classes, elles étaient globalement bien réparties entre la seconde, première et terminale.

Tableau XX : Répartition des classes

	Effectif	%
Seconde	34	35,1
Première	26	26,8
Terminale	37	38,1
Total	97	100

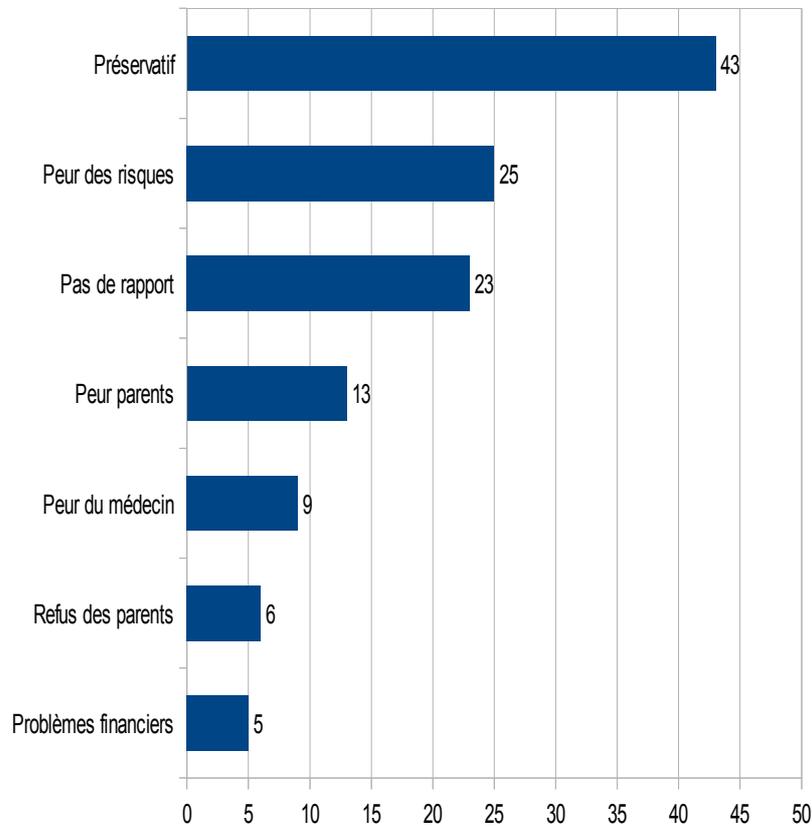
Elles habitaient pour 64/97 soit 66 % en dehors de l'agglomération nantaise.

Pour la majorité, les parents étaient mariés (60/97 soit 61,9 % avec 10 réponses manquantes) et avaient une profession autre que cadre (52/97 soit 53,6%).

b. Les raisons d'une absence de contraception

Comme dans la partie précédente, nous avons demandé aux jeunes filles à l'aide d'une question à choix multiples la ou les raisons pour lesquelles elles n'avaient pas de contraception. Les résultats sont représentés dans le diagramme à la page suivante.

Figure 14: Raisons d'absence de contraception chez les adolescentes ayant des rapports sexuels (réponses multiples n = 124)



Les deux principales raisons d'une absence de contraception dans cette population étaient l'utilisation du préservatif comme seul moyen de contraception et la peur des risques d'une contraception autre que le préservatif.

23/97 (23,7%) avaient détaillé ces risques : la prise de poids (10/97) et les risques encourus par une association avec le tabac (5/97) étaient les deux principaux risques retrouvés. Les autres concernaient la contrainte de la prise de pilule avec le risque d'oubli, la maladie telle que le cancer du sein avec le risque de décès, le risque d'inefficacité, les changements hormonaux et enfin les effets secondaires.

Avec l'aide d'une question ouverte , nous leur avons demandé s'il y avait d'autres raisons à cette absence de contraception : 23/97 (23,7%) avaient répondu à cette question. Pour 5 jeunes filles il s'agissait de rapports homosexuels et pour 5 autres la démarche était en cours. Les autres raisons retrouvées étaient l'association avec le tabac, la contrainte, la difficulté d'accessibilité à un rendez vous avec un gynécologue, l'intolérance à la contraception, le refus de la pilule.

c. Connaissances sur la contraception d'urgence

92/97 soit 94,8 % connaissaient l'existence de la contraception d'urgence (avec 5 réponses manquantes).

La suite des statistiques est réalisée avec un effectif de 92 jeunes filles correspondant à celles connaissant l'existence de la contraception d'urgence.

→ La délivrance de la contraception d'urgence :

- Pour 78/92 soit 84,8 % elle est disponible sans ordonnance (avec 5 réponses manquantes)
- Pour 81/92 soit 88 % elle est gratuite pour les mineures (avec 5 réponses manquantes)
- Pour 67/92 soit 72,8 % elle n'est pas gratuite pour les majeures (avec 6 réponses manquantes)

→ ATCD d'utilisation :

- 10/92 (10,9 %) l'avaient utilisé plusieurs fois, 15/92 (16,3 %) 1 seule fois et 57/92 (60,9 %) jamais (avec 11 réponses manquantes).

→ Connaissance du délai de prise :

Les délais de prise acceptés étaient 3 jours, 72 heures, 5 jours, 120 heures et 3 à 5 jours.

33/92 (36%) avaient une réponse correcte (avec 21 réponses manquantes).

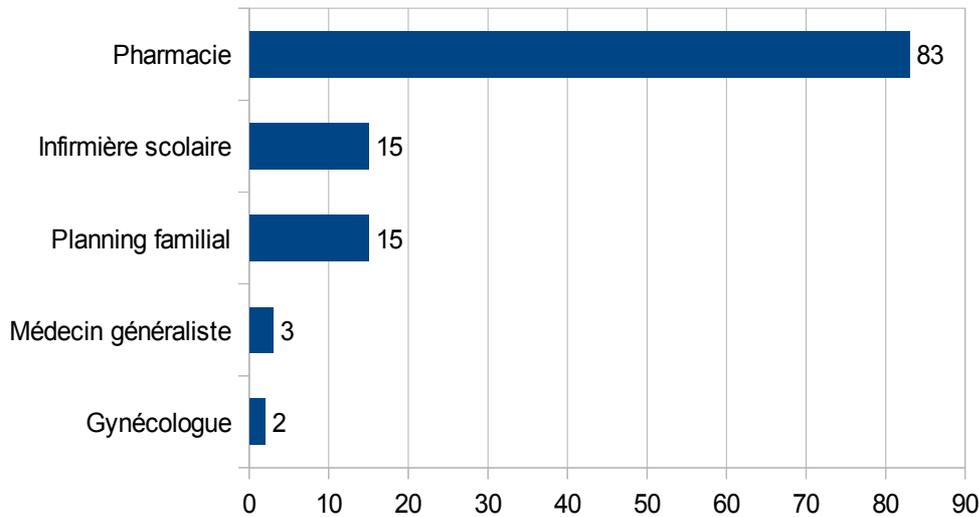
→ L'obtention de la contraception d'urgence :

Il s'agissait d'une question ouverte avec plusieurs réponses possibles.

Les résultats sont représentés dans le diagramme à la page suivante.

La pharmacie était le lieu cité en majorité par les adolescentes pour obtenir une contraception d'urgence.

Figure 15: Obtention de la contraception d'urgence (réponses multiples sur 118)



→ Analyse socio-démographique :

Afin de réaliser une analyse socio-démographique concernant la connaissance de la contraception d'urgence dans cette population, nous avons défini deux groupes au sein des adolescentes sexuellement actives sans contraception. Un groupe ayant de bonnes connaissances et le deuxième groupe avec de mauvaises connaissances. Nous avons ensuite comparé les différents critères socio-démographiques dans ces deux populations.

Une bonne connaissance de la contraception d'urgence était défini par le fait de savoir où se la procurer et dans quel délai la prendre.

Au total, 32/97 soit 33 % avaient une bonne connaissance de la contraception d'urgence.

Tableau XXI : Comparaison de la bonne connaissance de la contraception d'urgence parmi les adolescentes sexuellement actives n'ayant pas de contraception hormonale

	Bonnes connaissances n = 32	Mauvaises connaissances n = 65	p
Age (ans)	17,09 +/- 1,04	17,45 +/- 1,03	0,12
Lycée public (%)	22 (68,8)	30 (46,2)	0,03
privé (%)	10 (31,3)	35 (53,8)	
Filière Générale (%)	18 (56,3)	28 (43,1)	0,20
Professionnelle	13 (40,6)	28 (43,1)	
Technique (%)	1 (3,1)	9 (3,8)	
Classe			0,76
Seconde (%)	10 (31,3)	24 (36,9)	
Première (%)	10 (31,3)	16 (24,6)	
Terminale (%)	12 (37,5)	25 (38,5)	
Zone démographique (hors Nantes) (%)	22 (68,8)	42 (64,6)	0,69
Profession des parents			0,03
Cadres (%)	20 (62,5)	25 (38,5)	
Non cadres (%)	12 (37,5)	40 (61,5)	
Situation maritale	16 (50)	44 (67,7)	0,14
Mariés (%)			
Foyer	16 (50)	48 (73,8)	0,04
Avec les deux parents (%)			
Séances éducation sexuelle			0,02
Plusieurs (%)	30 (93,8)	44 (68,8)	
Une seule (%)	2 (6,3)	14 (21,9)	
Aucune (%)	0 (0)	6 (9,4)	

Dans notre étude, les jeunes filles ayant une mauvaise connaissance de la contraception d'urgence se trouvaient dans des lycées privés, avaient des parents de profession non cadre par rapport aux jeunes filles ayant de bonnes connaissances. Un point important à noter est la participation aux séances d'éducation sexuelle qui amélioreraient la connaissance sur la contraception d'urgence. Nous n'avions pas montré de différence significative avec les autres critères.

d. Utilisation du préservatif

Une bonne utilisation du préservatif correspondait à une utilisation à chaque rapport sexuel.

Dans notre étude, 50/97 des jeunes filles utilisaient un préservatif à chaque rapport soit 51,5 %.

L'analyse socio-démographique avait donc porté sur deux sous-groupes (utilisation du préservatif à chaque rapport et non utilisation à chaque rapport). Nous avons donc comparé les différents critères socio-démographiques de chacun des deux sous groupes.

Tableau XXII : Comparaison de la bonne utilisation du préservatif chez les jeunes filles sexuellement actives n'utilisant pas de contraception hormonale :

	Utilisation à chaque rapport n = 50	Pas d'utilisation à chaque rapport n = 47	p
Age (ans)	17,3 ans ± 1,03	17,37 ans ± 1,07	0,75
Lycée			
Public (%)	31 (62)	21 (44,7)	0,09
Privé (%)	19 (38)	26 (55,3)	
Filière			
Générale (%)	28 (56)	18 (38,3)	0,11
Professionnelle (%)	16 (32)	25 (53,2)	
Technique (%)	6 (12)	4 (8,5)	
Classe			0,5
Seconde (%)	16 (32)	18 (38,3)	

Première (%)	12 (24)	14 (29,8)	
Terminale (%)	22 (44)	15 (31,9)	
Zone démographique			
Agglomération nantaise (%)	22 (44)	11 (23,4)	0,03
Hors agglomération (%)	28 (56)	36 (76,6)	
Profession des parents			
Cadres (%)	26 (52)	19 (40,4)	0,25
Non cadres (%)	24 (48)	28 (59,6)	
Situation maritale			
Mariés (%)	30 (65,2)	30 (73,2)	0,53
Foyer			
Avec les 2 parents (%)	33 (67,3)	31 (68,9)	0,35
Séances éducation sexuelle			
Plusieurs (%)	39 (79,6)	35 (74,5)	0,65
Une seule (%)	8 (16,3)	8 (17)	(1 réponse manquante)
Aucune (%)	2 (4,1)	4 (8,5)	

Nous n'avons pas trouvé de différence significative sur le plan socio-démographique particulièrement intéressante concernant l'utilisation du préservatif chez les deux populations de jeunes filles. Les séances d'éducation sexuelle n'ont à priori pas de rôle dans l'utilisation du préservatif.

