Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2014 **THÈSE N°**

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 31 Octobre 2014 à Poitiers
par Carole CHAMBOSSE (ép. DEGOULANGE)

État des lieux des connaissances
et habitudes contraceptives des lycéens.
Enquête auprès de 126 lycéens de Rochefort sur Mer.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres :
Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD
Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Madame le Dr Véronique LABARTHE-BOURSON

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Pierrick ARCHAMBAULT

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2014 **THÈSE N°**

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 31 Octobre 2014 à Poitiers
par Carole CHAMBOSSE (ép. DEGOULANGE)

État des lieux des connaissances
et habitudes contraceptives des lycéens.
Enquête auprès de 126 lycéens de Rochefort sur Mer.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres :
Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD
Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Madame le Dr Véronique LABARTHE-BOURSON

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Pierrick ARCHAMBAULT

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie – radiothérapie **(en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)**
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)**
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul. chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladie tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOTCatherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

A MES MAITRES ET JUGES

A Mr le Professeur Pierre : je vous remercie de l'honneur que vous me faite en acceptant la présidence de cette thèse. Il me tenait à cœur que vous puissiez juger mon travail puisque le sujet de la thèse m'a été inspiré suite à la participation à votre DIU de gynécologie. Veuillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Mr le Professeur Marechaud : vous me faites l'honneur de siéger à ce jury. Veuillez recevoir mes sincères remerciements pour votre disponibilité et votre enseignement durant mes études.

A Mme le Professeur Migeot : pour l'interet que vous avez manifesté à l'égard de mon travail, soyez assurée de ma sincère gratitude.

A Mme le Docteur Labarthe : Véronique, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Tu m'as enseigné une médecine générale de qualité, pleine d'empathie et de bon sens qui m'a donnée le gout de l'exercice libéral. Merci pour ta bienveillance tout au long de mon parcours d'interne et de jeune remplaçante. Ta présence dans ce jury me touche particulièrement.

A Mr le Docteur Archambault pour avoir accepté de diriger mon travail en respectant mon rythme et mes idées. Merci pour votre patience et vos conseils avisés.

AUX LYCÉENS ET AUX ÉQUIPE PÉDAGOGIQUES PARTICIPANTES

Aux élèves des lycées Marcel Dassault et Gilles Jamain : pour votre accueil chaleureux, votre sérieux dans les réponses et votre attitude positive lors des débats.

Aux proviseurs et proviseurs adjoint (Mme Vidal) des lycées Jamain et Dassault, aux infirmières scolaires et particulièrement Mme Choung : merci pour votre interet à propos de mon travail et pour votre accueil attentionné.

A Arthur, pour ta douceur, ta mignonitude avec ta barbe et tes lunettes, parce que tu es mon petit Xanax, parce que tu es parfait, parce que tu me rends vraiment meilleure (sauf en maths, physique et lecture de GPS…) parce que tu es ma crapouillette, mon loulou, mon plipli (et que comme ça tout le monde le sais !) et parce que je suis fière d'être ta femme. Je t'aime.

A mes parents, pour m'avoir soutenue et accompagnée jusqu'ici avec amour, confiance et fierté. Merci de votre présence rassurante (et merci pour les relectures tardives…).

A Mickael, pour ta rigueur de façade qui cache un côté farfelu et coloré (ou pas…)

A Fabien, pour ton énergie débordante (un peu trop parfois) mais tellement efficace qui cache un côté rigoureux et sérieux (ou pas...)

A mes belles sœurs, Elodie et Aurélie, pièces rapportées mais de qualité !

A toute ma famille, les Chambosse, les Verrières, les Béal, les Beluze, pour tous ces bons moments, à mon grand père.

A la famille Degoulange, merci de m'avoir adoptée.

A Laetitia, pour avoir su préserver notre amitié malgré la distance et les années. Pour ton rôle de seconde maman pendant ma première année de médecine.

A Caroline pour ton amitié rare qui s'est installée naturellement avec les années. Merci pour tout ces bons moments et notamment pour ton soutien le jour J à Vegas et à Ronce. Merci pour ton aide précieuse dans la relecture de ce travail (et merci pour le rhum arrangé !).

A Pedro la Bagarre, qui n'a jamais tapé personne…

A Xavier pour ton aide inestimable sur ce travail : tes conseils de jeune directeur de thèse m'ont été très précieux, merci pour ton sérieux mais aussi et surtout pour ton amitié solide, pour le lambris, pour ton accent anglais pakistanais et pour ta visite culturelle de Dublin.

A Laure, pour ton amitié et ta naïveté touchante. Pour ces moments inoubliables dans ce pub irlandais. Pour tout ces bons moments Rochelais.

A Paul parce que notre amitié est plus importante qu'un paquet de skittles. Pour ces après midi très efficaces à la BU qui ont fialement portés leur fruit !

A Jess pour ton soutien et ton amitié de valeur pendant toutes ses années d'étude. Pour ces semaines de vieilles dans le Lot, pour notre escapade irlandaise et pour ton sourire en toute circonstances.

A Carine pour notre amitié malgré la distance, pour tout ces bons moments pendant l'internat.

A Jean-K, Carine, Franck, Elo, Nico, Marlène , Flavie, Len, Micky pour toutes ces soirées et semaines de ski, pour votre humour de répétition, pour Johnny, Christophe Maé et Céline.

A Damien, parce que même si tu ne racontes que des histoires louches j'adore discuter avec toi (plus ou moins sérieusement), pour ces quelques soirées animées Place Plum et pour cette bouteille de champagne durement gagnée.

A Marie-Laure et Marion pour ces années de coloc rochefortaises.

A Fernand, Pascal, Jelly, Pepper, Babouk, Geisha et Jools, peluches vivantes.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 10

GÉNÉRALITÉS 13

I. LES ADOLESCENTS ET LA SEXUALITÉ 14

II. LA CONTRACEPTION EN FRANCE 16

1. Cadre législatif 17

2. Les campagnes gouvernementales 18

3. Le « Pass'contraception » 19

4. Les recommandations 20

ÉTUDE 21

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE 22

1. Type d'étude 22

2. Objectifs de l'étude 22

3. Population étudiée 23

4. Élaboration du questionnaire 23

5. Description de l'intervention 24

6. Collecte des données 25

7. Analyse statistique 26

II. RÉSULTATS 27

1. Nombre de réponses et caractéristiques de l'échantillon 27

2. Sources d'information sur la contraception 28

3. Habitudes contraceptives 29

3.1 Contraception lors du premier rapport 29

3.2 Contraception lors des rapports réguliers 30

3.3 Satisfaction par rapport au moyen contraceptif utilisé 31

3.4 Personnes proposant la contraception 31

4. Connaissances en physiologie de la reproduction 32

5. Connaissances des moyens contraceptifs 33

5.1 Connaissances et croyances à propos du préservatif 34

5.2 Connaissances et croyances à propos de la pilule œsto-progestative 35

5.3 Connaissances et croyances à propos de la contraception d'urgence 36

5.4 Connaissances et croyances à propos du DIU 37

6. Données complémentaires 38

III. DISCUSSION 40

1. Qualité et méthode 40

1.1 La méthode : le recueil des données 40

1.2 L'échantillon 40

1.3 Le questionnaire 41

2. État des lieux des connaissances et habitudes contraceptives des lycéens de Rochefort **42**
2.1 Information et habitudes contraceptives 42
2.2 Connaissance en physiologie de la reproduction 44
2.3 Connaissances des moyens contraceptifs 45
2.4 Connaissances sur le préservatif 45
2.5 Connaissance sur la pilule œstro-progestative 46
2.6 Connaissance sur la contraception d'urgence 47
2.7 Connaissance sur le DIU 48
3. Identifier les freins à l'utilisation d'une contraception adaptée **49**
3.1 Les connaissances 49
3.2 L'accès à la contraception d'urgence 49
3.3 Les croyances 50
3.4 La norme contraceptive 50
3.5 Le manque de personnalisation 51
3.6 La multiplicité des acteurs 51
4. Propositions pour une meilleure contraception des jeunes **52**
4.1 À l'école 52
4.2 Adapter notre politique de santé publique 53
4.3 Le médecin généraliste 53

CONCLUSION **55**

BIBLIOGRAPHIE **58**

ANNEXES **61**
Annexe 1 : Lettre au proviseur **62**
Annexe 2 : Le questionnaire **63**
Annexe 3 : Correction du questionnaire **67**

RÉSUMÉ **71**

SERMENT D'HIPPOCRATE **73**

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde **16**
Figure 2 : Répartition des élèves (effectifs) selon l'âge **27**
Figure 3 : Sources d'information sur la contraception selon le sexe **28**
Figure 4 : Utilisation d'un moyen contraceptif lors des rapports sexuels chez les lycéens déclarant un partenaire **30**
Figure 5 : Qui propose la contraception ? Selon le sexe **31**
Figure 6 : Connaissances en physiologie de la reproduction **32**
Figure 7 : Pourcentage d'élève estimant connaître les moyens contraceptifs selon le sexe **33**

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des élèves **27**
Tableau II : Réponses à propos du préservatif **34**
Tableau III : Réponses à propos de la pilule œstro-progestative **35**
Tableau IV : Réponses à propos de la contraception d'urgence **36**
Tableau V : Réponses à propos du dispositif intra utérin **37**

INTRODUCTION

La contraception et la sexualité des jeunes sont des enjeux majeurs de notre politique de santé publique. En effet, la France est dans une situation paradoxale : la couverture contraceptive y est parmi les plus importantes d'Europe (90 % des jeunes femmes disent prendre une contraception) [1], mais le nombre d'Interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste élevé notamment chez les mineures (9,9/1000) [2].

Les moyens d'information sur la contraception et les acteurs sont multiples. L'amélioration constante de son accessibilité aux mineures est un des objectifs principaux de notre politique de santé publique.

Cependant, dans deux tiers des grossesses non prévues, la jeune femme prenait une contraception. L'échec de cette méthode est attribué par les jeunes femmes à plusieurs facteurs [3] :

- Une utilisation incorrecte,
- L'absence de participation au choix de leur méthode qui par conséquent ne leur convient pas,
- Le manque d'information sur la conduite à tenir en cas d'incident en lien avec la contraception.

En effet, même si les jeunes ont une connaissance assez large des différents moyens contraceptifs, ce sont toujours la pilule et le préservatif qui sont les plus utilisés. Pourtant, une jeune femme sur trois oublie au moins un comprimé par plaquette [4].

En parallèle, l'utilisation de la contraception d'urgence est en augmentation : une jeune femme sur quatre déclare y avoir eu recours au moins une fois au cours des douze derniers mois [1].

Alors que des croyances erronées sur le sujet persistent, largement relayées par internet et les nombreux forums « médicaux » de discussion, 89 % des jeunes (15-30 ans) déclarent être bien informés sur la contraception en 2010 [1].

Enfin, même si le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par les jeunes (76 % ont vu un médecin généraliste dans l'année) [1], c'est auprès de leurs amis et parents qu'ils vont en premier chercher des informations sur la contraception. Il apparaît donc évident que le médecin traitant a un rôle majeur à jouer dans la diffusion d'une information de qualité et dans le choix d'un moyen contraceptif adapté.

Nous pensons que malgré les informations et les acteurs multiples, les adolescents ne s'y retrouvent pas et ne connaissent pas l'ensemble des possibilités offertes. Ils semblent garder des idées préconçues sur la contraception et le cycle de la femme qui les pénalisent pour choisir la méthode qui leur convient et l'utiliser correctement.

Dans ce travail, nous réaliserons un état des lieux des connaissances et des habitudes contraceptives d'un groupe de lycéens de Rochefort sur Mer. Puis nous identifierons les freins au choix et à l'utilisation optimale de leur moyen contraceptif et proposerons des pistes de réflexion pour la pratique quotidienne en médecine générale, pour l'école, les parents et les pouvoirs publics.

GÉNÉRALITÉS

I. LES ADOLESCENTS ET LA SEXUALITÉ

En France, l'âge légal pour la liberté sexuelle est de 15 ans (Art 227-25 du Code pénal). L'âge du premier rapport sexuel reste stable depuis une dizaine d'années (17,4 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles) [5]. Mais ces derniers sont peu fréquents, irréguliers et souvent non planifiés chez les adolescents. Le nombre de partenaires moyen y est plus important que chez les adultes (période de recherche de partenaire) [6] et c'est en milieu scolaire que se rencontrent le plus souvent les premiers partenaires sexuels [7].

En France, la sexualité des mineurs n'est pas réprimée ouvertement par la morale publique comme cela peut être le cas dans certains pays occidentaux (Royaume-Uni et États-Unis par exemple) [8], mais des préjugés persistent. Pourtant, selon l'UNICEF : « Plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces ».

C'est ce qui se retrouve dans les pays d'Europe du Nord et en Suisse : il existe une plus grande tolérance vis-à-vis de la sexualité des jeunes. La Suisse et les Pays Bas ont des programmes d'information ambitieux et font partie des pays au plus faible taux de grossesse adolescente (respectivement 9,1 ‰ et 12,3 ‰ versus 22,6 ‰ en France).

En Suisse, l'information est délivrée à l'école une fois par an par des intervenants extérieurs qui en discutent avant tout avec les parents. Les enseignants collaborent et sont formés spécifiquement.

Les Néerlandais quant à eux proposent pour les enfants de 4 à 12 ans une semaine dédiée à l'information sur la sexualité, la vie affective, avec de nombreux intervenants et la participation active des parents [8].

Aujourd'hui, il semble difficile pour les jeunes et leurs parents de faire la part des choses entre l'érotisation de notre société (promotion de la liberté sexuelle, recherche de la performance, banalisation des images pornographiques) et la persistance d'un modèle de sexualité basé sur la construction d'une relation de couple. De plus, des représentations stéréotypées de la sexualité persistent : avec d'un côté, la sexualité féminine plutôt basée sur le relationnel et de l'autre les besoins sexuels masculins. Enfin, la fertilité dans ces tranches d'âge est élevée donc le risque de grossesse y est plus important. Il est aussi montré qu'une première grossesse précoce est un facteur de risque de recours répétés à l'IVG. [9].

À ceci s'ajoute le caractère particulier des adolescents : spontanéité, transgression des interdits, rejet des valeurs parentales, dépassement de soi voir conduites dangereuses pouvant aboutir à des situations à risque pour la santé (IST, grossesses non désirées).

Pour être efficient, le travail d'information sur la contraception des adolescents doit donc tenir compte de leur façon de percevoir leur sexualité et s'adapter à leurs habitudes de vie.

II. LA CONTRACEPTION EN FRANCE

Pour la France, les experts parlent d'une « norme contraceptive » quant aux moyens de contraception choisis [10] :

- le préservatif (souvent en association avec la pilule) en début de vie sexuelle,
- la pilule pour les jeunes femmes dès qu'une relation de couple stable s'installe,
- le stérilet pour les femmes déjà mères.

La place prépondérante de la pilule est une spécificité française (Figure 1) :

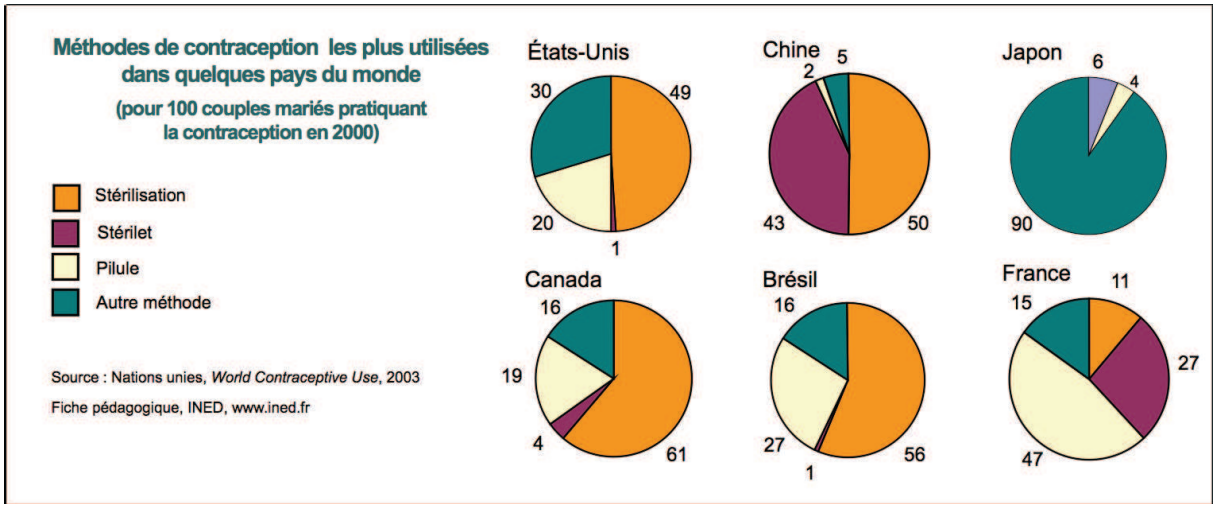

Figure 1 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (Source Nations Unies via INED)

Mais depuis la « crise des pilules de 3e et 4e génération » en 2013, le recours à la pilule a diminué, passant de 50 % à 41 % entre 2010 et 2013. Les pratiques contraceptives apparaissent désormais beaucoup plus diversifiées. Les femmes de plus de 25 ans se sont tournées vers d'autres moyens contraceptifs (préservatif et DIU principalement). Les plus jeunes ont également abandonné massivement les pilules de 3e et 4e génération (-20 %), mais essentiellement au profit de celle de seconde génération (+13 %) et dans une moindre mesure de l'implant de l'anneau vaginal et du patch (+5 %) [11].

1. Cadre législatif

Plusieurs lois encadrent la prescription et l'accès à la contraception et à l'IVG :

- **La loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, dite loi NEUWIRTH,** relative à la régulation des naissances autorise la contraception,
- **La loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974** qui autorise la délivrance gratuite et anonyme de contraceptifs aux mineures dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF),
- **La loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, dite loi Veil,** qui autorise l'IVG en France,
- **La loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000** qui autorise la délivrance de contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies (le décret 2002-39 du 9 janvier 2002 précise les conditions de la délivrance gratuite). Elle autorise également l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires,
- **La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001** qui allonge le délai de recours à l'IVG à 14 semaines d'aménorrhée et prévoit la possibilité de pratiquer des IVG en médecine de ville. Les mineures peuvent avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale. Elle ne soumet plus la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs au consentement du représentant légal. Dès l'école primaire, les enfants doivent bénéficier de séances d'information et d'éducation à la sexualité obligatoires, à raison de 3 séances par an,
- **La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique** qui fixe des objectifs à atteindre dans les cinq prochaines années : l'accès à une

contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes,

- **La loi du 21 juillet 2009, dite loi « hôpital santé patient et territoire »** qui autorise les infirmiers diplômés d'état à renouveler un contraceptif oral pour 6 mois maximum si l'ordonnance date de moins d'un an. La durée de prescription par les médecins et sages-femmes peut s'étendre sur un an et les pharmaciens sont autorisés à délivrer des contraceptifs oraux en cas d'expiration de l'ordonnance, pour 6 mois maximum (décret 2002-883 du 17 juillet 2012),
- **La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012** de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit une prise en charge à 100 % des IVG par l'assurance maladie et la confidentialité de la délivrance et la prise en charge de contraceptifs pour les mineures,
- **La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014** prévoit le tiers payant pour les consultations et les examens de biologie médicale nécessaires à la contraception des mineures d'au moins 15 ans.

2. Les campagnes gouvernementales

Ces campagnes d'information mises en place par l'Institut National de prévention et d'éducation à la santé (INPES) encouragent les jeunes à participer au choix éclairé de leur moyen contraceptif :

- **Campagne 2009 :** « *Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?* » encourage le couple et pas uniquement la femme à prendre ses responsabilités [12],

- **Campagne 2007-2009 :** « *La meilleure contraception c'est celle qu'on choisit* » rappelle la large palette de moyens contraceptifs disponibles et invite les femmes, mais aussi leurs partenaires et les professionnels de santé à réfléchir ensemble à la méthode convenant le mieux au mode de vie de chacun [13],
- **Campagne 2013 :** « *La contraception qui vous convient existe* » incite de nouveau les femmes et les hommes à s'informer sur l'ensemble des solutions contraceptives à leur disposition. L'objectif est de favoriser le choix d'une contraception adaptée et de montrer qu'il est possible de changer de moyen contraceptif au cours de sa vie, en fonction de ses besoins [14],
- **Campagne 2014 (en cours) :** « *Envie de changer de contraception ? Le meilleur moyen, c'est d'en parler* » incite toutes les femmes souhaitant changer de contraception à en parler avec un professionnel de santé [15].

3. Le « Pass'contraception »

En Poitou-Charentes, le « Pass'contraception », présenté sous forme de chéquier, a été créé en 2009. Il donne droit à une consultation médicale, anonyme et gratuite, et permet à une jeune fille d'obtenir gratuitement une contraception. Les coûts des consultations, des analyses médicales et des contraceptifs (y compris ceux qui ne sont habituellement pas pris en charge par l'assurance maladie) sont pris en charge par la région qui rembourse directement les professionnels de santé.

Il était distribué dans un premier temps par les professionnels de santé libéraux et les CPEF puis par les infirmières scolaires. En 2011, 200 « Pass'contraception » ont été distribués, ce chiffre a atteint 700 en 2013.

L'exemple a depuis été repris par de nombreuses régions.

4. Les recommandations

La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations concernant la particularité de la contraception chez les adolescentes en juillet 2013 [16] :

- L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents, en toute confidentialité,
- La démarche de conseil et d'accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins : éviter d'être intrusif, évoquer les connaissances en physiologie, rechercher des antécédents avec des termes compréhensibles, évoquer les situations à risque de grossesse, évaluer les comportements et situations à risque, réévaluer le mode de contraception régulièrement,
- L'examen gynécologique peut être différé,
- Informer sur les différentes méthodes contraceptives disponibles (l'âge ne doit pas limiter le choix en dehors de la stérilisation), mode d'emploi, efficacité contre-indications, risques et effets indésirables, avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement,
- Rassurer sur les craintes des adolescentes (poids, acné, tabac…),
- Informer sur les préservatifs, la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et l'utilisation de la contraception d'urgence.

ÉTUDE

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale menée de mai à juin 2014 auprès de lycéens suivant un cursus général ou professionnel, en classe de seconde et terminale étudiant à Rochefort sur Mer (Charente-Maritime).

Le choix d'interroger des lycéens a été motivé par les raisons suivantes :

- Ils devraient se sentir concernés par les questions de contraception puisqu'à 17 ans ils sont à l'âge moyen du premier rapport sexuel [5] (16,6 ans en Poitou-Charentes) [17],
- Ils ont un socle de connaissance théoriquement identique grâce aux cours sur la physiologie de la reproduction donnés en Science de la vie et de la terre en classe de 4e au collège.

2. Objectifs de l'étude

- Objectif principal : faire un état des lieux des connaissances et habitudes contraceptives des lycéens de Rochefort sur Mer,
- Objectif secondaire n° 1 : identifier les freins à l'utilisation optimale d'une contraception adaptée,
- Objectif secondaire n° 2 : proposer des pistes de réflexion pour une meilleure information des lycéens en matière de contraception notamment pour le médecin généraliste.

3. Population étudiée

- Critères d'inclusion : lycéen mineur ou majeur, en filière générale, technologique ou professionnelle étudiant dans un lycée de Rochefort sur Mer ou de La Rochelle,
- Critères d'exclusion : non-lycéen, non-réponse au questionnaire, n'étudiant pas dans un lycée de Rochefort sur Mer ou de La Rochelle.

4. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire était anonyme et individuel. Il était composé de trois parties : les habitudes contraceptives, les connaissances sur la reproduction et les connaissances sur la contraception. Il avait été choisi de n'aborder que les moyens contraceptifs les plus utilisés et les plus connus des jeunes (préservatif masculin et féminin, contraception œstro-progestative orale, contraception d'urgence et dispositif intra-utérin).

Le questionnaire comprenait quatorze questions fermées soit à choix multiples soit à choix simple (Oui/Non/Ne sais pas (NSP)) et trois questions ouvertes, mais à réponse unique (un chiffre est attendu). Dans la première partie, le jeune était invité à développer certaines réponses (si oui/non pourquoi ? peux-tu dire lesquels ?...).

Le questionnaire se basait sur les recommandations actuelles concernant la contraception des adolescentes [16]. Il a été réalisé à l'aide des questions les plus souvent retrouvées en consultation avec des jeunes et sur internet :

- Soit sur des sites mis en place ou soutenus par l'INPES, le Ministère de la Santé ou l'HAS : Choisirsacontraception.fr ; onsexprime.fr ; filsantejeunes.com ; etsicamarrivait.fr ; martinwinckler.com (sites consultés en mars 2014) qui disposent de « quizz » ou « Foire Aux Questions » voir de forums de discussion,

- Soit sur des forums de discussion grand public : doctissimo.fr ; aufeminin.com ; santemedecine.net (sites consultés en mars 2014),

Il a été relu, corrigé et validé par le Dr Archambault, directeur de cette thèse.

Le questionnaire a été testé sur des lycéens. Les éléments prêtant à confusion ont ensuite été reformulés. Ces tests ont également permis de déterminer que la durée nécessaire pour répondre à l'ensemble du questionnaire était d'environ 10 min.

5. Description de l'intervention

Initialement, l'étude devait concerner lycéens de La Rochelle et de Rochefort afin d'être représentatif du bipôle La Rochelle/Rochefort.

Les administrations de dix lycées généraux et professionnels ont été contactées par mail puis par téléphone en mars 2014 (sept lycées de La Rochelle, trois de Rochefort) afin d'expliquer la démarche. Un lycée a refusé, cinq n'ont pas donné suite malgré les relances. Quatre lycées ont accepté de participer à l'étude, mais seulement deux ont pu organiser les interventions :

- Le lycée polyvalent Marcel Dassault à Rochefort qui comprend une filière générale et technologique et une filière professionnelle (Production et conception mécaniques, aéronautique, pilotage de systèmes industriels),
- Le lycée professionnel Gilles Jamain à Rochefort qui propose des formations professionnelles aux métiers d'art, du sanitaire et social et du tertiaire (vente, commerce, gestion)

L'étude s'est donc intéressée uniquement à deux lycées de Rochefort sur Mer.

Le choix des classes s'est effectué selon les disponibilités de l'infirmière scolaire, de l'emploi du temps des élèves et de l'équipe pédagogique. Finalement, deux classes de seconde (une générale et une professionnelle) et trois classes de terminale professionnelle ont participé à l'étude.

Il a été proposé aux établissements une intervention en deux temps : un temps de réponse au questionnaire puis un temps d'échange avec les élèves qui pouvait entrer dans le cadre des séances obligatoires d'éducation à la sexualité selon la loi du 4 juillet 2001.