2. Adolescentes sexuellement actives prenant une contraception

a. Profil de cette population

Il y avait au total dans notre étude 157 adolescentes ayant des rapports sexuels et prenant une contraception.

Les adolescentes de cette population avaient en moyenne 17,7 ans \pm 1,0 an.

Tableau XXIII : Répartition des lycées dans la population d'adolescentes sexuellement actives prenant une contraception :

	Effectif	%
Général	48	30,6
Professionnel	97	61,8
Technique	11	7
Réponses manquantes	1	0,6
Total	157	100

Tableau XXIV : Répartition des types de lycées chez les jeunes filles sexuellement actives prenant une contraception :

	Effectif	%
Public	49	31,2
Privé	107	58,2
Réponses manquantes	1	0,6
Total	157	100

Tableau XXV : Répartition des classes chez les jeunes filles sexuellement actives prenant une contraception :

	Effectif	%
Seconde	39	24,8
Première	53	33,8
Terminale	63	40,1
Réponses manquantes	2	1,3
Total	157	100

Les adolescentes de cette population avaient des parents de profession non cadres (109/157 soit 69,2%), mariés (87/157 soit 54,4%), vivant hors agglomération nantaise (113/157 soit 72%) et elles

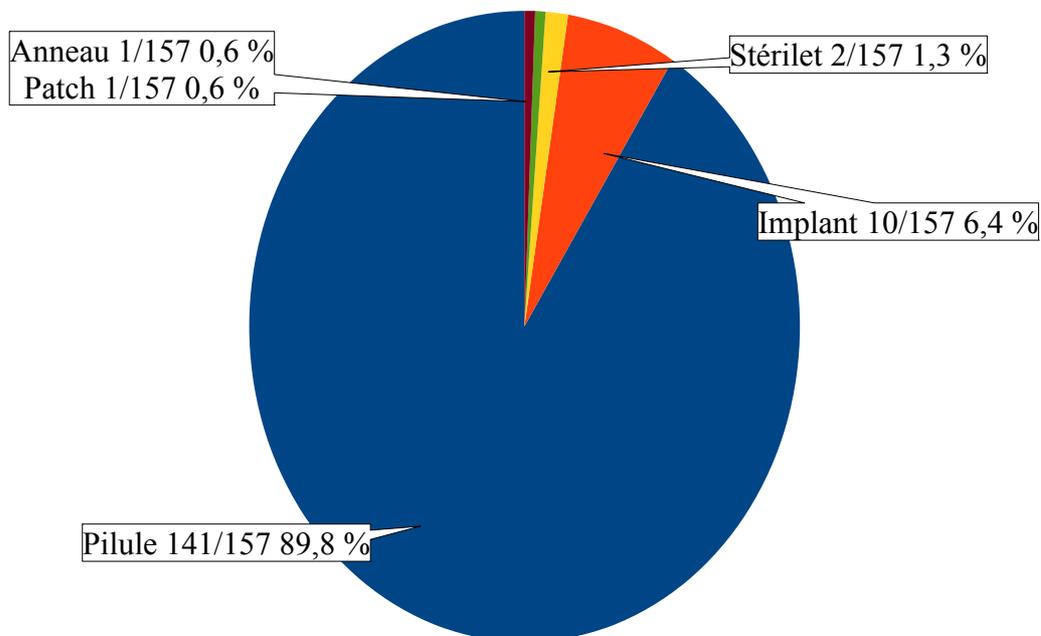
vivaient avec leurs deux parents pour 92/157 soit 58,6 %.

b. Contraception utilisée par cette population

Dans cette population , toutes les adolescentes utilisaient une contraception. La pilule était le moyen de contraception le plus utilisé avec 141/157 adolescentes soit 89,8 %.

La figure suivante représente les différents moyens de contraception utilisés par les adolescentes sexuellement actives et sous contraception.

Figure 16: Répartition des contraceptifs utilisés dans cette population n= 157 (2 réponses manquantes)



c. Critères à risque de grossesses non désirées

Les jeunes filles à risque de grossesse non désirée sont celles dont la contraception nécessite une observance et une « participation » de leurs parts. L'anneau et le patch étant très peu utilisés, cette partie s'intéresse donc uniquement aux jeunes filles prenant la pilule soit à 141 adolescentes.

Les critères d'échec de contraception sont les suivants :

- Mauvaise prise et utilisation de la pilule : pas de prise à heure fixe, attendre la fin des règles pour reprendre la plaquette suivante et avoir déjà oublié sa pilule,
- Mauvaise gestion de l'oubli de pilule : ne pas connaître la conduite à tenir en cas d'oubli
- Pas de connaissance de la contraception d'urgence et/ou mauvaise utilisation : ne pas connaître le délai de prise de la contraception d'urgence et ne pas savoir où se la procurer,
- Pas d'utilisation du préservatif à chaque rapport sexuel. En effet l'association du préservatif et de la pilule permet une meilleure prévention des grossesses non désirées.

Pour chacun de ces critères, nous avons réalisé, comme pour la population à risque précédente, une analyse socio-démographique.

d. Utilisation de la pilule

131/141 soit 92,9 % disaient avoir reçu une information concernant l'utilisation de leur contraception et 91/141 soit 64,5 % se disaient suffisamment informées sur la contraception.

71/141 soit 50,4 % se disaient suffisamment satisfaites de leur contraception (ici la pilule).

Une bonne utilisation de la pilule portait sur plusieurs critères :

- Une prise à heure fixe
- Une reprise de la plaquette suivante sans attendre la fin des règles
- Ne pas oublier de comprimé

→ *La prise à heure fixe* :

124/141 (87,9%) disaient prendre leur pilule à heure fixe (6 réponses manquantes).

→ La reprise de la pilule après les 7 jours d'arrêt :

48/141 (34%) attendaient la fin des règles pour reprendre leur plaquette de pilule, (9 réponses manquantes).

→ Oubli de pilule :

107/141 (75,9%) avaient déjà oublié leur pilule (2 réponses manquantes).

Nous avons demandé aux jeunes filles à l'aide d'une question ouverte de nous dire combien de fois elles avaient oublié leur pilule dans le dernier mois. De multiples réponses (entre 0 et 10 fois) ont été mentionnées, nous avons donc regroupé les réponses en 3 groupes : aucun oubli, ≤ 3 oublis, > 3 oublis.

Tableau XXVI : Nombre d'oubli de pilule dans le dernier mois :

	Effectif	%
Aucun oubli	55	39
≤ 3 fois	50	35,5
> 3 fois	8	5,7
Réponses manquantes	28	19,9
Total	141	100

En regroupant les 3 critères précédents, 16/141 (11,3%) adolescentes réunissaient l'ensemble de ces critères de bonnes pratiques.

93,8 % des jeunes filles ayant une bonne utilisation de la pilule avaient reçu une information sur son utilisation , mais la différence n'est pas significative par rapport à celles ayant une mauvaise utilisation de la pilule ($p = 0,89$)

Il est intéressant de noter que 34/141 (24,1%) reprenaient un comprimé en cas de vomissement moins de 4h après la prise d'un comprimé. Cette donnée n'a pas été intégrée dans les critères de bonne utilisation de la pilule car nous avons déjà un effectif faible de bonne pratique et qu'intégrer ce critère le diminuait d'autant plus.

→ Analyse sociodémographique :

Tableau XXVII : Comparaison de la bonne utilisation de la pilule chez les adolescents sexuellement actives prenant la pilule :

	Bonne utilisation n = 16	Mauvaise utilisation n = 125	p
Age (ans)	17,82 ± 0,92	17,73 ± 1,0	0,74
Lycée			0,25
Public (%)	8 (50)	37 (29,6)	(1 réponse manquante)
Privé (%)	8 (50)	87 (69,6)	
Filière			0,4
Générale (%)	8 (50)	37 (29,6)	(1 réponse manquante)
Professionnelle (%)	7 (43,8)	80 (64)	
Technique (%)	1 (6,3)	7 (5,6)	
Classe			0,64
Seconde (%)	2 (12,5)	32 (25,6)	(2 réponses manquantes)
Première (%)	6 (37,5)	41 (32,8)	
Terminale (%)	8 (50)	50 (40)	
Zone démographique			
Hors agglomération nantaise (%)	14 (87,5)	90 (72)	0,2
Profession des parents			
Non cardres (%)	9 (56,3)	90 (72)	0,2
Situation maritale			
Mariés (%)	12 (75)	66 (52,8)	0,2
Foyer			
Avec les deux parents (%)	12 (75)	70 (56)	0,2
Séances éducation sexuelle			
Plusieurs	14 (87,5)	77 (61,6)	0,23
Une seule	1 (6,3)	31 (24,8)	(1 réponse manquante)
Aucune	1 (6,3)	16 (12,8)	

Nous n'avons pas retrouvé de critères permettant de différencier ces deux populations dans l'utilisation de la pilule.

e. Gestion de l'oubli de pilule

- Information sur la gestion de l'oubli :

124/141 (87,9%) avaient reçu une information concernant la gestion de l'oubli de pilule.

- Gestion de l'oubli :

La question sur la gestion de l'oubli de pilule était sous la forme d'une question ouverte. Nous avons considéré comme correcte les réponses suivantes :

- voir un médecin,
- aller à la pharmacie,
- prendre la contraception d'urgence,
- regarder la notice,
- la reprendre et avoir des rapports sexuels protégés pendant 7 jours.

Nous ne nous sommes pas basés sur la recommandation de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule mais sur ce qui va diminuer le risque de grossesse non désirée chez une adolescente, comme le fait de voir rapidement un médecin.

113/141 (80,1%) disaient connaître la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (10 réponses manquantes) et 36/141 (25,5%) avaient une réponse correcte à la gestion de l'oubli.

Parmi les jeunes filles qui disaient connaître la conduite à tenir en cas d'oubli seulement 36/113 (31,9%) avaient une réponse correcte.

Parmi les jeunes filles ayant reçu l'information sur la gestion de l'oubli, seulement 34/124 (27,4%) ont une réponse correcte à la gestion de l'oubli mais la différence n'est pas significative par rapport aux autres (p 0,16).

→ Analyse socio-démographique :

Bien connaître la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule est indispensable afin d'éviter une grossesse non désirée.