Le premier établissement n'ayant pas souhaité de temps d'échange, un document avec les réponses au questionnaire a alors été remis aux élèves après qu'ils l'aient rempli. Dans le second établissement, les interventions ont été organisées avec l'infirmière scolaire et intégrées à une séance d'échange sur la sexualité et la vie affective proposée chaque année. Des laboratoires pharmaceutiques ont été contactés en amont afin de disposer d'échantillons factices de dispositif intra-utérin (DIU), préservatifs masculins et féminins et de plaquettes de pilules qui ont pu être manipulés par les jeunes au cours de l'intervention.

Il a été convenu que les résultats statistiques concernant chaque établissement leur seraient communiqués.

6. Collecte des données

L'intervention, proposée dans le cadre du programme d'éducation à la sexualité obligatoire de la loi du 4 juillet 2001, n'a pas nécessité d'autorisation parentale préalable.

Les rencontres se sont déroulées en mai et juin 2014. Les lycéens ont été réunis dans une salle de conférence ou dans une salle de cours selon les disponibilités. L'intervention a eu lieu en dehors des cours.

Dans un premier temps, je leur ai expliqué le principe et le but de l'enquête puis ils avaient environ 15 minutes pour répondre au questionnaire de façon individuelle et anonyme. Les questionnaires ont ensuite été collectés et un document a été remis aux élèves avec la correction du questionnaire, la liste des CPEF du département et une sélection de sites internet sur la contraception et la sexualité. Dans un des lycées, je disposais de 20 à 30 minutes pour un échange avec les élèves sur la contraception. S'ensuivait entre les lycéens et l'infirmière scolaire un débat sur la vie affective auquel j'étais invitée à participer.

7. Analyse statistique

Les données ont été saisies sur le tableur Microsoft Excel 2011. Les calculs statistiques ont été effectués à partir du logiciel Epi info 7. Les pourcentages ont été comparés grâce au test du khi-deux ou au test de Fisher. Les résultats étaient considérés statistiquement significatifs si $p< 0,05$.

II. RÉSULTATS

1. Nombre de réponses et caractéristiques de l'échantillon

Sur les 126 questionnaires distribués, 124 ont pu être exploités (2 lycéens n'ont répondu à aucune question). Le sex-ratio (garçons/filles) est de 0,63. (Tableau I)

Tableau I : Répartition des élèves (effectifs) selon le sexe et la filière

	Filière générale	**Filière professionnelle**	**Total**
Filles	8	68	**76**
Garçons	21	27	**48**
Total	**29**	**95**	**124**

L'âge moyen de l'échantillon est de 17,4 ans (+/- 1,4 an), 18 ans (+/- 1,2 an) pour les filles et 16,3 ans (+/- 1 an) pour les garçons. L'âge moyen des élèves se trouvant en filière professionnelle est de 17,8 ans (+/- 1,3 an) et celui des élèves en filière générale de 16 ans (+/- 0,7 an). (Figure 2)

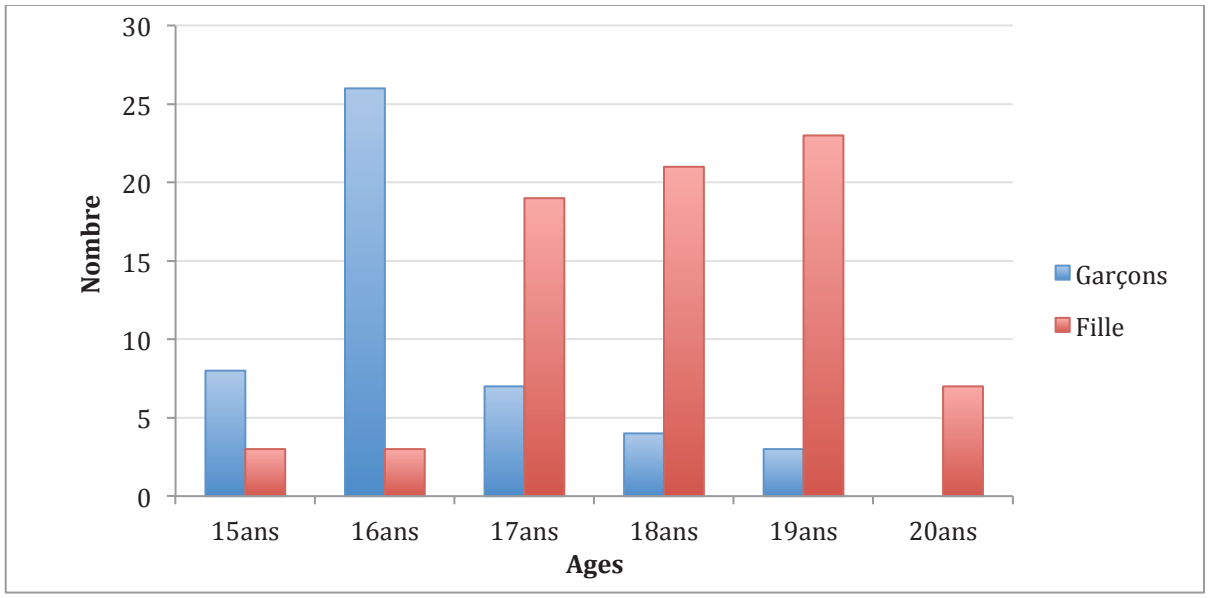

Figure 2 : Répartition des élèves (effectifs) selon l'âge

2. Sources d'information sur la contraception

Lecture du graphique (Figure 3) : Les parents sont la première source d'information citée par 66 % des filles et 40 % des garçons. Aucun garçon n'a cité le gynécologue ou le CPEF comme source d'information.

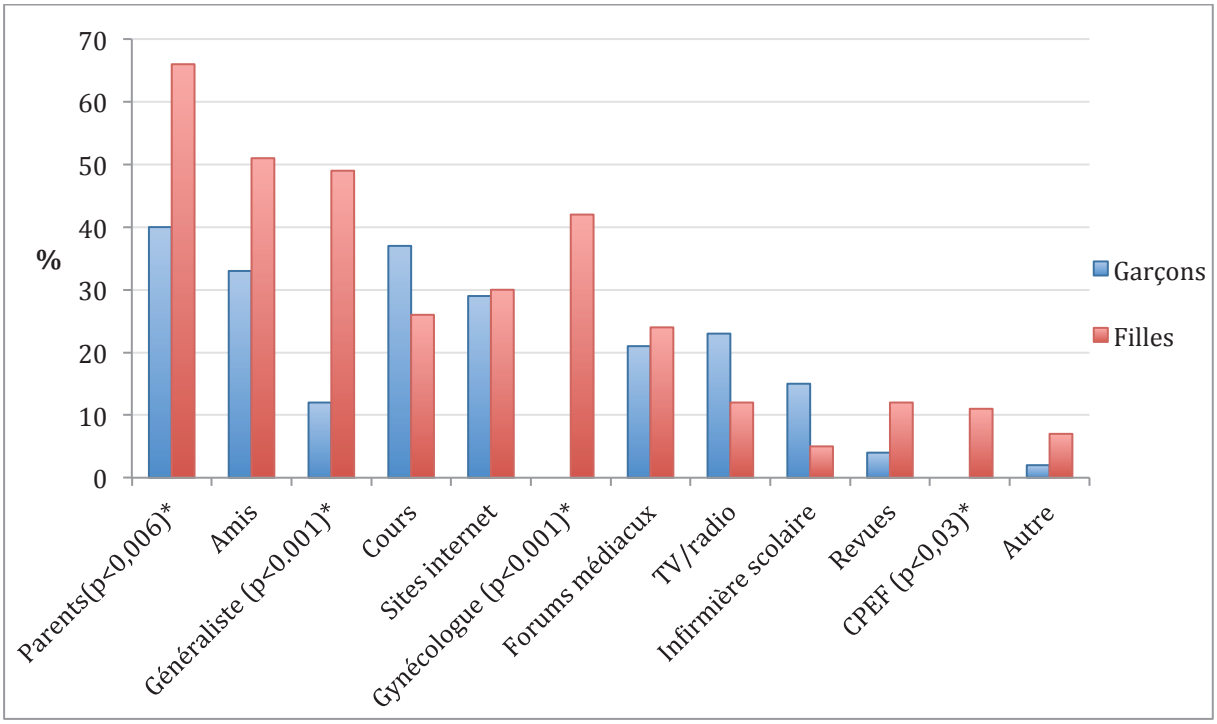

Figure 3 : Sources d'information sur la contraception selon le sexe (%)
**Différence significative fille/garçons*

46 % des lycéens ont déjà parlé de contraception avec leur médecin généraliste : 67 % des filles et 12 % des garçons (p < 0,001).

Les occasions pour en parler étaient :

« *Première prescription de pilule* » pour 31 lycéennes

« *Avant le premier rapport sexuel* » pour 5 lycéen (ne) s

« *Lors d'une consultation pour maladie* » pour 4 lycéen (ne) s

« *Au moment du vaccin contre HPV* » pour 3 lycéennes

« *Problèmes de cycles* » pour 2 lycéennes

« *Lors d'une discussion sur le SIDA* » pour 2 lycéen (ne) s

« *Découverte de grossesse* » pour 1 lycéenne

« *Au moment du vaccin contre l'hépatite B* » pour 1 lycéen

Parmi ceux qui n'en ont jamais parlé, les motifs retrouvés étaient :

« *Pas besoin* » pour 23 lycéen (ne) s

« *Je n'ai pas eu l'occasion* » pour 8 lycéen (ne) s

« *Le médecin n'a pas abordé le sujet* » pour 4 lycéen (ne) s

« *Je ne vais jamais chez le médecin* » pour 4 lycéen (ne) s

« *Déjà vu avec gynécologue* » pour 3 lycéennes

« *Je n'ose pas, gêné(e) par le sujet* » pour 2 lycéen (ne) s

« *Je ne suis pas intéressé par le sujet* » pour 2 lycéen (ne) s

« *C'est ma vie privée* » pour 2 lycéen (ne) s

« *Orientation sexuelle* » pour 2 lycéen (ne) s

3. Habitudes contraceptives

3.1. Contraception lors du premier rapport

65 % déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels : 76 % des filles et 48 % des garçons ($p<0,002$). Lors du premier rapport, 88 % déclarent avoir utilisé un moyen de contraception.

C'est le préservatif masculin seul qui est le plus cité dans les réponses libres (71 %) puis la pilule associée au préservatif masculin (21 %) et la pilule seule (8 %).

Parmi ceux qui n'en ont pas utilisé, les motifs retrouvés étaient :

« *Rapport imprévu* » pour 2 lycéen (ne) s

« *Relation homosexuelle* » pour 2 lycéen (ne) s

« *Pas de contraception à disposition immédiate* » pour 2 lycéen (ne) s

« *Pas conscience des risques* » pour 1 lycéen (ne)

« *Oubli* » pour 1 lycéen (ne)

3.2. Contraception lors des rapports réguliers

64 % des lycéens déclarent avoir un partenaire au moment de l'étude : 74 % des filles et 39 % des garçons (p<0,005).

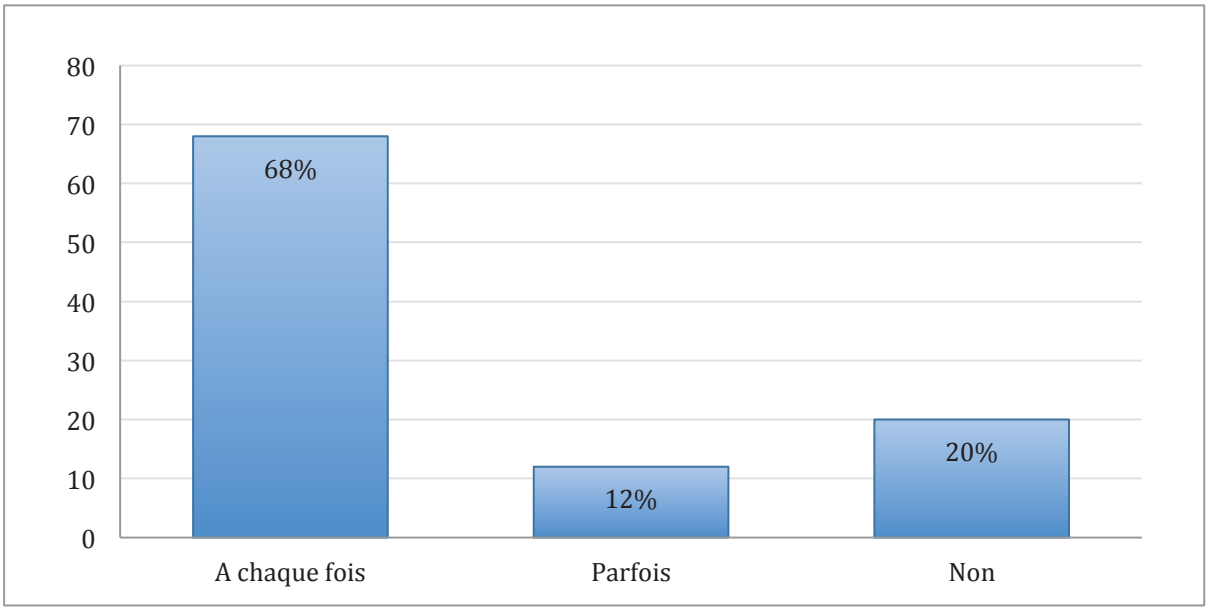

Figure 4 : Utilisation d'un moyen contraceptif lors des rapports sexuels chez les lycéens déclarant un partenaire.

Parmi les moyens de contraception utilisés, on retrouve, cités dans les réponses libres : la pilule seule (48 %) puis la pilule associée au préservatif masculin (36 %), le préservatif masculin seul (14 %) et l'implant contraceptif (2 %).

3.3. Satisfaction par rapport au moyen contraceptif utilisé

86 % d'entre eux se déclarent satisfait de leur contraception (84 % des filles et 86 % des garçons). Les motifs d'insatisfaction cités sont:

- Pour la pilule : « *baisse de libido* », « *prise de poids* », « *cholestérol* », « *pas sûre à 100 %* »,
- Pour le préservatif : « *inconfortable* », « *brûlures* », « *pas pratique* », « *ne fonctionne pas toujours* », « *allergie au latex* », « *moins de sensations* ».

3.4. Personnes proposant la contraception

Lecture du graphique (Figure 5) : Les parents sont cités par 47 % des garçons et 33 % des filles dans les personnes proposant la contraception. Aucun garçon n'a cité le généraliste, le gynécologue ou le CPEF dans les personnes lui proposant la contraception.

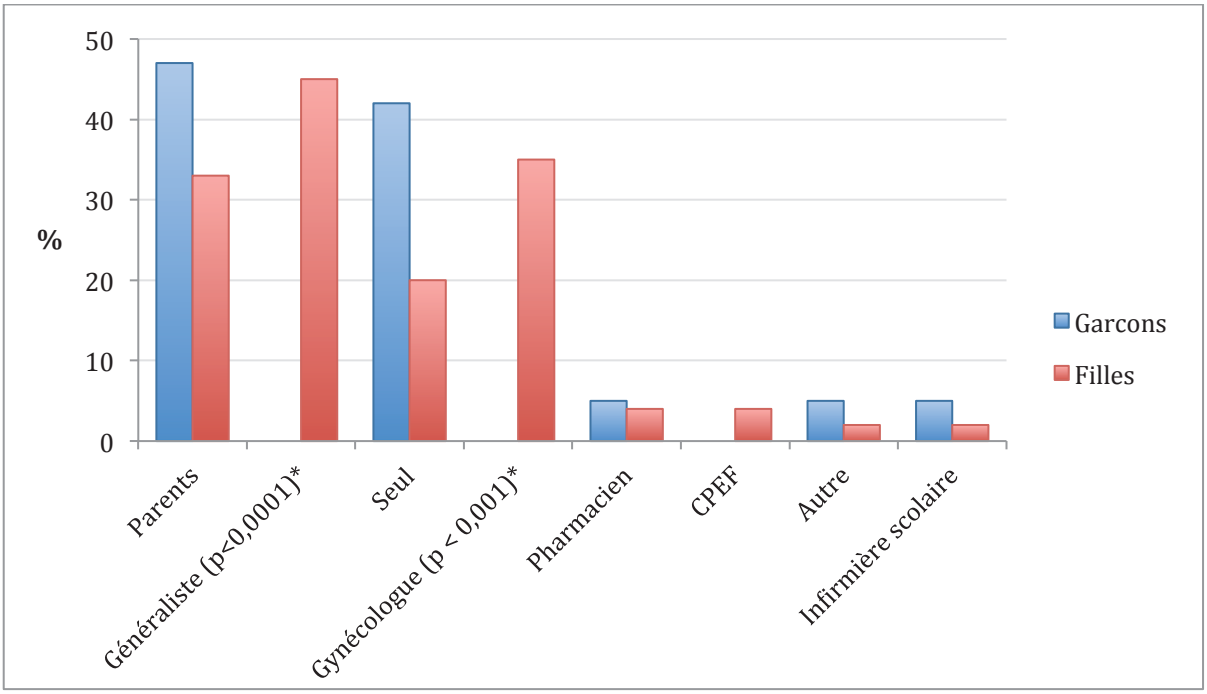

Figure 5 : Qui propose la contraception ? Selon le sexe
**Différence significative fille/Garçon*

4. Connaissances en physiologie de la reproduction

Lecture du graphique (figure 6) : 21 % des garçons et 37 % des filles ont répondu correctement à la question sur la durée du cycle féminin.

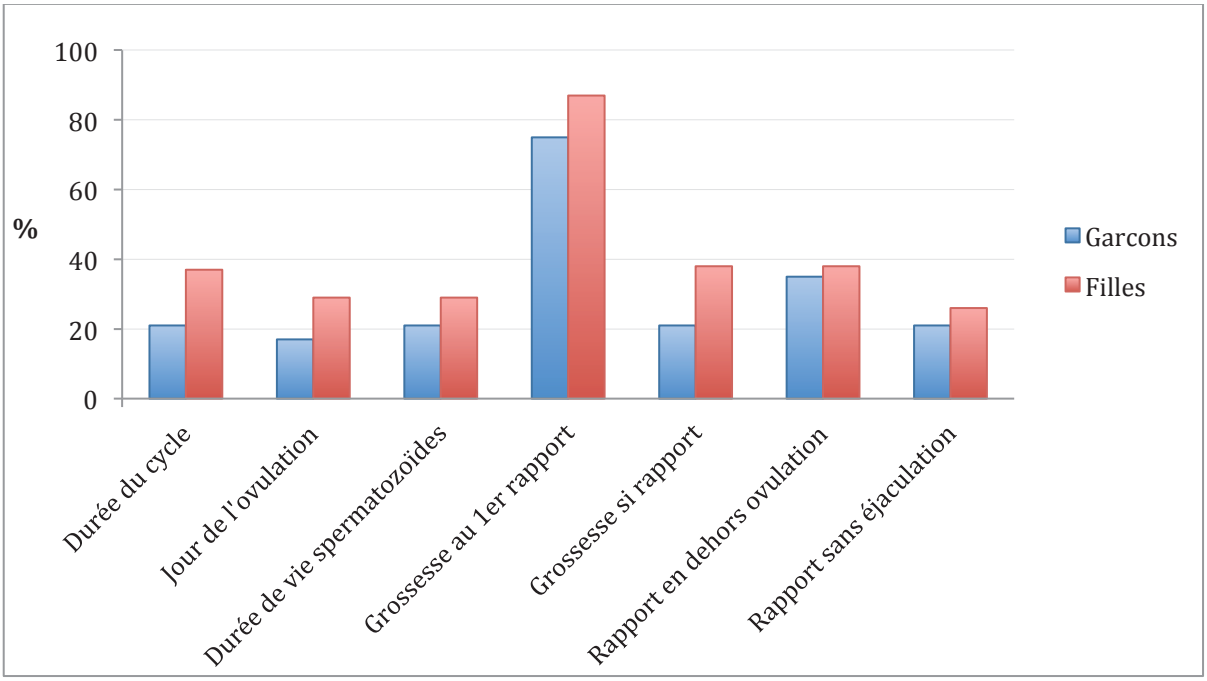

Figure 6 : Connaissances en physiologie de la reproduction : pourcentage de réponses justes selon le sexe.

Sont retrouvées au total : 30 % de réponses justes, 41 % de réponses fausses et 29 % de NSP sur la physiologie de la reproduction.

5. Connaissances des moyens contraceptifs

Lecture du graphique (Figure 7) : 98 % des filles et 100 % des garçons connaissent le préservatif masculin.

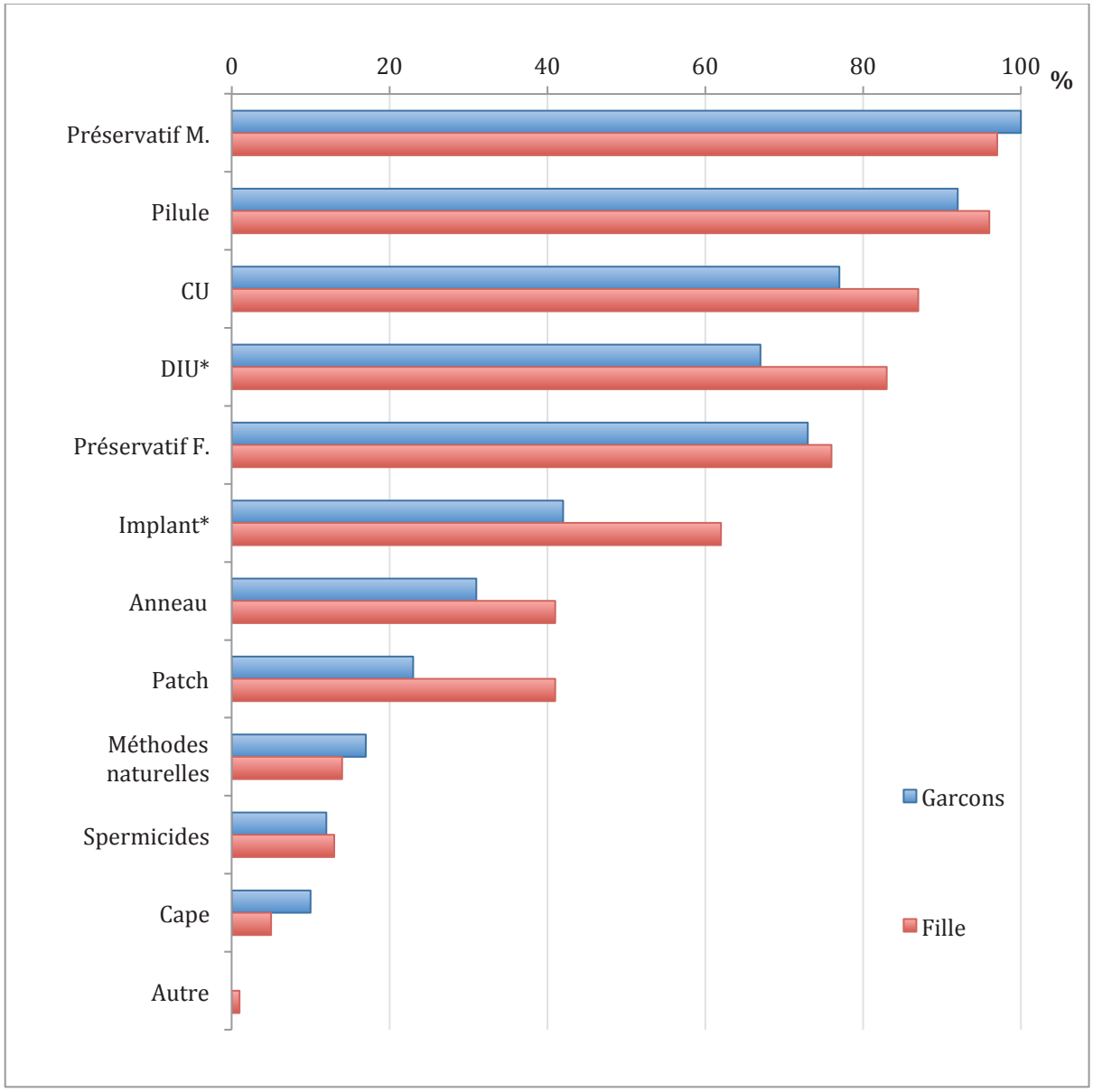

Figure 7 : Pourcentage d'élève estimant connaître les moyens contraceptifs selon le sexe
**Différence significative (p<0,05) fille/garçon*

Il existe une différence significative entre les filles et les garçons concernant la connaissance du DIU et de l'implant contraceptif.

5.1. Connaissances et croyances à propos du préservatif

Lecture du tableau (Tableau II) : 94 % des élèves savent que le préservatif protège des IST (95 % des filles et 94 % des garçons).

Tableau II : Réponses à propos du préservatif.

Connaissances et croyances	Réponses					
	JUSTES		FAUSSES		NSP	
Protège des IST	94 %		2 %		4 %	
	95 %	94 %	1 %	2 %	4 %	4 %
Évite une grossesse	93 %		7 %		0	
	89 %	98 %	11 %	2 %	0	0
Possibilité d'utilisation PM et PF en même temps	41 %		23 %		36 %	
	38 %	46 %	24 %	21 %	38 %	33 %
Possibilité d'utilisation plusieurs fois	94 %		4 %		2 %	
	94 %	96 %	5 %	2 %	1 %	2 %
Disponible gratuitement chez Inf. Scolaire p<0,04*	91 %		0		9 %	
	97 %	81 %	0	0	3 %	19 %
Possibilité d'utilisation avec lubrifiant gras	25 %		46 %		29 %	
	20 %	33 %	53 %	36 %	27 %	31 %

** Différence significative fille/garçon*

Total	
Filles	Garçons

Sont retrouvées au total à propos du préservatif : 73 % de réponses justes, 14 % de réponses fausses et 13 % de NSP.

Il existe une différence significative entre les filles et les garçons sur la connaissance de la possibilité de trouver des préservatifs gratuits chez l'infirmière scolaire.

5.2. Connaissances et croyances à propos de la pilule œstro-progestative

Lecture du tableau (Tableau III) : 81 % des élèves savent que la pilule ne protège pas des IST (87 % des filles et 71 % des garçons).

Tableau III : Réponses à propos de la pilule œstro-progestative.

Connaissances et croyances	Réponses					
	JUSTES		FAUSSES		NSP	
Protège des IST	81 %		4 %		15 %	
	87 %	71 %	3 %	6 %	10 %	23 %
Évite une grossesse	90 %		5 %		5 %	
	91 %	90 %	5 %	4 %	4 %	6 %
Protection entre deux plaquettes	31 %		31 %		38 %	
	39 %	19 %	36 %	23 %	25 %	58 %
Contre indiquée si tabagisme	20 %		37 %		43 %	
	26 %	10 %	45 %	25 %	29 %	65 %
Fait grossir	21 %		49 %		30 %	
	21 %	21 %	63 %	27 %	16 %	52 %
Rend stérile	58 %		6 %		36 %	
	66 %	46 %	8 %	4 %	26 %	50 %
Peut-être donnée sans accord des parents	54 %		24 %		22 %	
	62 %	42 %	21 %	29 %	17 %	29 %
Délivrance gratuite sans ordonnance dans CPEF (p<0,007)*	59 %		18 %		23 %	
	68 %	44 %	12 %	29 %	20 %	27 %
Examen gynécologique obligatoire	32 %		44 %		24 %	
	46 %	10 %	45 %	44 %	9 %	46 %

** Différence significative fille/garçon*

Total	
Filles	Garçons

Sont retrouvées au total à propos de la pilule œstro-progestative : 50 % de réponses justes, 26 % de réponses fausses et 24 % de NSP.