Tableau XXVIII : Comparaison de la gestion de l'oubli de pilule parmi les adolescentes sexuellement actives prenant la pilule

	Bonne gestion de l'oubli de pilule n = 36	Mauvaise gestion de l'oubli de pilule n = 105	p
Age (ans)	17,8 ± 0,8	17,7 ± 1,0	0,5
Lycée			
Public (%)	16 (44,4)	29 (27,6)	0,03
Privé (%)	19 (52,8)	76 (72,4)	(1 réponse manquante)
Filière			
Générale (%)	17 (47,2)	28 (26,7)	0,13
Professionnelle (%)	18 (50)	69 (65,7)	(1 réponse manquante)
Technique (%)	1 (2,8)	7 (6,7)	
Classe			
Seconde (%)	3 (8,3)	31 (29,5)	0,006
Première (%)	12 (33,3)	35 (33,3)	(2 réponses
Terminale (%)	19(52,8)	39 (37,1)	manquantes)
Zone démographique			
Hors agglomération nantaïse (%)	27 (75)	77 (73,3)	0,84
Profession des parents			
Non cadres (%)	27(75)	72 (68,6)	0,47
Situation maritale			
Mariés (%)	18 (50)	60 (57,1)	0,52
Foyer			
Avec les deux parents (%)	19 (52,8)	63 (60)	0,1

Séances éducation sexuelle			
Plusieurs (%)	23 (63,9)	68 (64,8)	0,7
Une seule (%)	10 (27,8)	22 (21)	(1 réponse manquante)
Aucune (%)	3 (8,3)	14 (13,3)	

Les deux seules différences mises en évidence étaient le type de lycée et la classe des jeunes filles ayant une mauvaise gestion de l'oubli de pilule, en effet elles étaient majoritairement dans les lycées privés et dans les classes de terminale.

f. Connaissances sur la contraception d'urgence

Une bonne connaissance de la contraception d'urgence signifiait savoir où se la procurer et savoir dans quel délai la prendre.

134/141 (95%) connaissaient l'existence de la contraception d'urgence (4 réponses manquantes).

Les résultats suivants sont basés sur un effectif de 134 correspondant aux jeunes filles qui disent connaître la contraception d'urgence.

→ Délivrance :

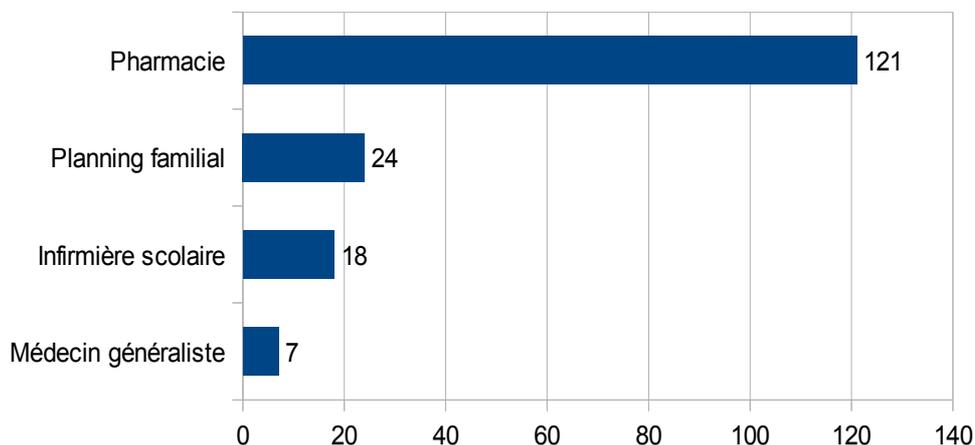
- Pour 120/134 soit 89,6 % la contraception d'urgence est disponible sans ordonnance (5 réponses manquantes)
- Pour 123/134 soit 91,8 % la contraception d'urgence est gratuite pour les mineures (3 réponses manquantes)
- Pour 99/134 soit 73,9 % la contraception d'urgence n'est pas gratuite pour les majeures (9 réponses manquantes)

→ Obtention de la contraception d'urgence :

La question sur l'obtention de la contraception d'urgence était une question ouverte avec plusieurs réponses possibles.

Les résultats sont représentés dans la figure suivante :

Figure 17: Obtention de la contraception d'urgence (réponses multiples sur 170)



La pharmacie est le premier endroit où les jeunes filles vont se rendre pour obtenir la contraception d'urgence.

→ Délai d'utilisation de la contraception d'urgence :

51/134 (38 %) avaient une réponse correcte au délai pour la prise de la contraception d'urgence (11 réponses manquantes).

Rappelons que les délais de prise acceptés étaient 3 jours, 72 heures, 3 à 5 jours, 5 jours et 120 heures.

→ ATCD d'utilisation :

19/134 (14,2%) avaient déjà utilisé la contraception d'urgence plusieurs fois, 47/134 (35,1%) une seule fois et 55/134 (41%) ne l'avaient jamais utilisé (13 réponses manquantes).

Au total, 48/141 (34%) des jeunes filles prenant la pilule avaient une bonne connaissance de la contraception d'urgence.

→ Analyse socio-démographique :

Tableau XXIX : Comparaison de la connaissance de la contraception d'urgence chez les adolescentes sexuellement actives prenant la pilule

	Bonne connaissance n = 48	Mauvaise connaissance n = 93	p
Age (ans)	17,7 ± 1,0	17,8 ± 1,0	0,65
Lycée			
Public (%)	22 (46)	23 (24,7)	0,03
Privé (%)	26 (54,2)	69 (74,2)	(1 réponse manquante)
Filière			
Générale (%)	24 (50)	21 (22,6)	0,01
Professionnelle (%)	22 (45,8)	65 (69,9)	(1 réponse manquante)
Technique (%)	2 (4,2%)	6 (6,5)	
Classe			
Seconde (%)	7 (14,6)	27 (29)	0,15
Première (%)	17 (35,4)	30 (32,3)	(2 réponses
Terminale (%)	24 (50)	34 (36,6)	manquantes)
Zone démographique			
Hors agglomération nantaïse (%)	28 (58,3)	76 (81,7)	0,003
Profession des parents			
Non cadres (%)	31 (64,6)	68 (73,1)	0,3
Situation maritale			
Mariés (%)	26 (54,2)	52 (56)	0,3
Foyer			
Avec les deux parents (%)	28 (58,3)	54(58)	0,71
Séances éducation sexuelle			
Plusieurs (%)	32 (66,7)	59 (63,4)	0,9
Une seule (%)	10 (20,8)	22 (23,7)	(1 réponse manquante)
Aucune (%)	6 (12,5)	11 (11,8)	

Les jeunes filles ayant une mauvaise connaissance de la contraception d'urgence présentaient les caractéristiques suivantes :

- Elles étaient scolarisées dans le privé et étaient inscrites dans la filière professionnelle.
- Elles résidaient hors de l'agglomération nantaise.

g. Utilisation du préservatif

Nous avons considéré qu'une bonne utilisation du préservatif était une utilisation à chaque rapport sexuel.

Au total parmi les jeunes filles sexuellement actives prenant la pilule, 40/141 (28,4%) utilisaient le préservatif à chaque rapport ce qui est très peu.

[→ Analyse socio-démographique:](#)

Tableau XXX : Comparaison de l'utilisation du préservatif à chaque rapport chez les adolescentes sexuellement actives prenant la pilule

	Utilisation à chaque rapport n = 40	Pas d'utilisation à chaque rapport n = 101	p
Age (ans)	17,4 ± 0,97	17,9 ± 1,0	0,03
Lycée			
Public (%)	13 (32,5)	32 (31,7)	0,82
Privé (%)	27 (67,5)	68 (67,3)	(1 réponse manquante)
Filière			
Générale (%)	11 (27,5)	34 (33,7)	0,24
Professionnelle (%)	27 (67,5)	60 (59,4)	(1 réponse manquante)
Technique (%)	1 (2,5)	7 (6,9)	
Classe			
Seconde (%)	13 (32,5)	21 (21,2)	0,04
Première (%)	17 (42,5)	30 (30,3)	
Terminale (%)	10 (25)	48 (48,5)	
Zone démographique			

Hors agglomération nantaise (%)	31 (77,5)	73 (72,3)	0,53
Profession des parents			
Non cadres (%)	27(67,5)	72 (71,3)	0,66
Situation maritale			
Mariés (%)	23 (57,5)	55 (54,5)	0,95
Foyer			
Avec les deux parents (%)	25(62,5)	57 (56,4)	0,6
Séances éducation sexuelle			
Plusieurs (%)	26 (65)	65 (64,4)	0,8
Une seule (%)	8 (20)	24 (23,8)	(1 réponse manquante)
Aucune (%)	6 (15)	11 (10,9)	

Concernant les pratiques sur l'utilisation du préservatif, nous avons pu isoler deux caractéristiques de la population de jeunes filles ayant une mauvaise pratique du préservatif c'est-à-dire ne l'utilisant pas à chaque rapport sexuel. Ces jeunes filles étaient en majorité en classe de terminale et étaient en moyenne plus âgées que les jeunes filles utilisant le préservatif à chaque rapport.

IV. Discussion

Notre étude montre qu'il existe des lacunes dans les connaissances des adolescentes en matière de contraception. Les principales lacunes concernent la contraception d'urgence, la maîtrise de l'oubli de pilule, l'utilisation du préservatif et l'utilisation de la pilule pour celles concernées. Il persiste également des idées reçues concernant les effets secondaires de la pilule qui peuvent être un frein à l'utilisation de celle-ci.

Parmi les jeunes filles ayant des rapports sexuels sans contraception, nous avons retrouvés des facteurs associés à une mauvaise connaissance de la contraception d'urgence que sont les lycées privés, la profession des parents (ici profession non cadres) et la participation à des séances d'éducation à la sexualité. Nous n'avons pas retrouvé de facteurs associés à l'utilisation du préservatif à chaque rapport.

Parmi les jeunes filles ayant des rapports sexuels sous pilule, nous n'avons pas retrouvé de facteurs associés à sa mauvaise utilisation. Concernant la gestion de l'oubli de pilule, les facteurs associés à une mauvaise gestion sont les lycées privés et les classes de seconde et de terminale. Une mauvaise connaissance de la contraception d'urgence est liée aux facteurs suivants : les lycées privés, la filière professionnelle et le fait de résider hors agglomération nantaise. Enfin, concernant l'utilisation du préservatif à chaque rapport, les facteurs associés sont les classes de terminale et l'âge.

Nous allons dans la suite de ce travail présenter les limites de notre étude, comparer nos résultats aux données retrouvées dans la littérature et enfin faire des propositions afin d'améliorer les connaissances et les pratiques des adolescentes en matière de contraception.

A. Les limites de l'étude

1. La population

Notre étude a recruté principalement des lycées privés. En effet, 45,5 % des jeunes filles de notre étude étaient scolarisées dans le secteur public et 54,3 % dans le secteur privé. Sur le plan national, la répartition des élèves selon les établissements est de 78 % dans le public et 22 % dans le privé.

Concernant les filières de chaque lycée, les questionnaires récupérés venaient pour 18,4 % de lycée professionnel, pour 81,6 % de lycée général et technologique. Contrairement à la notion de public/privé, la notion de filière correspond bien à la répartition nationale retrouvée dans la littérature avec 19,5 % d'élèves dans les lycées professionnels et 80,5 % d'élèves dans les lycées de filière générale et technologique (38).

Nous avons eu beaucoup de refus de la part d'autres lycées à qui nous avons demandé de participer à l'étude. De nombreux refus de la part de certains professeurs des lycées de notre étude ont également été constatés.

2. Biais de sélection

Nous pouvons supposer que les jeunes filles ayant répondu aux questionnaires se sentaient concernées par la contraception soit parce qu'elles en prennent une soit parce qu'elles envisagent d'en prendre une.

Nous avons récupéré de nombreux questionnaires non remplis et par conséquent une partie de la population de notre étude est manquante.

3. Taille de l'échantillon

Un effectif plus important nous aurait peut-être permis de mettre en évidence des liens avec les séances d'éducation sexuelle et les connaissances en matière d'utilisation de pilule, de gestion de l'oubli de pilule ou encore d'utilisation du préservatif.

Nous avons seulement réussi à mettre en évidence un lien entre les séances d'éducation sexuelle et une bonne connaissance de la contraception d'urgence parmi les jeunes filles ayant des rapports sexuels sans contraception. Les séances d'éducation sexuelle ont très probablement une part plus importante dans les connaissances et les pratiques des adolescentes en matière de sexualité et de contraception. Une thèse réalisée par Stéphanie Cutarella en 2013 évaluant une campagne d'éducation à la vie sexuelle et affective dans des établissements scolaires de la région nantaise, a montré que les adolescents sont en général satisfaits par ces interventions et sont demandeurs d'informations et sont beaucoup plus intéressés dans les lycées du fait de leur âge et de leur expérience (39). Nous pouvons supposer qu'un intérêt pour ce type de séances doit donc apporter un apprentissage et donc des connaissances aux adolescents. Il serait donc intéressant d'étudier

l'influence des séances d'éducation sexuelle sur différents éléments de la sexualité et de la contraception avec un effectif plus important.

4. Le questionnaire

Le questionnaire de l'étude mériterait quelques modifications et précisions afin de pouvoir pleinement exploiter le sujet et répondre à d'autres interrogations.

En effet, concernant les séances d'éducation sexuelle, il aurait été intéressant de savoir si ces séances ont intéressé les adolescentes et si celles-ci trouvaient cela suffisant ou si elles souhaitaient plus d'intervention sur le sujet de la sexualité et de la contraception.

Une partie du questionnaire pourrait aborder des sujets plus théoriques comme le cycle menstruel et la fécondation car connaître le fonctionnement de son corps aide à comprendre le fonctionnement d'une contraception et quand le risque de grossesse peut survenir.

La question « Mes parents seront au courant si je prends la pilule » pourrait être complétée par la mention « est-ce que cela est un obstacle pour toi ? ».

A la question « As-tu peur de la pilule ? », un complément de question du type « est-ce que cela t'empêche de prendre la pilule ? » aurait pu permettre de cibler plus précisément ce qui empêche les jeunes filles de prendre la pilule notamment sur les effets secondaires tels que la prise de poids.

B. Comparaison aux données de la littérature

1. Sexualité et contraception des adolescentes de l'étude

Dans notre étude, les adolescentes des lycées de Loire-Atlantique sont sexuellement actives dans 48,6 % des cas avec un âge moyen du premier rapport sexuel à 15,4 ans. Cet âge moyen est plus précoce que celui retrouvé dans les données de la littérature. En effet, selon l'INED et le baromètre santé de l'INPES, en 2010 l'âge du premier rapport pour les jeunes filles était de 17,6 ans. A noter que pour les garçons, il était de 17,4 ans (40).

Une couverture contraceptive est retrouvée chez 38,7 % des adolescentes de notre étude avec comme principale contraception la pilule (92,6%). Parmi les jeunes filles ayant des rapports sexuels avec contraception, la pilule est retrouvée dans 89,8 % des cas.

Dans la littérature, la pilule est effectivement le moyen de contraception le plus utilisé par les

adolescentes avec 78,9 % d'utilisatrices (20). L'étude de l'INPES « les français et la contraception » retrouve également l'utilisation de la pilule chez les 15-20 ans mais précédé par l'utilisation du préservatif (21).

Le médecin généraliste est en première ligne afin d'obtenir une contraception pour 60,3 % des jeunes filles. Une thèse réalisée par Le Denmat Carine en 2011 retrouve également une prédominance du médecin généraliste pour la prescription d'une contraception (40).

Concernant les différents moyens de contraception connus par les adolescentes, dans notre étude ils sont tous cités mais les nouveaux moyens de contraception restent peu connus des adolescentes (anneau vaginal, patch). Dans une thèse réalisée par Bonnet-Chasles Catherine sur la connaissance des adolescentes sur les nouveaux moyens de contraception, on retrouve des chiffres similaires aux nôtres : pilule 93,9 %, DIU 66,7 %, anneau 11,5 % et patch 22,4 %. Seule la connaissance de l'implant sous-cutané montre des chiffres différents avec 13,2 % de citation par les adolescentes contre 60 % dans notre étude (42). La mauvaise connaissance de l'existence du patch et de l'anneau vaginal vient probablement du fait que ces moyens de contraception leur sont peu proposés soit du fait d'une mauvaise connaissance des praticiens envers ces moyens de contraception ou qu'ils considèrent ces contraceptifs comme non adaptés aux adolescentes.

Dans notre questionnaire, nous avons posé la question « Est-ce que d'autres moyens de contraception t'ont été proposés ? » mais une erreur dans le recueil des données ne nous a pas permis d'exploiter cette question.

2. La contraception d'urgence

Dans notre étude, les résultats sur les connaissances de la contraception d'urgence étaient similaires entre les 3 populations (générale, rapports sexuels sans contraception et rapports sexuels avec contraception). Les résultats sont satisfaisants concernant la connaissance de son existence et les modes de délivrance (sans ordonnance et gratuité pour les mineures). Le manque de connaissance concerne son délai de prise, correcte dans seulement 34 % des cas. Dans la population générale de notre étude, les autres délais de prise mentionnés par les adolescentes étaient moins de 24h pour 21 % et 48h pour 22,5 %. Nous pouvons supposer que le terme « pilule du lendemain » entraîne une confusion chez les adolescentes et ainsi elles pensent qu'elles n'ont que 24-48h pour la prendre.

Nous pensons qu'il est donc important d'utiliser les bons termes avec les adolescentes et donc

d'oublier celui de « pilule du lendemain » pour contraception d'urgence en leur expliquant bien le délai de prise. De la même façon que pour la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, il serait intéressant d'élaborer une carte avec des informations sur la contraception d'urgence : dans quel cas la prendre, comment se la procurer et dans quel délai. Des brochures d'information existent mais le format carte est plus intéressant car elles peuvent l'avoir discrètement dans leur portefeuille par exemple.

Le principal lieu pour se procurer la contraception d'urgence reste la pharmacie dans la grande majorité des cas.

Dans l'étude de l'Inpes « les français et la contraception » le délai de prise est correcte pour seulement 5 % des personnes interrogées et 81 % savent qu'elle est disponible sans ordonnance (22).

La thèse de médecine de Le Denmat Carine retrouve des résultats similaires avec un délai de prise correcte pour 30,9 % des adolescentes (41).

Dans une autre thèse en 2012 dans un lycée de Rhône-Alpes, la contraception d'urgence est connue par 89,7 % des adolescentes et seulement 26,4 % savent quand, comment et dans quel cas l'utiliser (43).

3. La gestion de l'oubli de pilule

Dans notre étude, nous avons étudié la gestion de l'oubli de pilule chez les jeunes filles ayant des rapports sexuels sous pilule. Seulement 25,5 % des jeunes filles ont une réponse correcte à la gestion de l'oubli de pilule. 87,9 % ont reçu une information concernant l'oubli de pilule et parmi celles-ci seulement 27,4 % ont une réponse correcte à la gestion de l'oubli.

75,9 % ont déjà oublié leur pilule et dans le dernier mois 35,5 % l'ont déjà oublié ≤ 3 fois.

Dans une thèse réalisée en 2012 sur les représentations de la contraception orale par les adolescentes à l'aide d'entretiens en groupe, beaucoup de jeunes filles prenant la pilule disent avoir déjà oublié leur pilule. Elles n'expliquent pas la cause de l'oubli mais banalisent le geste car celui-ci a été sans conséquence. Certaines disent se présenter trop tard à la pharmacie pour prendre les nouvelles plaquettes (44).

Dans l'étude de l'Inpes « les français et la contraception », l'oubli de pilule dans le dernier mois est retrouvé chez 21 % des interrogées et 28 % ont entre 15 et 30 ans (22).

Dans la thèse de Le Denmat Carine évaluant les connaissances et les craintes des adolescentes sur la

contraception, 65,7 % des adolescentes avaient reçu une information sur l'oubli de pilule et 43,6 % des jeunes filles qui déclaraient avoir été informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli ont une réponse correcte à la gestion de l'oubli de pilule mais sans différence significative par rapport aux autres ce qui se rapproche des résultats de notre étude (41).

Lors d'une consultation pour la prescription d'une pilule, l'explication de la conduite à tenir en cas d'oubli par le médecin est primordiale mais pour l'adolescente cette consultation comporte beaucoup d'information qui peuvent être difficile à assimiler. En effet entre le moment où elle doit commencer sa pilule, comment la prendre par la suite (21 jours avec arrêt de 7 jours puis débiter une nouvelle plaquette) et la conduite à tenir en cas d'oubli, elle ne peut pas tout retenir et elle n'ose pas toujours demander plus de précision ou la possibilité d'écrire toutes ces informations. Dans notre étude, il aurait été intéressant de savoir si les jeunes filles prenant la pilule avaient reçu de la part d'un professionnel de santé la carte de l'inpes sur la conduite à tenir en cas d'oubli.

4. Les idées reçues sur la contraception

Dans notre étude, les questions sur les idées reçues concernant la contraception ont eu peu de succès auprès des adolescentes. En effet, pour chaque question, beaucoup de jeunes filles n'ont pas répondu. Dans la littérature, nous avons trouvé des questions similaires aux nôtres.

La possibilité de tomber enceinte lors du premier rapport (82,7 % des jeunes filles de notre étude) est retrouvé à 96 % dans l'étude de l'inpes (22).

Concernant l'examen gynécologique, 18,9 % des jeunes filles pensent qu'il est obligatoire. Dans une thèse sur l'évaluation des connaissances des adolescentes sur la contraception, les résultats diffèrent avec 36,8 % des 16-17 ans et 30,8 % des 18-20 ans qui pensent qu'il est obligatoire.

55,4 % des jeunes filles de notre étude pensent que la pilule fait grossir, 21,5 % n'ont pas répondu à la question, ce qui montre qu'il persiste des doutes à ce sujet. D'ailleurs dans la question sur les peurs de la pilule et les effets secondaires, la prise de poids est mise en avant par les adolescentes. Nous aurions pu leur demander si cette crainte confère un obstacle à la prise de la pilule et il est possible qu'elle le soit malgré l'absence de preuve dans la littérature d'un effet de la pilule sur le poids.