Il existe une différence significative entre les garçons et les filles à propos de la connaissance de la délivrance gratuite possible en CPEF.

5.3. Connaissances et croyances à propos de la contraception d'urgence

Lecture du tableau (Tableau IV) : 94 % des élèves savent que la contraception d'urgence doit être prise en cas de rapport à risque (96 % des filles et 67 % des garçons).

Tableau IV : Réponses à propos de la contraception d'urgence.

Connaissances et croyances	**Réponses**					
	JUSTES		**FAUSSES**		**NSP**	
Doit être prise si rapport à risque	94 %		2 %		4 %	
	96 %	92 %	4 %	4 %	0	4 %
Utilisation exceptionnelle (p<0,003)*	81 %		9 %		10 %	
	90 %	67 %	5 %	14 %	5 %	19 %
Prise jusqu'à 5 jours après rapport à risque	19 %		62 %		19 %	
	14 %	27 %	70 %	50 %	16 %	23 %
Utilisation un nombre de fois limité	12 %		44 %		44 %	
	16 %	6 %	49 %	36 %	35 %	58 %
Rend stérile	54 %		8 %		38 %	
	58 %	48 %	10 %	4 %	32 %	48 %
Efficace à 100 %	69 %		10 %		21 %	
	71 %	65 %	9 %	12 %	20 %	23 %
Délivrance anonyme gratuite sans ordonnance par gynécologue	22 %		39 %		39 %	
	24 %	21 %	39 %	37 %	37 %	42 %
Délivrance anonyme gratuite sans ordonnance par infirmière scolaire (p<0,01)*	48 %		20 %		32 %	
	58 %	34 %	12 %	33 %	30 %	33 %
Délivrance anonyme gratuite sans ordonnance par généraliste	27 %		41 %		32 %	
	29 %	23 %	39 %	44 %	32 %	33 %
Délivrance anonyme gratuite sans ordonnance par CPEF(p<0,001)*	65 %		7 %		28 %	
	79 %	44 %	1 %	14 %	20 %	42 %
Délivrance anonyme gratuite sans ordonnance par pharmacien	49 %		26 %		25 %	
	55 %	40 %	28 %	23 %	17 %	37 %

** Différence significative fille/garçon*

Total	
Filles	Garçons

Sont retrouvées au total à propos de la contraception d'urgence : 49 % de réponses justes, 24 % de réponses fausses et 27 % de NSP.

Il existe une différence significative entre les filles et les garçons sur les connaissances liées à l'utilisation exceptionnelle de la CU et à sa délivrance possible par le CPEF et l'infirmière scolaire.

5.4. Connaissances et croyances à propos du DIU

Lecture du tableau (Tableau V) : 41 % des élèves savent que le DIU ne rend pas stérile (53 % des filles et 23 % des garçons).

Tableau V : Réponses à propos du DIU

Connaissances et croyances	Réponses					
	JUSTES		FAUSSES		NSP	
Rend stérile (p<0,002)*	41 %		28 %		31 %	
	53 %	23 %	22 %	37 %	25 %	40 %
Protège des IST	66 %		8 %		26 %	
	74 %	54 %	6 %	11 %	20 %	35 %
Impossible de porter tampon en même temps	34 %		11 %		55 %	
	39 %	25 %	12 %	10 %	49 %	65 %
Peut être senti pendant le rapport sexuel	36 %		19 %		45 %	
	45 %	21 %	18 %	21 %	37 %	58 %
Peut être posé chez nullipare	45 %		18 %		37 %	
	50 %	38 %	25 %	6 %	25 %	56 %
Peut provoquer des IST	45 %		4 %		51 %	
	54 %	31 %	7 %	0	39 %	69 %
Peut être utilisé en contraception d'urgence (p<0,03)*	9 %		56 %		35 %	
	4 %	17 %	67 %	37 %	29 %	46 %
Peut-être posé par un médecin généraliste	23 %		37 %		40 %	
	22 %	25 %	45 %	25 %	33 %	50 %

** Différence significative*

Total	
Filles	Garçons

Sont retrouvées au total à propos du DIU : 37 % de réponses justes, 23 % de réponses fausses et 40 % de NSP.

Il existe une différence significative entre les filles et les garçons sur les croyances liées à la stérilité potentiellement provoquée par le DIU.

Il existe une différence significative entre les filles et les garçons sur la connaissance de la possibilité d'utilisation du DIU en contraception d'urgence.

6. Données complémentaires

Il n'y a pas de différence significative concernant les connaissances totales (physiologie, préservatif, pilule, CU et DIU) :

- Selon la filière,
- Entre les lycéens ayant déjà eu des rapports sexuels et les autres,
- Entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet avec leur médecin généraliste et les autres,
- Entre les lycéens ayant déjà abordé le sujet avec leurs parents et les autres.

Une différence significative est retrouvée entre les lycéens ayant déjà parlé de contraception à leur médecin généraliste et les autres :

- Sur les réponses à propos du lien entre stérilité et DIU ($p<0,0001$) : les jeunes qui ont parlé de contraception à leur médecin généraliste ont eu plus de réponses correctes (74 %) par rapport aux autres (42 %),
- Sur les réponses à propos de la nécessité de l'examen gynécologique avant de débuter la pilule ($p< 0,001$) : les jeunes qui ont parlé de contraception à leur médecin généraliste ont eu plus de réponses correctes (60 %) par rapport aux autres (21 %),
- Sur les réponses à propos de la délivrance gratuite de la pilule dans les CPEF ($p<0,03$) : les jeunes qui ont parlé de contraception à leur médecin généraliste ont eu plus de réponses correctes (87 %) par rapport aux autres (66 %),

- Sur les réponses à propos du délai de prise de la contraception d'urgence ($p<0,007$) : les jeunes qui n'ont pas parlé de contraception à leur médecin généraliste ont plus de réponses correctes (37 %) par rapport aux autres (10 %).

III. DISCUSSION

1. Qualité de la méthode

1.1. La méthode : le recueil des données

Les données recueillies étaient déclaratives, remplies de manière autonome ce qui pouvait entrainer des non-réponses malgré la présence de la case NSP. Des entretiens individuels auraient pu rendre des données plus précises, mais l'anonymat n'aurait pas été préservé. La fiabilité des réponses (notamment sur les habitudes) ne peut donc pas être certaine (biais de confusion).

La présence de la case NSP avait permis de limiter les questions sans réponse, toutefois, il est impossible de savoir si l'élève n'avait effectivement pas d'idée de la réponse ou s'il s'agissait d'une réponse de facilité.

Lors du recueil de données, les élèves n'étaient pas forcément isolés sur des tables individuelles, ils ont donc pu communiquer entre eux

1.2. L'échantillon

Le recrutement des élèves s'est fait sur la base du volontariat des chefs d'établissements et des infirmières scolaires. Les réponses négatives des lycées ont été nombreuses (difficultés de mise en place, sujet délicat avec les parents d'élèves ou les

équipes pédagogiques, chefs d'établissement non intéressés). Les lycées ayant accepté pouvaient donc être plus intéressés par le thème proposé et avoir déjà sensibilisé les élèves à ce sujet.

Les classes sélectionnées l'ont été uniquement en fonction des disponibilités de chacun, ce qui a abouti à un effectif limité. Elles n'avaient pas été tirées au sort, il y a donc un biais de sélection.

L'âge moyen de l'échantillon est de 17,4 ans. Il y a trois fois plus d'élèves en filière professionnelle que générale. Par ailleurs, le ratio garçons/filles n'est pas équilibré (4 garçons pour 6 filles) ainsi que l'âge en fonction de la filière (filles plus âgées et plus souvent en filière professionnelle). Les réponses ne sont donc pas comparables en fonction de ces critères (filière et âge). Par définition, cet échantillon ne tient pas compte des élèves déscolarisés après la classe de troisième.

Il n'est donc pas représentatif de la population générale ni de la population lycéenne de Rochefort (plus de deux-tiers des élèves y suivent un cursus général).

1.3. Le questionnaire

Il pose des questions relativement invasives (sexualité), qui peuvent induire des résistances à l'expression franche et fausser ainsi les réponses.

Il explore dans certaines questions des comportements d'habitudes ce qui peut entrainer un manque de précision des réponses.

Il n'est bien entendu pas exhaustif et certains sujets, malgré leur lien direct avec le thème ont volontairement été mis de côté pour ne pas l'alourdir (conduite à tenir en cas d'oubli de pilule par exemple). Ceux-ci pourraient faire l'objet d'un autre travail.

Les questions sont objectives, ce qui limite la richesse des réponses. Elles n'explorent pas par exemple l'origine des fausses croyances.

La question « à propos de la pilule : elle fait grossir » aurait méritée d'être nuancée, car la réponse se peut intermédiaire. Des élèves ont même complété le questionnaire : « cela dépend de la femme et de la pilule ».

2. État des lieux des connaissances et habitudes contraceptives des lycéens de Rochefort.

2.1. Information et habitudes contraceptives

Les parents sont la première source d'information sur la contraception pour plus d'un jeune sur deux. Puis viennent les amis pour deux tiers des jeunes et le médecin généraliste pour un tiers d'entre eux. Ces données sont semblables à celle de l'étude menée auprès de lycéens à Nice en 2012 [18] qui retrouvait les mêmes sources d'information, hormis les amis qui arrivaient en premier (75 % les avaient cités contre 44 % dans notre étude). Les médecins généralistes y étaient également moins cités comme source d'information par un jeune sur quatre contre un sur trois dans notre étude.

Les médecins (généralistes et gynécologues) sont principalement consultés par les filles. Le recours à des forums médicaux reste limité à un jeune sur quatre. On constate l'intérêt négligeable accordé aux CPEF (6 %) et à l'infirmière scolaire (9 %) chiffres retrouvés dans l'étude de Nice (7 %). Ces intervenants pourraient pâtir de manque de visibilité et de moyens. Les professionnels de santé qui devraient délivrer des informations fiables ne semblent donc pas être les plus entendus.

Les jeunes sont 46 % à avoir parlé de contraception avec leur médecin généraliste. Ce chiffre est plus important que celui d'une étude réalisée auprès de lycéens dans la région de Grenoble en 2012 [19] qui n'en retrouvait que 31 %. Les densités médicales dans les deux départements (Charente maritime et Haute-Savoie) sont pourtant semblables : 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

C'est à l'occasion de la première prescription de pilule que la contraception était le plus souvent abordée avec le médecin généraliste (déclaration d'au moins trente et une lycéennes). Les garçons sont donc exclus de cette information plus personnelle sur la contraception. La plupart d'entre eux déclarent ne pas avoir ressenti le besoin d'en parler.

Un lycéen sur dix a déclaré ne pas utiliser de moyen contraceptif lors du premier rapport. A fortiori, ils ne s'étaient donc pas protégés contre les IST. Ces chiffres sont moins bons que ceux de l'enquête de Grenoble où ils étaient seulement 5 %.

Les méthodes de contraception choisies par les jeunes pour leurs premiers rapports puis lors de rapports réguliers correspondent bien à la « norme contraceptive » française [10] et aux données retrouvées dans l'étude Grenobloise : préservatif seul puis évolution vers la pilule seule. Le « double dutch » (double protection) est encore peu répandu pour le premier rapport (21 %), mais augmente avec la régularité des rapports (36 %) ces chiffres sont en accord avec le Baromètre santé jeune Poitou-Charentes 2005 [17] qui retrouvait 19 % de double protection au premier rapport.

Les lycéens se déclarent satisfaits de leur contraception (87 %) tout comme ceux de l'étude grenobloise (89 %). Le taux de satisfaction dans la population générale (Enquête BVA pour l'INPES en 2007 [4]) est quant à lui de 75 %. Les motifs d'insatisfaction cités sont essentiellement liés aux effets indésirables de la pilule œstro-progestative (prise de poids, baisse de la libido, perturbation du bilan biologique) et à l'utilisation du préservatif (manque sensation, brûlure, allergie, inconfort) et sont comparables à ceux

de l'enquête BVA. Ces insatisfactions pourraient résulter d'un manque d'information sur les effets attendus (positifs ou négatifs) d'une contraception au moment du choix [20].

Les parents sont les premiers à proposer un moyen contraceptif aux garçons (préservatif). Les médecins sont les premiers consultés par les filles. Aucun garçon n'a obtenu de contraception par l'intermédiaire de son médecin, plus de 40 % d'entre eux ont déclaré s'en occuper seuls.

2.2. Connaissances en physiologie de la reproduction

Les connaissances en physiologie de la reproduction semblent très limitées. Les filles ont tendance à répondre mieux que les garçons (pas de différence significative), mais les questions concernaient essentiellement la physiologie féminine, elles sont donc directement impliquées.

Sur les situations à risque de grossesse, la possibilité d'en débuter une suite au premier rapport semble bien intégrée comme dans les autres études (Nice, Grenoble et BVA pour l'INPES). Ils étaient par contre presque un sur deux à penser qu'un rapport pendant les règles ne peut pas être fécondant. Le mythe du jour unique pour l'ovulation (même si celui-ci n'est pas bien connu) reste présent, probablement relayé par les cours de biologie, avec 43 % des jeunes qui pensent qu'un rapport en dehors de cette période n'est pas à risque de grossesse (données comparables à l'étude de Grenoble). Cette croyance persiste également dans la population générale (Enquête BVA) où 64 % pensent qu'il existe des jours sans risque de grossesse pendant le cycle.