Dans une thèse réalisée en 2012 avec des entretiens en groupe d'adolescentes âgées de 14 à 21 ans, celles ci ont exprimé plusieurs peurs concernant la pilule. Celle exprimée à chaque entretien était la prise de poids. Puis les autres peurs mentionnées étaient la stérilité, l'acné, l'association avec le

tabac et les effets sur les règles avec notamment un risque d'arrêt des règles qu'elles rapportaient à un risque de stérilité ultérieure. Dans notre étude nous retrouvons les mêmes peurs. Dans cette même étude, les jeunes filles ont également exprimé les réticences de leurs parents par rapport à la pilule : peur des hormones, peur du cancer du sein et peur d'un effet négatif sur la fécondité. Ce point est très intéressant et nous permettra d'aborder le rôle des parents et la nécessité d'une éducation à la contraception pour les parents (44).

Dans notre étude, 65,9 % des jeunes filles disent que les mineures ne doivent pas obligatoirement payer leur contraception et le même nombre pense que leurs parents ne seront pas obligatoirement au courant si elles prennent une contraception. Dans une autre étude, la possibilité de gratuité pour les mineures est retrouvée chez 81,6 % des jeunes filles. Ce taux est plus élevé par rapport à celui de notre étude très probablement parce que dans cette étude la question concernait la pilule alors que dans notre étude nous parlions de la contraception en générale et il est possible que certaines adolescentes ne savent pas si les autres moyens de contraception sont gratuits ou non. Dans la même étude, le respect du secret professionnel est affirmé par 75,8 % des 16-17 ans et 95,4 % des 18-20 ans (41). Par contre, dans la thèse évoquée précédemment, la garantie du secret professionnel est moins évidente. En effet, certaines jeunes filles pensent que le lien d'amitié pouvant exister entre le médecin traitant et leur mère confère une non application du secret professionnel (44).

Il persiste donc beaucoup de mauvaises représentations de la contraception et beaucoup de craintes de la part des adolescentes.

5. L'utilisation du préservatif

Dans notre étude, le préservatif a été utilisé lors du premier rapport pour 85,5 % des jeunes filles. Par contre, son utilisation est très faible lors des rapports sexuels suivants : 37,6 % utilisent un préservatif à chaque rapport. Parmi les jeunes filles ayant des rapports sexuels sans contraception, il est utilisé par 51,5 % à chaque rapport et parmi les jeunes filles ayant des rapports sexuels sous pilule, le taux d'utilisation à chaque rapport est de 28,4 % ce qui est très faible. Dans ce dernier cas, les adolescentes oublient probablement le risque d'IST ou pensent peut être que la pilule protège de celles-ci. Une question supplémentaire dans notre questionnaire aurait pu aborder ce sujet afin de comprendre pourquoi ce taux est si faible. Dans le rapport du HCPF en 2006 il est retrouvé une utilisation du préservatif au premier rapport à 87 % puis pour les rapports suivants à 80 % pour les garçons et 53 % pour les filles.(28)

La fréquence de l'IVG dans notre étude est faible (3,9%) mais il est intéressant de noter que pour la moitié de ces jeunes filles la cause était une absence de préservatif. La première cause était une absence de contraception. Il est donc important de rappeler à ces jeunes filles l'importance de l'association pilule et préservatif que ce soit pour la prévention des grossesses non désirées ou pour la prévention des IST.

L'utilisation du préservatif lors du premier rapport est retrouvée dans la littérature au même taux que dans notre étude à 84 % (à noter que chez les garçons ce taux est de 87%). Le préservatif est utilisé comme principal méthode contraceptive chez les moins de 16 ans correspondant au début de la vie sexuelle (taux d'utilisation de 60%). Son échec est retrouvé dans 30 % des IVG (34).

Dans notre étude il n'apparaît pas de différence significative entre l'âge et l'utilisation du préservatif à part dans la population de jeunes filles ayant des rapports sexuels sous pilule où celles utilisant le préservatif à chaque rapport sont plus jeunes.

Dans la littérature, nous n'avons pas réussi à trouver d'autres données concernant l'utilisation du préservatif chez les mineures.

6. L'utilisation de la pilule

Dans notre étude, 88 % des adolescentes sexuellement actives utilisant la pilule savent qu'il faut la prendre à heure fixe. La question sur la reprise d'une nouvelle plaquette montre plus de confusion. En effet, 59,6 % des adolescentes disent reprendre une nouvelle plaquette avant la fin des règles avec un arrêt de 7 jours mais 34 % disent attendre la fin de leur règles ce qui peut augmenter le délai entre deux plaquettes à plus de 7 jours et donc engendrer un risque de grossesse. Il est également intéressant de noter que seulement 24 % des jeunes filles reprennent un comprimé en cas de vomissement. Cette information est probablement très peu connue et peu expliquée lors des séances d'éducation sexuelle par exemple ou tout simplement lors de la prescription d'une contraception. En cas de gastro-entérite aiguë par exemple, l'adolescente ne pense pas systématiquement à regarder la notice de sa pilule pour savoir s'il y a un risque de malabsorption.

Différentes études ont évalué l'utilisation de la pilule. Dans une thèse basée sur des entretiens en groupe d'adolescentes âgées de 14 à 21 ans, la plupart savent que la pilule doit se prendre à heure fixe mais une confusion a été notée entre le fait de débiter la pilule le 1^{er} jour des règles lors de la première prise et de débiter à 7 jours d'arrêt pour les plaquettes suivantes (44). La méthode du

« quick start » est intéressante pour éviter ce type de confusion à condition que la jeune fille utilise un préservatif. Dans une autre étude réalisée auprès d'adolescentes âgées de 14 à 20 ans dans un CPEF, 75 % des adolescentes savent que la pilule doit être débutée le premier jour des règles et 89 % savent qu'une prise quotidienne à heure fixe est nécessaire (45).

D'après ces résultats, l'information doit insister sur les modalités de début de prise lors de la prescription et sur la reprise des nouvelles plaquettes. La prise à heure fixe paraît bien comprise par les jeunes filles mais comme vu précédemment avec l'oubli de pilule il faut s'assurer qu'elles soient bien au fait du délai d'oubli entraînant un risque de grossesse et la conduite à tenir en cas de délai dépassé.

7. Les séances d'éducation sexuelle

66,1 % des adolescentes de notre étude ont participé à plusieurs séances d'éducation à la sexualité au cours de leur scolarité avec une participation plus importante dans le public et dans la filière générale.

L'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 stipule que l'information et l'éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupe d'âge homogène (46).

Cette loi est peu respectée dans les établissements. En effet, pour les 4 lycées de notre étude, nous avons demandé aux différents interlocuteurs de quelle façon sont organisées les séances d'éducation à la sexualité dans leur établissement :

- *Lycée La Mote à Saint père en Retz* : il n'y a pas d'heures dédiées à l'éducation à la sexualité, chaque enseignant l'intègre ou non dans son programme. Dans ce lycée, le professeur de sciences et vie de la terre organise une fois dans l'année pour les classes de seconde « Service à la personne » une matinée d'information en petit groupe mixte sur la contraception et les IST. L'année dernière, elle a fait appel à moi afin de réaliser cette intervention. Un exercice qui m'a permis de me rendre compte de la difficulté de celui-ci. Les groupes étaient constitués de 6 à 8 élèves garçons et filles. Les groupes mixtes ont montré une difficulté à s'exprimer dans le débat, les groupes constitués uniquement de filles étaient beaucoup plus libres de parole.

- *Lycée Nicolas Appert à Nantes* : un projet est en cours par l'infirmière scolaire pour réaliser 3 séances d'une heure pour les nouveaux arrivants du lycée (les secondes). Etant nouvelle dans l'établissement, elle n'a pas pu me dire comment étaient organisées ces séances avant son arrivée.

- *Lycée Sacré cœur à Nantes* : pour la filière générale, il y a des séances obligatoires dans les cours de sciences et vie de la terre pour les classes de 1ère. Pour la filière professionnelle, nous n'avons pas eu de réponse de la part du responsable.

- *Lycée Gabriel Guist'hau à Nantes* : l'infirmière scolaire organise avec l'association Anophèle constituée d'étudiants en médecine 4 séances d'une heure pour les élèves de seconde.

Dans une thèse réalisée en 2013 évaluant une campagne d'éducation à la vie sexuelle chez des adolescents de collèges et lycées de la région nantaise, le nombre de séances organisées était de 1 à 2 par an au maximum et principalement pour les classes de 4^e et 2^e.

Les adolescents étaient en général satisfaits par ces interventions, les lycéens étaient particulièrement intéressés par rapport aux collégiens probablement du fait de l'âge et d'un manque d'expérience chez les collégiens. Cette étude a mis en évidence un souhait d'information de la part des adolescents, des établissements peu investis, un manque d'organisation, de moyens financiers et de formation (39).

Un bilan sur les séances d'éducation à la vie sexuelle réalisé par l'inspection générale des affaires sanitaires a mis en avant les failles et les difficultés des établissements pour la réalisation de ces séances. Les cursus spécifiques montrent une plus grande difficulté de mise en œuvre de ces séances, notamment dans les filières professionnelles comme retrouvé dans notre étude.

Dans ces filières, les difficultés de mise en place proviennent de l'organisation même de celles-ci avec notamment l'alternance entre les cours et les stages d'où une présence parfois ponctuelle dans l'établissement et des horaires variables.

Des difficultés matérielles sont également mises en évidence notamment les difficultés pour intégrer ces séances dans les programmes d'enseignement, la disponibilité des salles, des créneaux horaires, le financement des actions, l'articulation entre les équipes éducatives et des intervenants extérieurs(47).

Notre étude n'a pas mis en évidence d'influence de la participation à des séances d'éducation sexuelle sur les connaissances des adolescentes en matière de contraception hormis pour la connaissance de la contraception d'urgence chez les jeunes filles ayant des rapports sexuels sans contraception. Il est difficile de penser que ces séances soient dénuées d'intérêt pour améliorer les connaissances sur la contraception.

Notre effectif était peut-être insuffisant. Le fait que les séances ne soient pas organisées de la même façon dans tous les établissements a pu influencer les résultats. C'est pour cela qu'il sera difficile de

connaître l'influence de ces séances sur les connaissances en matière de contraception et de sexualité.

C. Perspectives

1. Pour les professionnels

Dans notre étude, le médecin généraliste est en première ligne pour la prescription d'une contraception et pour donner les informations concernant celle-ci auprès des adolescentes, il est donc important que celui-ci soit correctement formé aux questions de contraception. 65,5 % des adolescentes de notre étude se disent suffisamment informées sur la contraception mais devant les lacunes constatées dans l'étude ces informations sont-elles fiables ? En effet, certains médecins peuvent manquer de formation sur les nouveaux moyens de contraception par exemple ou les moyens de contraception les plus adaptés à l'adolescente.

L'abord de l'adolescente en consultation est également important. En moyenne, une adolescente consulte un médecin 2,5 fois par an (2,1 fois pour les garçons) et 75 % des adolescents ont consulté un médecin dans l'année (48). Lors de ces consultations, il peut être intéressant d'aborder la question de la contraception même si le motif premier n'est pas en rapport avec celle-ci mais sans obligatoirement rentrer dans les détails. Aborder le sujet peut permettre à l'adolescente de se poser des questions concernant la contraception et de savoir que son médecin généraliste peut en parler avec elle si elle en ressent le besoin. Certaines adolescentes peuvent avoir des difficultés à aborder le sujet de la sexualité ou de la contraception, et venir en consultation avec un premier motif de consultation sans rapport avec la contraception. Seulement 55 % des adolescents pensent que leur médecin peut les aider pour des problèmes liés à la sexualité (48).

Les supports de type brochure sur les différents moyens de contraception et l'oubli de pilule devraient être à disposition des adolescentes dans tout cabinet médical et même leur être proposé lors de la consultation à titre d'information. Pour se les procurer, le site internet de l'INPES met à disposition les différentes brochures en téléchargement et en commande gratuite.

D'autres brochures existent notamment sur la contraception d'urgence disponibles sur le site internet du Cespharm (Comité des pharmaciens). Sur cette brochure est mentionné dans quel cas prendre la contraception d'urgence, où se la procurer et comment la prendre.

2. Pour l'éducation nationale

Comme nous l'avons dit précédemment, les séances d'éducation à la sexualité ne sont pas organisées de la même façon dans tous les établissements et ne respectent pas tous la loi du 4 juillet 2001 stipulant que l'information et l'éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles et par groupe d'âge homogène.

Il y a très probablement une carence d'information dans les lycées sur la sexualité et la contraception. Plusieurs critères peuvent en être la cause : un manque de moyen de certains établissements que cela soit d'ordre financier ou matériel, le manque d'intérêt de certains professeurs sur la question de la contraception, le manque de temps et de personnel pour l'organisation de ces séances.

L'appel à des associations d'étudiants en médecine (comme le lycée Gabriel Guist'hau dans notre étude) est un bon moyen de diffuser des informations car les élèves ont directement contact avec des futurs professionnels de santé qui connaissent les dernières recommandations en matière de contraception et dont l'exercice peut être un bon entraînement pour leur futur pratique.

Un bilan sur les séances d'éducation à la vie sexuelle réalisé par l'inspection générale des affaires sanitaires a mis en évidence des difficultés matérielles dans la mise en place de ces actions notamment les difficultés pour intégrer ces séances dans les programmes d'enseignement, la disponibilité des salles, des créneaux horaires, le financement des actions, l'articulation entre les équipes éducatives et des intervenants extérieurs (47).

Les adolescents sont en demande d'information sur la sexualité et la contraception notamment au lycée où ils se sentent davantage concernés par la question car c'est à cette période que débute généralement la vie sexuelle. Mais ce n'est pas dans ces classes que les séances d'éducation à la sexualité sont les plus mises en place (39).

L'école a un rôle spécifique dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents pour leur permettre d'acquérir les données essentielles de leur développement sexuel et affectif et ainsi de mieux appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement. Il est donc essentiel de permettre le développement et la mise en place des séances d'éducation à la sexualité dans tous les établissements scolaires (général ou professionnel) et de pallier une inégalité d'information selon les établissements.

3. Santé publique

L'impact des IVG sur la santé publique n'est pas négligeable. Les conséquences sont à la fois médicales, sociales et psychologiques.

Une information claire sur la sexualité et la contraception auprès des adolescentes est primordiale. Cela passe par les établissements scolaires comme dit précédemment mais aussi et surtout par les professionnels de santé. Ceux-ci comprennent les médecins généralistes et notamment le médecin de famille qui peut parfois présenter un obstacle pour l'adolescente par peur d'absence du secret professionnel mais aussi les médecins dans les CPEF. En effet ces centres peuvent accueillir les adolescentes anonymement et gratuitement pour des informations et prescription de contraceptif.

Selon un bilan de l'inspection générale des affaires sociales, 5 à 10 % des moins de 20 ans fréquentent ces centres et 30 % sont des mineures. Malheureusement, l'accès à ces centres est conditionné par la proximité géographique qui représente une difficulté pour les zones rurales et peri-urbaines. L'absence d'accessibilité les jours de week-end, les horaires restreints et l'inégalité entre les départements en représentent les principales limites. Pour pallier ce manque, différentes recommandations ont été émises par l'inspection générale des affaires sociales. Une première recommandation propose de développer une offre de « médecins relais contraception » regroupant des intervenants dans des conditions analogues à celles des CPEF. Ces médecins passeraient une convention avec le conseil général et suivraient une formation spécifique sur le conseil et la pratique prescriptive en matière de contraception. Une seconde recommandation encourage les CPEF à aller à la rencontre des publics dans les lieux où il existe un manque (49).

4. Rôle des parents

Dans notre étude, 13 jeunes filles parmi celles ayant des rapports sexuels ne prennent pas de contraception car elles ont peur de la réaction de leurs parents et pour 6 le refus des parents est la cause d'une absence de contraception.

Les parents ont un rôle important dans l'éducation à la sexualité de leurs enfants. Il est démontré que plus l'adolescent a une communication positive et ouverte avec ses parents moins il sera enclin à se laisser influencer par ses pairs dans ses choix sexuels. En effet de nombreux adolescents se tournent vers leurs amis plutôt que leurs parents pour parler de sexualité mais l'information obtenue est souvent incomplète voire erronée.

Une bonne communication avec l'adolescent a une influence positive sur ses comportements sexuels. Il existe d'autres effets positifs d'une bonne communication entre parent et adolescent :

- Retarder l'âge de la première relation sexuelle
- Favoriser l'utilisation d'un contraceptif
- Diminuer le nombre de partenaires sexuels
- Enrichir les connaissances
- Stimuler la réflexion et son sens critique face aux messages véhiculés sur la sexualité
- Amener l'adolescent à faire des choix éclairés sur la sexualité.

Une grande majorité des adolescents se sentent influencés par ce que leurs parents leur ont dit quant aux relations amoureuses et à la sexualité (49).

Lors de l'adolescence, une distance est créée par l'adolescent envers ses parents afin de s'affirmer en tant qu'individu mais il sera rassuré dans ses choix si un adulte est là pour le soutenir.

Une bonne communication avec l'adolescent peut résulter d'un dialogue en amont. En effet, commencer le dialogue tôt dans l'enfance facilite les discussions à l'adolescence et ainsi l'adolescent pourra consulter plus rapidement ses parents en cas de situations difficiles ou dangereuses.

Il ne faut pas que les parents comptent totalement sur l'école pour inculquer une éducation sexuelle à leurs enfants car comme nous l'avons vu précédemment les programmes concernant les séances d'éducation sexuelle sont différents selon les établissements mais aussi les lieux de résidence. Après une séance d'éducation sexuelle donnée dans l'établissement, les parents de l'adolescent devraient reprendre avec lui le contenu de cette séance afin de s'assurer de la bonne compréhension de celle-ci (50).

V. Conclusion

En France métropolitaine, 26 000 IVG sont réalisées chaque année chez les 15-19 ans, malgré de nouvelles mesures notamment la gratuité et l'anonymat de l'accès à la contraception.

La pilule est la contraception la plus utilisée par les adolescentes (92,6 % dans notre étude) et le médecin généraliste en est le principal prescripteur (60,3%).

Notre étude a mis en évidence des lacunes dans les connaissances et pratiques des adolescentes en matière de contraception notamment sur l'utilisation de la contraception d'urgence qui est correcte chez 33 % des jeunes filles sexuellement actives sans contraception (ce taux est identique pour celles prenant une contraception), la gestion de l'oubli de pilule avec seulement 25,5 % de réponses correctes à la gestion de l'oubli (27,4 % chez les jeunes filles ayant reçu une information sur la gestion de l'oubli), l'utilisation du préservatif à chaque rapport est retrouvée à 28,4 % chez les jeunes filles sexuellement actives prenant une contraception et à 51,5 % pour celles ne prenant pas de contraception, et enfin sur l'utilisation de la pilule, correcte dans 11,3 % des cas. A noter également que 75,9 % des jeunes filles sexuellement actives utilisant une contraception ont déjà oublié leur pilule.

Dans notre étude , 65,5 % des adolescentes se disent suffisamment informées sur la contraception. Devant les lacunes constatées dans notre étude, nous pouvons nous poser la question de la fiabilité des informations reçues par les adolescentes. Pourtant le médecin traitant reste la première source d'information.

Afin d'améliorer les connaissances et les pratiques des adolescentes nous avons proposé plusieurs perspectives :

- Formation des professionnels de santé à la contraception et plus particulièrement chez l'adolescente
- Multiplier les lieux d'écoute et d'échange en lien avec les CPEF
- Multiplier les séances d'éducation sexuelle dans les collèges et lycées pour toutes les filières confondues
- Informer les parents sur l'importance du dialogue avec leurs adolescents.

Notre étude doit être un premier aperçu des connaissances et pratiques des adolescentes en matière de contraception et mérite d'être améliorée et approfondie notamment sur le questionnaire qui

comme nous l'avons dit précédemment devrait approfondir les questions sur l'utilisation de la pilule, les séances d'éducation sexuelle et la place des parents.

Annexes

Annexe 1 : Liste des contraceptions hormonales orales disponibles en France (52)

Contraceptifs oraux estroprogestatifs commercialisés en France au 25 juin 2010 (a)

Progestatif	Estrogène : <i>éthinyloestradiol</i> [dosage en <i>éthinyloestradiol</i> par comprimé]				Taux de remboursement Séc. soc.		
	"minidosé"		fortement dosé				
	monophasique	biphasique	triphasique	monophasique			
Référence	<i>lévonorgestrel</i> (b)	LEELOO® G6 [20 µg] (nous le présentons dans le n° 324)	ADEPAL® [30 µg-40 µg] FACILIA® G6 [30 µg-40 µg]	AMARANCE® G6 [30 µg-40 µg-30 µg] DAILY® G6 [30 µg-40 µg-30 µg] EVANEZIA® G6 [30 µg-40 µg-30 µg] TRINORDIOL® G6 [30 µg-40 µg-30 µg]	—	65 %	
		LUDEAL® G6 [30 µg] MINIDRIL® [30 µg]	—	—	—		
	<i>noréthistérone</i> (b)	—	—	TRIELLA® [35 µg]	—	65 %	
		ORTHO-NOVUM® [35 µg]	—	—	—	NR	
<i>norgestrel</i> (b)	—	—	—	STÉDIRIL® [50 µg]	65 %		
"3 ^e génération"	<i>désogestrel</i> (c)	DÉSObEL® G6 [20 µg] DÉSOGESTREL ÉTHINYLESTRADIOL BIOGARAN® [20 µg]	—	—	—	65 %	
		CYCLÉANE® 20 [20 µg] MERCILON® [20 µg]	—	—	—	NR	
		DÉSObEL® G6 [30 µg] DÉSOGESTREL ÉTHINYLESTRADIOL BIOGARAN® [30 µg] VARNOLINE CONTINU® [30 µg] (d)	—	—	—	65 %	
		CYCLÉANE® 30 [30 µg] VARNOLINE® [30 µg]	—	—	—	NR	
	<i>gestodène</i> (c)	MELODIA® [15 µg] (e) MINESSE® [15 µg] (e)	—	—	PERLÉANE® [30 µg-40 µg-30 µg] PHAEVA® [30 µg-40 µg-30 µg] (e) TRI-MINULET® [30 µg-40 µg-30 µg]	—	NR
		CARLIN® 20 [20 µg] EFÉZIAL® 20 [20 µg] FELIXITA® 20 [20 µg] HARMONET® [20 µg] MÉLIANE® [20 µg] ou copie avec nom en DCI [20 µg] (e)	—	—	—	—	
		CARLIN® 30 [30 µg] EFÉZIAL® 30 [30 µg] FELIXITA® 30 [30 µg] MINULET® [30 µg] MONEVA® [30 µg] ou copie avec nom en DCI [30 µg] (e)	—	—	—	—	
		—	—	—	—	—	
	<i>norgestimate</i> (c)	CILEST® [35 µg] EFFIPIREV® [35 µg]	—	—	TRIAFEMI® [35 µg] TRICILEST® [35 µg]	—	NR
	Autres	<i>chlormadinone</i>	BELARA® [30 µg]	—	—	—	NR
<i>cyprotérone</i> (f)		DIANE® 35 [35 µg] EVEPAR® [35 µg] HOLGYEME® [35 µg] LUMALLA® [35 µg] MINERVA® [35 µg] ou copie avec nom en DCI [35 µg]	—	—	—		
		<i>drospirénone</i> (g)	JASMINELLE® [20 µg] JASMINELLECONTINU® [20 µg] (d) YAZ® [20 µg] (e)	—	—	—	
			JASMINE® [30 µg]	—	—	—	
<i>diénogest</i>	Estrogène : <i>estradiol</i> [dosage en <i>estradiol</i> par comprimé] quadriphasique QLAIRA® [3 mg - 2 mg - 2 mg - 1 mg] (h)				NR		