2.3. Connaissances des moyens contraceptifs

Sans surprise les moyens les plus connus sont ceux retrouvés habituellement (étude de Nice et BVA) et à propos desquels s'interroge cette étude : préservatif masculin, pilule, contraception d'urgence et DIU.

Les nouvelles méthodes (implant, anneau vaginal, patch contraceptif) restent secondaires avec des taux similaires aux autres études (Nice et BVA). Les méthodes naturelles (retrait, courbes de température) restent peu connues des jeunes. Elles sont par contre légèrement plus utilisées par les plus de 20 ans depuis le débat sur les pilules de 3e génération [11]. Il convient donc de rester vigilant quant à une future augmentation de son utilisation chez les jeunes, car ces méthodes, même bien utilisées (connaissances physiologiques poussées et rigueur d'utilisation) sont déconseillées par l'HAS pour les adolescentes de par leurs cycles irréguliers et leur indice de fertilité élevé [16].

.

2.4. Connaissances sur le préservatif

Les connaissances sur le préservatif sont bonnes avec 73 % de réponses justes. Les grands principes d'utilisation de cette contraception semblent bien assimilés. Par contre, les questions concernant la pratique étaient moins satisfaisantes (utilisation des lubrifiants, du préservatif féminin…).

2.5. Connaissances sur la pilule œstro-progestative

Les connaissances sont moyennes avec seulement 50 % de réponses justes. Les répondeurs sont 69 % à ne pas savoir que la femme était protégée entre 2 plaquettes de pilules (61 % des filles, alors que 67 % ont déjà parlé de contraception avec leur médecin généraliste). L'étude ne permet pas de connaître la proportion de jeunes filles prenant une pilule et ayant mal répondu.

Des croyances restent ancrées concernant le poids : 50 % pensent que la pilule fait grossir (contre 24 % dans l'étude grenobloise), mais il y a probablement un biais de confusion lié à notre énoncé. Ils sont 37 % à penser que le tabac contre-indique la pilule contre 57 % dans l'étude grenobloise. Ces croyances sont possiblement relayées par les principales sources d'informations (amis, parents, internet…) et insuffisamment démenties et expliquées par les professionnels de santé.

Les lycéens sont 46 % à ne pas savoir que la pilule peut être délivrée sans accord parental (taux identiques dans l'étude niçoise), mais 60 % savent qu'elle peut être délivrée gratuitement en CPEF.

Enfin, ils sont presque 45 % à penser que l'examen gynécologique est obligatoire avant la première prescription, un bien meilleur résultat que l'équipe niçoise qui en retrouvait 70 %. On constate une différence significative sur la réponse à cette question entre ceux qui avaient déjà parlé de contraception avec leur généraliste, qui obtiennent 60 % de réponses justes versus 21 % pour ceux qui n'avaient pas abordé le sujet avec lui. Cette fausse croyance a donc pu être transmise par les parents de par leur expérience personnelle (mise à jour des recommandations de la HAS en 2004 et aval du conseil de l'ordre en 2007 concernant l'examen gynécologique prérequis) et semble démentie lors des consultations sur la contraception auprès du médecin généraliste.

Des connaissances limitées et les croyances erronées ne permettent probablement pas une utilisation optimale de la pilule et pourraient freiner la mise sous contraceptifs des jeunes filles (crainte de l'examen gynécologique, de la prise de poids, d'un discours moralisateur sur le tabac…). La plupart des jeunes femmes ne semblent pas savoir que leur médecin généraliste peut leur proposer un suivi gynécologique et retardent peut-être leur mise sous contraceptif en attendant un rendez-vous -parfois plusieurs mois- chez un gynécologue.

2.6. Connaissances sur la contraception d'urgence

Là aussi, les connaissances sont moyennes (49 % de réponses justes), malgré la diffusion de contraceptifs d'urgence depuis 2000 en milieu scolaire. Les jeunes savent à quelle occasion la prendre, mais les réponses aux questions pratiques sont peu satisfaisantes :

Ils sont seulement 20 %, comme dans l'étude grenobloise, à savoir qu'il est possible de la prendre jusqu'à 5 jours après un rapport à risque. Il est vrai que les appellations « pilule du lendemain » qui peut être prise jusqu'au surlendemain et « pilule du surlendemain » qui peut être prise jusqu'à 5 jours prêtent à confusion et devraient être abandonnées pour parler uniquement de « contraception d'urgence ». Certains ont avoué lors de l'intervention ne pas l'avoir prise en pensant avoir dépassé le délai seulement 24 h après le rapport

On constate une différence significative sur la réponse à cette question entre ceux qui ont déjà parlé de contraception avec leur généraliste et les autres : notre étude montre que les jeunes qui n'ont pas parlé de contraception à leur médecin généraliste avaient plus de chance de répondre correctement, mais rien ne nous permet d'affirmer par quel canal ils ont obtenu leurs informations.

Les croyances erronées se retrouvent quant à son utilisation un nombre de fois limité au cours de la vie : ils sont 44 % à le penser et donc à potentiellement se priver d'une contraception d'urgence en cas d'usage antérieur.

Près de 60 % des jeunes ne savaient pas où se la procurer :

Un jeune sur deux ne sait pas que le pharmacien ou l'infirmière scolaire peuvent la délivrer gratuitement, fréquence beaucoup plus faibles que dans l'étude niçoise (75 % de bonnes réponses) ce qui pourrait faire évoquer un problème local ou loco-régional de communication à propos de la contraception d'urgence. 65 % des jeunes savent que les CPEF peuvent leur délivrer comme dans l'étude niçoise.

2.7. Connaissances sur le DIU

Les connaissances sur le DIU sont limitées (37 % de réponses justes et près de 40 % de NSP) ce qui semble en accord avec la « norme contraceptive » française. Les jeunes connaissent le DIU (surtout les filles), mais ce mode de contraception reste encore exceptionnellement utilisé à cet âge.

Les croyances les plus répandues, comme l'impossibilité de pose chez les nullipares, persistante chez 50 % des Français (enquête BVA) ou le risque d'IST, sont ici limitées avec 45 % de réponses justes et surtout une part importante de NSP (37 % et 51 % respectivement).

Ils sont presque 30 % à penser que le DIU rend stérile, probablement à cause de la dénomination « stérilet » qui devrait être remplacée par « Dispositif intra-utérin » par tous pour une meilleure compréhension.

Concernant son utilisation en contraception d'urgence elle est très peu connue (à peine 10 % des lycéens). Sa mise en pratique pose le problème d'un accès aux soins

difficile (rendez-vous en gynécologie, horaires d'ouverture des CPEF, trouver un médecin généraliste qui pose des DIU…).

Ils sont seulement un sur quatre à savoir que le DIU pouvait être posé par un médecin généraliste.

Au cours des interventions, nous avons également constaté des lacunes importantes dans les connaissances en anatomie féminine avec confusion entre l'utérus et le vagin. Les représentations du DIU et de son utilisation s'en retrouvaient donc biaisées.

3. Identifier les freins à l'utilisation d'une contraception adaptée

3.1. Les connaissances

Dans notre étude, les connaissances « scolaires » ne semblent pas assimilées et leur mise en pratique très aléatoire. Selon les experts, ce manque de connaissances sur la physiologie de la reproduction est un frein à la maitrise d'une contraception [9] [21].

3.2. L'accès à la contraception d'urgence

Malgré les multiples possibilités pour se procurer la CU, les jeunes ne savent pas exactement où la trouver. Ils sont donc probablement obligés de chercher l'information au moment où ils en avaient besoin (donc en urgence) ce qui pourrait retarder la prise.
Les délais ne sont pas du tout maitrisés (81 % de réponses fausses ou NSP) et lors des interventions la plupart des élèves ont découvert l'existence d'une pilule dite du « surlendemain ».

3.3. Les croyances

Les croyances erronées sont surtout persistantes concernant la pilule et les situations à risque de grossesse.

Il semble pourtant facile de communiquer sur ces thèmes à l'occasion d'une consultation médicale (pour prescription de contraceptif, par exemple) ou d'un cours sur la sexualité (risques de grossesse). Ces croyances pourraient être entretenues par les parents et les amis, premières sources d'information des jeunes. Il pourrait alors être intéressant de développer par exemple des groupes d'apprentissage par des jeunes, qui auraient reçu une information sur la contraception en amont, pour d'autres jeunes du même âge.

3.4. La norme contraceptive

En France les femmes suivent un parcours contraceptif similaire : préservatif (premiers rapports) puis pilule + préservatif (rapports réguliers) puis pilule seule (couple stable) puis DIU (post grossesse) [1]. Il existe donc une norme « sociétale » que semblent suivre les jeunes de notre étude, comme probablement leurs parents et qui pourrait aussi influencer les médecins à prescrire le même type de contraception au même type de femme.

Depuis quelques années, les nouveaux moyens contraceptifs (implant, anneau, patch) prennent une place de plus en plus importante (notamment depuis la « crise de la pilule » en 2013), mais qui reste accessoire chez les jeunes [11]. Ce qui est confirmé dans notre étude. Pourtant leur facilité d'utilisation semble s'adapter aux spécificités de leur vie sexuelle.

3.5. Le manque de personnalisation

La plupart des comportements de prévention sont bien assimilés comme le montre notre étude. Mais les actions gouvernementales s'adressent aux jeunes de façon indifférenciée et la question de la contraception est plus personnelle, elle doit s'adapter au mode de vie, aux antécédents médicaux et à l'éducation. Cette personnalisation du discours sur la contraception ne semble pouvoir être obtenue que lors d'un entretien avec un professionnel compétent. Les campagnes de santé publique devraient encourager les jeunes à en parler avec le corps médical. Le Pass-contraception développé en Poitou-Charentes va en ce sens.

3.6. La multiplicité des acteurs

Infirmières et médecins scolaires, médecins généralistes, CPEF, pharmaciens, centres de dépistage anonyme et gratuit, pouvoirs publics, etc., les acteurs sont nombreux et ils ont tous un rôle important à jouer, mais la lisibilité pour les lycéens ne semble pas satisfaisante. Par exemple les lycéens de notre étude déclarent rarement rechercher des informations auprès des CPEF. Le rôle de chacun n'est pas clairement défini et le travail en réseaux sur ce sujet n'est pas mis en place. On peut se demander si à vouloir développer l'accessibilité à la contraception à tout prix on ne se perd pas dans la multiplicité des acteurs [20].

4. Propositions pour une meilleure contraception des jeunes

4.1. L'école

C'est l'endroit qui semble le plus adapté pour faire passer des messages de prévention au plus grand nombre : promouvoir la double protection (« double dutch »), informer sur les lieux de délivrance de la contraception d'urgence, sur les délais de prise à respecter.

L'école devrait pouvoir balayer les fausses croyances, pour que le savoir déjà acquis ne bloque pas l'assimilation de nouvelles connaissances. Elle devrait notamment pouvoir expliciter la durée des cycles et revenir sur le mythe de l'ovulation au 14^{e} jour, les élèves devant être informés qu'il s'agit de moyennes statistiques.

Les éléments de physiologie théoriques mériteraient d'être illustrés par des notions plus pratiques : situations à risque de grossesse, fonctionnement des moyens contraceptifs, en ne parlant pas que de la pilule et du préservatif

Il semble important que les heures dédiées à l'éducation à la sexualité aient un programme établi. Aujourd'hui, leur contenu est laissé à l'appréciation des chefs d'établissement et des équipes pédagogiques. Cependant l'organisation de ce type d'intervention touchant à la sexualité des mineurs peut se heurter à des réactions « frileuses » de certains adultes (parents, équipe pédagogique…). Ce problème a été rencontré lors du recrutement de certains lycées de notre étude.

4.2. Adapter notre politique de santé publique

Les politiques de santé publique doivent trouver le juste milieu entre un accès facilité à la contraception et une information de qualité en amont pour une vie sexuelle saine et épanouie.

Le modèle français centre d'avantage ses actions sur la facilité d'accès à la contraception [9], mais il développe depuis quelques années des campagnes plus informatives et préventives qui gagnerais cependant à toucher un public plus jeune comme dans les pays d'Europe du Nord [8]. Les cours d'éducation à la sexualité semblent indispensables, mais un cadre est nécessaire pour proposer une information homogène sur le territoire [20]. Les parents sont absents des campagnes de prévention alors qu'ils sont la première source d'information pour les adolescents de notre étude, leur laisser une place au sein du dispositif semble essentiel. Enfin, il semble important d'encourager les jeunes à se diriger vers leur médecin généraliste un des seuls intervenants à pouvoir leur proposer un conseil personnalisé et adapté sur la contraception [22].

4.3. Le médecin généraliste

Il est le premier professionnel de santé consulté pour la contraception dans notre étude. Il devrait pouvoir proposer une consultation personnalisée et non pas standardisée et lutter contre la norme contraceptive en proposant la liberté de choix même chez les mineurs.

Les jeunes hommes devraient pouvoir bénéficier d'un temps de consultation dédié et spécifique. Ils sont totalement absents du circuit des professionnels de santé quant à

la contraception (seulement 12 % s'informent sur la contraception auprès de leur généraliste et ils ne consultent aucun professionnel de santé quant à la mise en place de leur propre contraception)

L'information des jeunes, mais aussi des médecins, quant à la possibilité du tiers payant pour les mineures consultant pour leur contraception devrait être plus largement répandue, ainsi que la diffusion du Pass'contraception. Il en est de même concernant la confidentialité de la consultation : il faudrait proposer une cotation spécifique pour que la consultation n'apparaisse pas sur le relevé de la caisse d'assurance maladie des parents, comme c'est déjà le cas pour la délivrance de contraceptifs en pharmacie. L'expérience a été menée avec succès en 2002 en Alsace : les taux d'IVG ont été divisés par deux en cinq ans [8].