NR = non inscrit sur la liste des spécialités remboursables par la Sécurité sociale. DCI : dénomination commune internationale.

a- Sauf exceptions (lire les notes d, e et h), chaque plaquette contient 21 comprimés.

b- Progestatifs de référence au sein des associations estroprogestatives contraceptives orales.

c- À propos des contraceptifs oraux dits de "3^e génération" remboursables, et notamment des risques thromboemboliques accrus, lire n° 318 p. 256. Courant 2010, la Commission de la transparence a émis un avis favorable au remboursement de Gestodène éthinyloestradiol Biogaran®, Méliane®, Moneva® et Phaeva®, à base de gestodène associé à différents dosages d'éthinyloestradiol. Au 26 juillet 2010, ces spécialités ne sont pas remboursables.

d- Plaquette de 28 comprimés : 21 comprimés contenant l'association estroprogestative + 7 comprimés placebo, pour une prise ininterrompue sur 28 jours.

e- Plaquette de 28 comprimés : 24 comprimés contenant l'association estroprogestative + 4 comprimés placebo, pour une prise ininterrompue sur 28 jours.

f- Selon les RCP, les associations estroprogestatives contenant de la cyprotérone sont commercialisées pour le traitement de l'acné chez les femmes, et non la contraception hormonale orale.

g- La parenté de la drospirénone avec la spiroolactone (Aldactone® ou autre) expose à des hyperkaliémies et à de nombreuses interactions médicamenteuses (lire n° 229 p. 410-413).

h- Plaquette de 28 comprimés : 26 comprimés contenant l'association estroprogestative + 2 comprimés placebo, pour une prise ininterrompue sur 28 jours.

Contraceptifs oraux progestatifs faiblement dosés non associés commercialisés en France au 25 juin 2010, à l'exception des postcoïtaux (a)

Progestatif	Nom de spécialité	Taux de remboursement Séc. soc.
<i>lévonorgestrel</i>	MICROVAL®	65 %
<i>désogestrel</i>	CERAZETTE®	NR

NR = non inscrit sur la liste des spécialités remboursables par la Sécurité sociale.

a- Plus aucun contraceptif oral progestatif non associé fortement dosé n'est commercialisé en France : lire dans ce numéro page 671 à propos de l'arrêt de commercialisation d'Orgamétril®.

Annexe 2 : Carte de l'INPES – conduite à tenir en cas d'oubli

Que faire en cas d'oubli de pilule* ?
Il faut réagir vite.

Nom de votre pilule : _____

Votre plaquette contient des comprimés inactifs oui non nombre _____
(derniers comprimés de la plaquette) :

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

412888113

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte
Pour retrouver une contraception efficace,
il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli,
prenez la contraception d'urgence.



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

Annexe 3 : PASS contraception de Loire Atlantique : Brochure d'information



Annexe 4 : PASS contraception : Chéquier



Annexe 5 : Questionnaire de l'étude

Bonjour, je m'appelle Julie Boucher et je suis interne en médecine générale. Je prépare actuellement ma thèse de fin d'études sur la contraception et les adolescentes. Le but de mon étude est d'évaluer les connaissances des adolescentes en matière de contraception et de rechercher des facteurs pouvant expliquer ce manque de connaissance si il existe. Pour ce faire j'ai besoin de votre aide. Si vous l'acceptez je vous demande de remplir ce questionnaire, seule bien évidemment afin que vos réponses ne soient pas influencées. Ce questionnaire est bien sur anonyme.

Merci par avance de votre aide.

QUESTIONNAIRE

Étude sur les connaissances des adolescentes en matière de contraception.

Population : lycéennes âgées de 15 à 19 ans inclus.

Date de remplissage

1. État civil :

Ta date de naissance.....

Lycée : 1. Général 2. Professionnel 3. Technologique

Type : 1. Public 2. Privé

Classe : 1. 2de 2. 1ère 3. Terminale 4. BTS

Commune de résidence Code postal

Profession de la mère	Profession du père
1- Agricultrice	1- Agriculteur
2- Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
3- Cadre, profession libérale	3- Cadre, profession libérale
4- Profession intermédiaire	4- Profession intermédiaire
5- Employée	5- Employé
6- Ouvrière	6- Ouvrier
7- Retraitée	7- Retraité
8- N'a jamais travaillé	8- N'a jamais travaillé

Tes parents sont : 1. Mariés 2. Divorcés

Tu vis avec : 1. Tes deux parents 2. Avec ton père 3. Avec ta mère 4. Autres

As-tu eu une séance d'éducation sexuelle lors de ton parcours scolaire ?

1. Plusieurs 2. Une seule 3. Aucune

2. Ta sexualité :

As-tu déjà eu une relation sexuelle sans pénétration (flirt, caresses) ² ^{2?} 1. Oui 2. Non

As-tu déjà eu une relation sexuelle avec pénétration ? 1. Oui 2. Non (si tu as répondu NON à cette question, tu peux passer directement à la 3^e partie)

A quel âge as-tu eu ton 1^{er} rapport ?.....

Avais-tu une contraception (autre que le préservatif) lors du premier rapport sexuel ? 1. Oui 2. Non

As-tu utilisé un préservatif ? 1. Oui 2. Non

Combien as-tu eu de partenaires ?.....

Utilises-tu un préservatif pour chaque relation sexuelle ? 1. Oui 2. Non

As-tu déjà pratiqué une interruption volontaire de grossesse ? 1. Oui 2. Non

Si oui pour quelle raison es-tu tombée enceinte ? (plusieurs réponses sont possibles)

Je n'avais pas de contraception à ce moment là

J'avais oublié ma pilule

Je n'ai pas utilisé de préservatif

Autres raisons :

3. Si tu as une contraception : (pour celles qui n'ont pas de contraception vous pouvez passer à la 4^e partie)

Te sens-tu suffisamment informée sur la contraception ?

1. Très 2. Suffisamment 3. Un peu 4. Pas du tout

Actuellement, as-tu une contraception? 1. Oui 2. Non

Laquelle ?

Par quel moyen l'as-tu obtenue (*plusieurs réponses sont possibles*)?

Ton médecin traitant

Un médecin du planning familial

Un gynécologue

Un pharmacien

Une infirmière scolaire

Autre.....

D'autres moyens de contraception t'ont-ils été proposés ? 1. Oui 2. Non

Lesquels ?.....

Es-tu satisfaite de ta contraception ?

1. Très 2. Suffisamment 3. Un peu 4. Pas du tout

As-tu déjà oublié ta pilule ? 1. Oui 2. Non 3. Je ne prend pas la pilule

Combien de fois l'as-tu oublié dans le dernier mois ?

As-tu reçu des informations sur la contraception que tu prends actuellement concernant :

Son utilisation? 1. Oui 2. Non

Les risques et les effets secondaires ? 1. Oui 2. Non

Ce qu'il faut faire en cas d'oubli de pilule ? 1. Oui 2. Non

Par qui as-tu reçu des informations ? (*plusieurs réponses sont possibles*)

Ton médecin traitant

Un médecin du planning familial

Un gynécologue

Un pharmacien

Ta mère

Une sœur

Un autre membre de la famille

Une amie

L'école

Une infirmière scolaire

Internet

Autre :

4. Si tu n'as pas de contraception en ce moment.

Pour quelles raisons :

- Je n'ai pas de rapports sexuels
- J'ai peur de voir un médecin
- le préservatif suffit
- J'ai peur que mes parents le sachent
- Mes parents ne veulent pas que je prenne de contraception
- C'est trop cher
- J'ai peur des risques de la pilule dans ce cas lesquels ?.....
- Autres raisons :

Te sens-tu suffisamment informée sur la contraception ?

1. Très 2. Suffisamment 3. Un peu 4. Pas du tout

5. L'utilisation de la contraception:

Pour toi, toutes les contraceptions sont-elles efficaces ? 1. Oui 2. Non

Quels moyens de contraception connais-tu ?

.....

.....

As-tu peur de la pilule ?

1. Beaucoup 2. Assez 3. Un peu 4. Pas du tout
- si oui pourquoi ?.....

Je peux tomber enceinte lors de mon premier rapport sexuel ? 1. Oui 2. Non

Je dois payer ma contraception même si je suis mineure : 1. Oui 2. Non

Si je vais voir un médecin pour une contraception, il va obligatoirement me faire un examen gynécologique ?

1. Oui 2. Non

Cela me bloque pour aller le voir ? 1. Oui 2. Non

La pilule fait grossir : 1. Oui 2. Non

Le stérilet peut me rendre stérile : 1. Oui 2. Non

Le stérilet peut être posé uniquement chez les femmes ayant déjà un enfant : 1. Oui 2. Non

Mes parents seront forcément au courant si je prends la pilule : 1. Oui 2. Non

Pour toi quels sont les effets secondaires de la pilule ?.....

De l'implant ?.....

Du stérilet ?.....

Je dois attendre la fin de mes règles pour reprendre ma pilule ? 1. Oui 2. Non

Je dois prendre ma pilule à heure fixe ? 1. Oui 2. Non

Si je vomis < 4h après la prise de ma pilule je dois en reprendre un comprimé ? 1. Oui 2. Non

Sais-tu ce qu'il faut faire si tu oublies ta pilule ? 1. Oui 2. Non

Si oui explique-moi ce que tu fais dans ce

cas :.....

.....

Connais-tu l'existence de la contraception d'urgence (pilule du lendemain) 1. Oui 2. Non

si oui :

- Comment peux-tu te la procurer ?.....

- Est-elle délivrée uniquement sur ordonnance ? 1. Oui 2. Non

- Est-elle gratuite pour les mineures ? 1. Oui 2. Non

- Est-elle gratuite pour les majeures ? 1. Oui 2. Non

- Jusqu'à combien de temps après l'oubli tu peux la prendre ?.....

- L'as-tu utilisée : 1. Plusieurs fois 2. Une fois 3. Jamais

Connais-tu le PASS contraception ? 1. Oui 2. Non

Qui t'en as parlé ?

1. Ton médecin traitant
2. Un gynécologue
3. L'infirmière scolaire
4. Un membre de ta famille
5. Autres :.....

Merci de ta participation :)

Bibliographie

1. Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne? déc 2005 [cité 3 déc 2014];(418). Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/250/francais_418.fr.pdf
2. Dreyfus R, Serfaty D. Historique de la contraception. In: Contraception. 4e édition. Elsevier masson; p. 16-24.
3. Haute autorité de santé, Joubert E, Legris C, Thieuzeard V. Méthodes contraceptives: Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 [cité 2 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
4. Vallée J-P, Gallois P, Le Noc Y. Risques vasculaires de la contraception estroprogestative. mars 2013;121-7.
5. Bouchard P, Spira A, Ville Y, Conard J, Sitruk-Ware R. Contraception orale et risque vasculaire [Internet]. 2013 [cité 30 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/contraception-et-risque-vasculaire-27-02-131.pdf>
6. Serfaty D. Contraception hormonale. In: Contraception. 4e édition. Elsevier masson; p. 82-201.
7. Gronier H, Robin G, Dewailly D. Contraception. Rev prat. juin 2011;61:849-57.
8. Gallo M, Lopez L, Grimes D, Carayon F, Schulz K, Helmerhorst F. Combination contraceptives: effects on weight [Internet]. The cochrane library. 2014 [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: www.thecochranelibrary.com
9. Jamin C. Comment classer les contraceptifs hormonaux ? [Internet]. Gynéco online. 2013 [cité 28 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.gyneco-online.com/gyn%C3%A9cologie/comment-classer-les-contraceptifs-hormonaux>
10. Prescrire rédaction. Etonorgestrel implant sous cutané, une contraception pour deux à trois ans. Rev Prescrire. mai 2001;(217):330-3.
11. Vidal. Mirena. In: 88e édition. p. 1417.
12. Vidal. Depo provera. In: 88e éd. p. 605-6.
13. Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception estroprogestative et maladies veineuses thromboemboliques: confirmation du niveau de risque en fonction des molécules progestatives! Gynéco online. 2015.
14. Laurent M-C. Que faire en cas d'oubli de pilule? Rev prat. janv 2008;58:54.

15. Haute autorité de santé. Contraception hormonale orale: dispensation en officine [Internet]. 2013 [cité 7 déc 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/contraception_hormonale_v3.pdf
16. Guilbert E, Black A, Dunn S. Oubli de doses de contraceptif hormonal: nouvelles recommandations- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. JOGC. nov 2008; (219):1063-77.
17. Jamin C. Oublis de la contraception hormonale - réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne [Internet]. Gynéco online. 2011 [cité 29 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.gyneco-online.com/gynecologie/oublis-de-la-contraception-hormonale-reflexions-sur-leur-prise-en-charge-en-pratique-quo>
18. INPES, afssaps, anaes, Le Noc Y, Attia-Sobol J, Fournier C. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. 2004 [cité 4 déc 2014]. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf
19. Prescrire rédaction. Ulipristal (Ellaone)- contraception post coïtale : pas mieux que le lévonorgestrel. Rev Prescrire. déc 2009;29(314):886-9.
20. Centre d'analyse stratégique. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception? une comparaison internationale [Internet]. 2011 [cité 19 mars 2014]. Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/61999/telechargement_fichier_fr_2011.06.09.contraception.na226_0.pdf
21. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Institut national d'études démographiques. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? sept 2012 [cité 2 nov 2014];(492). Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
22. INPES, Gall B, Jouannic E. Les français et la contraception. 2007.
23. Robin G, Massart P, Letombe B. La première prescription de la contraception chez l'adolescente. Rev prat. janv 2008;58(15):43-5.
24. Haute autorité de santé. Contraception chez l'adolescente [Internet]. 2013 [cité 1 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-adolescente.pdf>
25. Collège nationale des gynécologues et obstétriciens français, Robin G, Letombe B. Contraception chez l'adolescente [Internet]. 2006 [cité 30 janv 2015]. Disponible sur: http://www.engof.asso.fr/d_livres/2006_GM_005_letombe.pdf
26. Prescrire rédaction. Contraceptifs: dispensation gratuite et protégée par le secret aux mineures âgées d'au moins 15 ans. Rev Prescrire. juin 2013;33(356):419.
27. Région Pays de la Loire. PASS prévention contraception: guide pratique à l'attention des professionnels. 2013.
28. Haut conseil de la population et de la famille, République française. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures [Internet]. 2006 [cité 1 févr 2014]. Disponible sur:

<http://tempsreel.nouvelobs.com/file/146786.pdf>

29. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. juill 2015 [cité 23 nov 2015];(0924). Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_924_ivg_web.pdf
30. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Vilain A, Mouquet M-C, République française. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. juin 2014; (884):1-6.
31. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M, Institut national d'études démographiques. Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé depuis 30 ans? *Populations & sociétés*. déc 2004;(407).
32. Zerr P, Yrles J-C. Comment éviter une grossesse non désirée? *Rev prat med gen*. sept 2008;22(806).
33. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. juin 2012;(804):1-6.
34. Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante [Internet]. CAIRN.INFO. 2011 [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-162.htm>
35. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Contraception d'urgence et IVG chez l'adolescente. *Medecine*. avr 2012;163-8.
36. Comité éditorial de l'UVMaF. Interruption de grossesse: Interruption volontaire de grossesse-interruption médicale de grossesse [Internet]. 2014 [cité 20 nov 2014]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/ivg_img/site/html/cours.pdf
37. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Item 28: Interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. 2010 [cité 21 nov 2014]. Disponible sur: <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item28/site/html/cours.pdf>
38. République française, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Abdouni S, Abriac D, Afsa C. Repères et références statistiques-enseignements-formation-recherche [Internet]. 2014 [cité 5 févr 2015]. Disponible sur: http://cache.media.education.gouv.fr/file/2014/04/7/DEPP_RERS_2014_344047.pdf
39. Cutarella S. Evaluation d'une campagne d'éducation à la vie sexuelle et affective chez l'adolescent: étude sur 792 élèves de collèges et lycées de la région nantaise. Nantes; 2013.
40. Institut national d'études démographiques. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. ined. [cité 5 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
41. Le Denmat C. Evaluation des connaissances et des craintes des jeunes filles à propos de la contraception pour l'amélioration de l'information en médecine générale. Proposition d'un guide d'aide à la prescription de la pilule. [Internet]. Paris 6; 2011 [cité 1 févr 2014].

Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/le_denmat_these.pdf

42. BONNET-CHASLES C. la connaissance des adolescents sur les nouveaux moyens contraceptifs [Internet]. [Paris]: Paris XI; [cité 1 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Theses/Theses/Bonnet.pdf>
43. Deculty C, Bernard S. Etats des lieux des connaissances sur la reproduction et la contraception des lycéens du lycée de Passy et comparaison selon l'orientation et le niveau scolaire [Médecine générale]. Grenoble; 2012.
44. Pratt S. Les représentations de la contraception orale chez les adolescentes: Etude qualitative à partir d'entretiens de jeunes filles consultant au planning familial. Médecine de Strasbourg; 2012.
45. Poujoulas A. Adolescentes, sexualité et contraception: enquête auprès du centre de planification familial d'Ornex (01) et des médecins généralistes du pays de Gex. Lyon; 2004.
46. De Gaudemar J-P, Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. 2003.
47. Inspection générale des affaires sociales, Aubin C, Jourdain Menninger D. 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 [Internet]. 2009 [cité 6 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047/0000.pdf>
48. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? Rev prat. 2005;(55).
49. Inspection générale des affaires sociales, République française, Aubin C, Branchu C, Vieilleribiere J-L. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale: un bilan [Internet]. 2011 [cité 5 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405/0000.pdf>
50. Lavoie G. Parler de sexualité avec ses parents: aider les adolescents à y réfléchir et s'y préparer. ça s'exprime [Internet]. 2013 [cité 12 mai 2015];(23). Disponible sur: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-314-02F.pdf>
51. Education sexuelle des enfants : pourquoi les parents devraient parler de sexualité à leurs enfants. Aboutkidshealth.ca.
52. Contraceptifs oraux estroprogestatifs commercialisés en France au 25 juin 2010. Rev Prescrire. sept 2010;3(323):665.

Vu, le Président du jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la faculté,

Titre de Thèse : Les connaissances des adolescentes en matière de contraception les mettent-elles à risque d'une grossesse non prévue ?

RESUME

Introduction : En 1967, la loi Neuwirth marque l'avènement de la contraception en France en autorisant la commercialisation des contraceptifs. Huit ans plus tard, la loi Veil légalise l'IVG en France. La couverture contraceptive française est la plus élevée au monde avec 90,2 % chez les 15-49 ans et 91,2 % des 15-19 ans. Malgré une couverture contraceptive satisfaisante, il existe toujours un nombre important d'IVG chez les adolescentes, 26 000 par an en 2013.

Objectif : Devant ces chiffres, nous avons voulu avec cette étude évaluer la pratique des adolescentes en matière de sexualité et de contraception afin de faire un constat de leur connaissance. Le but final est de comprendre les facteurs pouvant prévenir une grossesse non prévu et de proposer des actions de prévention.

Population et méthodes : Notre étude est une étude observationnelle quantitative s'appuyant sur un questionnaire rempli sur la base du volontariat par des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans inclus et scolarisées dans des lycées de Loire Atlantique. Au total, quatre lycées ont répondu à notre demande et 525 adolescentes ont été incluses.

Résultats : Les lacunes mises en évidence dans notre étude ont concerné la contraception d'urgence dont l'utilisation est correcte chez 33 % des adolescentes sexuellement actives avec ou sans contraception, la gestion de l'oubli de pilule est correcte chez 25,5 % des adolescentes sexuellement actives sous pilule, l'utilisation du préservatif est utilisé à chaque rapport chez 28,4 % des adolescentes utilisant une contraception et 51,5 % n'utilisant pas de contraception. Enfin l'utilisation de la pilule est correcte chez 11,3 % des utilisatrices sexuellement actives de notre étude. 65,5 % des adolescentes de notre étude se disent bien informées sur la contraception avec comme principale source d'information le médecin traitant.

Conclusion : Plusieurs propositions de prévention émanent de ces résultats notamment une formation des professionnels de santé à la contraception, multiplier les lieux d'écoute et d'échanges et les séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. Il est également important d'informer les parents sur l'importance du dialogue avec les adolescents.

MOTS-CLES

- Contraception
- IVG
- Adolescentes
- Etude quantitative
- Questionnaires
- Médecin généraliste
- Prévention
- Loire Atlantique