Il serait important d'informer la population générale et les jeunes en particulier que les examens et les actes courants en gynécologie peuvent être réalisés par un médecin généraliste ou une sage-femme (pose et retrait d'implant, frottis, prescription de contraception, prise en charge de pathologie gynécologique courante).

Pour tout cela il pourrait être intéressant d'étudier la mise en place d'une consultation de prévention confidentielle et gratuite pour les 15-16 ans : « consultation sexualité et contraception » qui pourrait s'adresser aux filles et aux garçons. Elle aborderait : les moyens contraceptifs disponibles et leur fonctionnement, les principales idées reçues, les situations à risque de grossesse (ou d'IST), les lieux où s'informer et les personnes ressources en cas d'urgence. Elle pourrait déboucher sur la prescription d'un moyen contraceptif et/ou d'une contraception d'urgence « préventive ».

CONCLUSION

Notre étude, première de ce type en Charente-Maritime, retrouve d'importantes lacunes dans les connaissances sur la contraception et la physiologie de la reproduction. Constatations faites également dans la plupart des travaux sur le sujet [18] [19] :

- Les connaissances sur le cycle de la femme sont très limitées malgré les cours du programme de SVT,
- Les croyances erronées persistent notamment sur l'utilisation de la pilule et les situations à risque de grossesse. Elles ne sont pas spécifiquement liées à l'âge puisque des enquêtes dans la population générale les retrouvent également,
- Les comportements de prévention (utilisation du préservatif) sont quant à eux bien assimilés,
- L'accessibilité à la contraception d'urgence et ses délais d'utilisation ne sont pas connus malgré une diffusion de plus en plus large.

Pourtant les jeunes se déclarent bien informés en matière de contraception.

Notre politique de santé publique, essentiellement tournée vers l'aspect médical et curatif (accessibilité à la pilule, à la contraception d'urgence), gagnerait peut-être à proposer des campagnes de prévention sur la vie affective plus ambitieuses (Encadrement des cours obligatoires sur la sexualité ; intervention des parents ; initiation du dialogue avec les professionnels de santé). Ne faudrait-il pas dans ce cas prendre exemple sur nos voisins européens ayant le plus faible taux de grossesse adolescente (Suisse et Pays-Bas) ? Ils proposent par exemple des séances d'éducation à la sexualité dès le primaire. En effet, si l'adolescence constitue un moment charnière pour la construction des représentations liées à la vie affective, les premiers jalons de ce cheminement devraient être posés au plus tôt afin d'éviter l'installation de fausses croyances.

Par ailleurs, les acteurs, nombreux, ne sont pas bien identifiés par les jeunes et ils se tournent en priorité vers leur entourage pour obtenir des renseignements sur la contraception. À trop vouloir multiplier les acteurs et les moyens d'accès à la contraception (notamment d'urgence), la lisibilité du système semble donc difficile. Notre étude montre que :

- Les jeunes hommes sont absents du circuit médical ou paramédical en ce qui concerne les questions de contraception.
- Les professionnels de santé ne sont pas les personnes ressources prioritaires des jeunes en matière d'information et d'accès à la contraception.

Il semble donc important de redéfinir la place du médecin généraliste au sein de cette problématique. De par son statut de médecin de famille et son accessibilité, il est le plus à même de proposer au moment opportun un discours personnel et adapté sur la vie affective et la contraception. Les médecins généralistes devraient être formés à l'adaptation particulière des méthodes contraceptives chez l'adolescent(e). Ceci éviterait des prescriptions standardisées (« norme contraceptive ») et permettrait à l'adolescent(e) de participer activement au choix.

Pour ce faire, la création d'une consultation dédiée au cours de l'adolescence pourrait permettre de rediriger les jeunes vers leur médecin afin d'aborder le sujet. Le Pass'contraception va en ce sens et mériterait d'être généralisé à l'ensemble du territoire français.

BIBLIOGRAPHIE

1. BECK F, RICHARD J., Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.

2. VILAIN A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. DREES : Études et résultats. 2014; 884 :1-6

3. BAJOS N., LERIDON H., JOB-SPIRA N. *et al.*, La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000 : présentation et premiers résultats de l'enquête Cocon - Introduction au dossier. Population. 2004/3 ; Vol. 59, p. 409-418.

4. Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Institut national de prévention et d'éducation. 2007 Juin.

5. Institut National d'Étude Démographique. L'âge au premier rapport sexuel . [En ligne]. 2014. Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/ (page consultée le 11 octobre 2014)

6. CHAPERON S. Nathalie BAJOS & Michel BOZON (dir.), Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé, Clio. Femmes, Genre, Histoire, 2010/31, p. 324-326

7. BOZON M., RAULT W. Où rencontre-t-on son premier partenaire sexuel et son premier conjoint ? INED : Population et sociétés. 2013 Janvier; (496)

8. NAVES M, SAUNERON S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Centre d'analyse stratégique; 2011 juin.

9. NISAND I., TOULEMON L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille. 2006 Décembre.

10. BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? INED : Population et sociétés. 2012 Sept ; (492).

11. BAJOS N., ROUZAUD-CORNABAS M., PANJO H., et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? INED : Population et sociétés. 2014 Mai ; (511).

12. Institut National de prévention et d'éducation pour la santé : « Faut-il que les hommes tombent enceinte pour que la contraception nous concerne tous ?». [En ligne]. 2009. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2009/027.asp (page consultée le 10/10/2014)

13. Institut National de prévention et d'éducation pour la santé : *« La meilleure contraception c'est celle que l'on choisi ».* [En ligne] 2007. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/07/cp070911.asp. (page consultée le 17/09/2014)

14. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. *« La contraception qui vous convient existe ».* [En ligne]. 2013 Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2013/015-contraception.asp. (Page consultée le 17/09/2014)

15. Institut National de prévention et d'éducation pour la santé : *« Envie de changer de contraception ? Le meilleur moyen, c'est d'en parler ».* [En ligne]. 2014. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/14/cp140707-contraception.asp (Page consultée le 10/10/2014)

16. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'adolescente. [En ligne] 2013. Disponible sur :http://www.siumpps.com/pdf/fiche_contraception_adolescente.pdf

17. Baromètre santé jeune Poitou-Charentes 2005. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé; 2007.

18. ALBAGLY M. État des lieux des connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles : enquête auprès de 373 élèves dans 7 lycées niçois. Thèse de doctorat en médecine. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis; 2012, 113 p.

19. DECULTY C, BERNARD S. État 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. Thèse de doctorat en médecine. Grenoble : Université de Grenoble; 2012, 48p.

20. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. [En ligne] 2013 (page consultée le 10/10/2014)

21. BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H. , et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. Population, 59e année, n°3-4, 2004 p. 479-502

22. GALLAIS J, MALOULI A. Contraception des adolescents : places et leviers spécifiques de la médecine générale. Contribution pour la mission parlementaire d'information sur la contraception des adolescents. SFMG; 2010 Décembre p. 10.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre au proviseur

Mme CHAMBOSSE-DEGOULANGE Carole

Madame le Proviseur
Lycée

La Rochelle le,

Objet : Enquête sur les connaissances et habitudes contraceptives des lycéens dans le cadre d'une thèse de médecine générale

Madame le Proviseur,

Je suis jeune médecin généraliste et je prépare ma thèse de doctorat sur les connaissances des lycéens en matière de contraception. Je travaille sous la direction du docteur Archambault, médecin généraliste, enseignant de la faculté de Médecine de Poitiers.

Je souhaiterais dans le cadre de ce travail interroger des élèves de votre établissement. Les séances se dérouleraient en deux temps. Dans une première partie je proposerais un questionnaire individuel et anonyme à remplir en environ 15 minutes. Il pourrait y avoir ensuite un temps de débat autour des questions éventuelles des lycéens sur le sujet. Un document avec les réponses au questionnaire et des informations sur la contraception leur serait remis.

Cette intervention pourrait s'intégrer dans le programme d'éducation sexuelle obligatoire selon la loi du 4 juillet 2001 et ne nécessiterait ainsi pas d'autorisation parentale préalable.

Je souhaiterais vous rencontrer afin de pouvoir vous exposer mon projet.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ma demande je vous prie d'agréer, Madame le Proviseur, l'assurance de mes sentiments respectueux.

Annexe 2 : questionnaire

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES HABITUDES DES LYCEENS EN MATIERE DE CONTRACEPTION

Je suis médecin généraliste et j'ai choisi de m'intéresser à tes connaissances et habitudes en matière de contraception dans le cadre de ma thèse de doctorat.
Pour réaliser cette thèse, j'ai besoin de ta participation. Je te remercie donc de prendre du temps pour répondre à ce questionnaire.
Il s'agit d'un questionnaire **anonyme** et **individuel**, merci de bien répondre à toutes les questions.
Si tu as des questions ou des remarques sur le questionnaire ou sur le sujet, un espace est prévu à cet effet à la fin du questionnaire.

Attention : NSP = Ne sais pas

Sexe : ❑ fille ❑ garçon Age : …… Classe et filière : ……

HABITUDES CONTRACEPTIVES

1. Où recherches-tu des informations sur la contraception (plusieurs réponses possibles) ?

❑ Ami(e)s
❑ Parents, famille
❑ Cours de biologie, de sexualité
❑ Planning familial
❑ Forums médicaux sur internet
❑ Revues, magazines
❑ Gynécologue
❑ Sites internets
❑ Infirmière scolaire
❑ Télévision, radio
❑ Médecin généraliste
❑ Autre (préciser) : ……

2. As-tu déjà parlé de contraception avec ton médecin généraliste ?

❑ Oui
❑ Non

Si non, pourquoi ? ……

Si oui, à quelle occasion ? ……

3. As-tu déjà eu des rapports sexuels ?

❑ Oui
❑ Non

4. Si non, passe directement à la question 9.
Si oui, as-tu lors de la première fois utilisé un moyen de contraception (toi ou ton partenaire) ?

❑ Oui
❑ Non

Si non, pourquoi ?……

Si oui, peux tu dire le(s)quel(s) ? ……

5. As-tu en ce moment un partenaire ?

❑ Oui
❑ Non

6. Si oui, utilisez-vous un moyen de contraception lors de vos rapports sexuels ?

❑ Oui, à chaque fois
❑ Oui, parfois
❑ Non

Si oui, peux tu dire le(s)quel(s) ? ……

7. Es-tu satisfait(e) de cette contraception ?

❑ Oui ❑ Non

Peux tu dire pourquoi ? ……

8. Qui te l'as proposée ?

❑ Infirmière scolaire ❑ Pharmacien

❑ Gynécologue ❑ Planning familial

❑ Médecin généraliste ❑ Personne, tu l'as acheté(e) seul(e)

❑ Parents ❑ Autre (préciser) :……

LA REPRODUCTION , LE CYCLE MENSTRUEL

9. Selon toi, quelle est la durée moyenne du cycle menstruel féminin ? ……

10. Selon toi, en moyenne, à quel moment du cycle a lieu l'ovulation ?……

11. Selon toi, quelle est la durée de vie moyenne d'un spermatozoïde dans l'organisme de la femme ? ……..

……

12. Selon toi, une femme peut être enceinte :

- Suite à son premier rapport sexuel …….. ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Suite à un rapport pendant les règles …….. ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Suite à un rapport en dehors de la période d'ovulation …… ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Suite à un rapport sans éjaculation dans le vagin …… ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

LA CONTRACEPTION

13. Parmi les moyens de contraception ci dessous le(s)quel(s) connais-tu : fonctionnement, efficacité, durée d'utilisation… (plusieurs réponses possibles) :

❑ Anneau vaginal ❑ Pilule du lendemain (contraception d'urgence)

❑ Cape cervicale, diaphragme ❑ Préservatif masculin

❑ Implant contraceptif ❑ Préservatif féminin

❑ Méthodes naturelles ❑ Spermicides

❑ Patch contraceptif ❑ Stérilet (dispositif intra utérin)

❑ Pilule ❑ Autre méthode (préciser) :……

14. A propos du préservatif (masculin OU féminin) :

- Il protège des IST (infections sexuellement transmissibles)…… ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Il permet d'éviter une grossesse…… ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Il est possible d'utiliser un préservatif masculin ET féminin en même temps…… ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Il est possible de l'utiliser plusieurs fois …….. ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- L'infirmière scolaire ou le planning familial peuvent en donner gratuitement…… ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Il est possible d'utiliser des lubrifiants gras (vaseline, huile…) avec un préservatif en latex…… ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

15. A propos de la pilule :

- Elle protège des IST..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle permet d'éviter une grossesse si elle est prise sans oubli..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Entre deux plaquettes (pendant la semaine d'arrêt) la femme reste protégée..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle est contre indiquée chez les jeunes en cas de tabagisme associé..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle fait grossir..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle rend stérile si elle est prise longtemps..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle peut être donnée aux mineures sans l'accord des parents..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle peut être délivrée gratuitement sans ordonnance dans les planning familiaux..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Un examen gynécologique est obligatoire avant de la débuter..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

16. A propos de la contraception d'urgence (pilule du lendemain ou du surlendemain) :

- Elle doit être prise en cas de rapport non ou mal protégé..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- C'est un moyen de contraception d'utilisation exceptionnelle ..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle peut être prise jusqu'à 5 jours après un rapport non ou mal protégé..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle doit être utilisée un nombre de fois limité au cours de la vie sexuelle ..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle rend stérile..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
- Elle est efficace à 100 %..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

- La pilule du lendemain est donnée gratuitement, anonymement et sans ordonnance :

Par un gynécologue..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Par une infirmière scolaire..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Par un médecin généraliste..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Par le planning familial ..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Par un pharmacien..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

17. A propos du stérilet :

Il rend stérile..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Il protège des IST..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Il n'est pas possible de porter un tampon en même temps..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Le partenaire peut le sentir au cours d'un rapport sexuel..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Il peut être posé chez les femmes n'ayant jamais eu de grossesse..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Il peut provoquer des IST..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Il peut être utilisé en contraception d'urgence..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP
Un médecin généraliste peut le poser..... ❑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Je te remercie encore pour ta participation, as-tu des questions sur la contraception ? Des remarques sur le questionnaire ?

……
……
……
……
……
……
……
……

Annexe 3 : Questionnaire corrigé

QUESTIONNAIRE CORRIGE

LA REPRODUCTION , LE CYCLE MENSTRUEL

9. Selon toi, quelle est la durée moyenne du cycle menstruel féminin ?

*Le cycle menstruel ou féminin dure en moyenne **28 jours**.*
Il commence le premier jour des règles et fini la veille des règles suivantes.

10. Selon toi, en moyenne, à quel moment du cycle a lieu l'ovulation ?

*En moyenne, l'ovulation a lieu au **14 ème jour** du cycle MAIS de nombreux phénomènes peuvent la retarder ou l'avancer (stress, maladie, émotions importantes…).*
*Il est **IMPOSSIBLE** de prédire la date de l'ovulation, donc les méthodes contraceptives qui comptent les jours ne peuvent pas être fiables.*

11. Selon toi, quelle est la durée de vie moyenne d'un spermatozoïde dans l'organisme de la femme ?

*Le spermatozoïde vit en moyenne **5 jours** et certains jusqu'à 7 jours. Une grossesse est donc possible jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel !*

12. Selon toi, une femme peut être enceinte :

- Suite à son premier rapport sexuel …… ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Si le rapport n'est pas protégé il peut être fécondant. D'autant plus qu'une femme est plus disposée à avoir des rapports à l'approche de l'ovulation car celle ci augmente le désir …

- Suite à un rapport pendant les règles …… ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Si le rapport n'est pas protégé, une grossesse est possible. Les règles n'empêchent pas l'ovulation. Il suffit donc que l'ovulation soit précoce et/ou que les règles durent longtemps et le risque est présent.

- Suite à un rapport en dehors de la période d'ovulation …… ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Comme vu plus haut : on ne peut pas prédire la date de l'ovulation.

- Suite à un rapport sans éjaculation dans le vagin …… ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Les spermatozoïdes sont présent dans le liquide séminal, un simple contact sans pénétration peut donc entrainer une grossesse : les spermatozoïdes sont programmés pour traverser le vagin et l'utérus à la rencontre de l'ovule donc ils grimpent ! C'est également possible chez une femme vierge puisque l'hymen n'est pas une barrière infranchissable (les règles passent !).

LA CONTRACEPTION

14. A propos du préservatif (masculin OU féminin) :

- Il protège des IST (infections sexuellement transmissibles)…… ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

C'est la seule contraception à le faire.

- Il permet d'éviter une grossesse…… ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Seulement s'il est porté dés les préliminaires.

- Il est possible d'utiliser un préservatif masculin ET féminin en même temps..... ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

De même on ne peut pas mettre 2 préservatifs masculins en même temps. Il y a un risque de faire craquer les préservatifs à cause des frottements.

- Il est possible de l'utiliser plusieurs fois ..... ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

Il est alors moins efficace donc ne protège plus aussi bien des IST et du risque de grossesse. Il risque également de craquer plus facilement. Donc même s'il n'y a pas eu d'éjaculation, préservatif porté = préservatif jeté.

- L'infirmière scolaire ou le planning familial peuvent en donner gratuitement..... ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Ils peuvent mais n'en on pas toujours. On peut également en trouver dans les centres de dépistage anonyme et gratuits (CDAG) et certaines MJC et missions locales.

- Il est possible d'utiliser des lubrifiants gras (vaseline, huile…) avec un préservatif en latex..... ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

Les corps gras (huile, vaseline, beurre, crème solaire…) rendent le latex poreux : il est fragilisé et peut craquer ou laisser passer du sperme. Les lubrifiants intimes à base d'eau ou de silicone sont les seuls compatibles.

15. A propos de la pilule :

- Elle protège des IST..... ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

Seul le préservatif peut protéger des IST.

- Elle permet d'éviter une grossesse si elle est prise sans oubli..... ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

La pilule est une contraception sûre (efficace à 99,7% si prise de façon optimale)

- Entre deux plaquettes (pendant la semaine d'arrêt) la femme reste protégée..... ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

La pilule continue de bloquer l'ovulation pendant 7 jours après l'arrêt pas plus !

- Elle est contre indiquée chez les jeunes en cas de tabagisme associé..... ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

Il est possible de prendre la pilule en cas de tabagisme avant 35 ans. Cependant certaines pilules augmentent plus le risque cardiovasculaire que d'autres, il est donc important de le signaler au médecin qui la prescrit.

- Elle fait grossir..... ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

Mais il peu y avoir une petite augmentation de l'appétit dans les premières semaines de prise.

- Elle rend stérile si elle est prise longtemps..... ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

La pilule met les ovaires au repos comme pendant une grossesse. A l'arrêt de la pilule il faut compter environ 2 mois pour que les cycles naturels recommencent. La durée moyenne pour tomber enceinte après l'arrêt d'un contraception est la même que pour les femmes ne prenant pas de pilule soit 1 an.

- Elle peut être donnée aux mineures sans l'accord des parents..... ☑ Oui ❑ Non❑ NSP

Soit gratuitement au planning familial, soit en pharmacie sur ordonnance du médecin (délivrance anonyme à la demande et gratuite).

- Un examen gynécologique est obligatoire avant de la débuter..... ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

L'examen gynécologique n'est nécessaire qu'à partir de 25 ans. Une prise de sang peut être demandée mais après 2/3 mois de pilule et pas avant de la débuter.

16. A propos de la contraception d'urgence (pilule du lendemain) :

- Elle doit être prise en cas de rapport non ou mal protégé…….. ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

- C'est un moyen de contraception d'utilisation exceptionnelle …….. ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Elle ne doit pas servir après chaque rapport s'ils ne sont pas fréquents car elle reste moins efficace qu'une contraception classique.

- Elle peut être prise jusqu'à 5 jours après un rapport non ou mal protégé…….. ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Mais plus elle est prise tôt plus son efficacité est importante.
La pilule disponible gratuitement et sans ordonnance pour les mineures peut être pris jusqu'à 3 jours après le rapport.
Il existe une autre pilule d'urgence qui peut être utilisée jusqu'à 5 jours mais qui n'est disponible que sur prescription médicale.

- Elle doit être utilisée un nombre de fois limité au cours de la vie sexuelle …….. ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

Elle peut être utilisée plusieurs fois par mois si nécessaire mais elle risque d'être moins efficace et peut entrainer une irrégularité des règles importante.

- Elle rend stérile…….. ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

Même si elle est prise plusieurs fois.

- Elle est efficace à 100 %…….. ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

L'efficacité peut aller de 60 à 95% selon la rapidité à laquelle elle est prise. En cas de doute ou de retard de règles de 5 à 7 jours, il faut faire un test de grossesse.

- Elle est donnée gratuitement, anonymement et sans ordonnance par :

L'infirmière scolaire, le planning familial et le pharmacien.
Le médecin généraliste et le gynécologue peuvent faire une ordonnance mais ne peuvent pas la délivrer.

17. A propos du stérilet :

- Il rend stérile…….. ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

- Il protège des IST…….. ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

Seul le préservatif le fait.

- Il n'est pas possible de porter un tampon en même temps…….. ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

On peut tout à fait utiliser des tampons, il n'y a aucun risque d'infection ou de déplacement du stérilet si les tampons sont changés de façon adaptée.

- Le partenaire peut le sentir au cours d'un rapport sexuel…….. ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

Seuls les fils dépassent dans le vagin, ils sont souples et coupés court à l'entrée du col de l'utérus donc ne doivent pas se sentir au cours des rapports.

- Il peut être posé chez les femmes n'ayant jamais eu de grossesse…….. ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Sans aucun problèmes, on utilise des stérilets plus courts.

- Il peut provoquer des IST…….. ❑ Oui ☑ Non ❑ NSP

C'est le partenaire qui apporte les IST dont il peut être porteur, pas le stérilet qui est posé en respectant des règles d'hygiène strictes.

- Il peut être utilisé en contraception d'urgence…….. ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Jusqu'à 5 jours après le rapport non ou mal protégé.

- Un médecin généraliste peut le poser…….. ☑ Oui ❑ Non ❑ NSP

Mais tous ne le font pas, il faut se renseigner auprès de son médecin.

Pour plus d'informations tu peux consulter les sites suivants :

http://www.choisirsacontraception.fr

http://www.filsantejeunes.com

http://www.planning-familial.org

http://www.jeunes.gouv.fr/interministeriel/sante-et-bien-etre/sexualite/

http://www.onsexprime.fr

http://www.contraceptions.org

http://www.info-ist.fr/index.html

http://www.etsicamarrivait.fr

Liste des Centres de planifications et d'éducation familiale (planning familial) en Charente-Maritime

CPEF ROCHEFORT
Hôpital, 1 Avenue de Béligon - BP 30009
17301 ROCHEFORT Cédex
OU
Locaux CCAS du Centre ville - 29 rue Pujos
(à côté du Tribunal d'Instance de Rochefort)
05 46 88 54 68

CPEF LA ROCHELLE
Hôpital/Maternité, Rue du Dr Schweitzer
17000 LA ROCHELLE
05 46 45 52 24

CPEF SAINTES
Hôpital, 11 Boulevard Ambroise Paré
17100 SAINTES
05 46 95 15 18

CPEF JONZAC
Centre de Périnatalité, 4 Avenue Winston Churchill
17500 JONZAC
05 46 48 75 41

CPEF ST JEAN D'ANGELY
Hôpital, 18 Avenue du Port
17400 ST JEAN D'ANGELY
05 46 59 50 50

CPEF DE ROYAN
Centre Médico-Social, 55 Boulevard Franck Lamy
17201 ROYAN
05 46 39 60 63 ou 05 46 39 60 64

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ

Contexte : La France est dans une situation paradoxale : elle possède un taux de couverture contraceptive et d'accessibilité à la contraception parmi les plus importants d'Europe, mais le taux d'IVG chez les mineures reste stable.

Objectifs : Évaluation des habitudes et connaissances en matière de contraception des lycéens. Identification des freins à l'utilisation optimale d'un moyen contraceptif et propositions pour améliorer l'information des jeunes.

Méthode : Enquête descriptive transversale réalisée de mai à juin 2014 auprès de lycéens de Rochefort sur Mer qui aborde les habitudes contraceptives, les connaissances en physiologie de la reproduction et sur la contraception via un questionnaire anonyme.

Résultats : 126 lycéens ont été interrogés. Les parents sont leur première source d'information sur la contraception (cités par 56 % des élèves). Le médecin généraliste est cité par 35 % des jeunes. On retrouve 30 % de réponses justes aux questions sur la physiologie. Les connaissances sur le préservatif sont maitrisées par 71 % des élèves. De fausses croyances persistent concernant les effets de la pilule et son utilisation : 61 % des filles ne savent pas qu'elles sont protégées entre deux plaquettes. Elles sont 45 % à penser qu'un examen gynécologique est obligatoire avant la prescription. Les délais de prise de la contraception d'urgence ne sont pas maitrisés (19 % de réponses justes) et les moyens d'accès sont mal connus : 50 % des lycéens ignorent qu'elle est disponible gratuitement chez le pharmacien et l'infirmière scolaire. Le DIU est peu connu des jeunes : 37 % de réponses justes et 40 % de « ne sais pas ».

Conclusion : Malgré l'amélioration de l'accessibilité à la contraception, les connaissances restent insuffisantes. Les actions préventives devraient être renforcées en majorant l'information sur tous les aspects de la sexualité par le biais, entre autres, des médecins généralistes.

Mots clés : adolescent, contraception, croyances, connaissances, Charente-Maritime

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

RÉSUMÉ

Contexte : La France est dans une situation paradoxale : elle possède un taux de couverture contraceptive et d'accessibilité à la contraception parmi les plus importants d'Europe, mais le taux d'IVG chez les mineures reste stable.

Objectifs : Évaluation des habitudes et connaissances en matière de contraception des lycéens. Identification des freins à l'utilisation optimale d'un moyen contraceptif et propositions pour améliorer l'information des jeunes.

Méthode : Enquête descriptive transversale réalisée de mai à juin 2014 auprès de lycéens de Rochefort sur Mer qui aborde les habitudes contraceptives, les connaissances en physiologie de la reproduction et sur la contraception via un questionnaire anonyme.

Résultats : 126 lycéens ont été interrogés. Les parents sont leur première source d'information sur la contraception (cités par 56 % des élèves). Le médecin généraliste est cité par 35 % des jeunes. On retrouve 30 % de réponses justes aux questions sur la physiologie. Les connaissances sur le préservatif sont maitrisées par 71 % des élèves. De fausses croyances persistent concernant les effets de la pilule et son utilisation : 61 % des filles ne savent pas qu'elles sont protégées entre deux plaquettes. Elles sont 45 % à penser qu'un examen gynécologique est obligatoire avant la prescription. Les délais de prise de la contraception d'urgence ne sont pas maitrisés (19 % de réponses justes) et les moyens d'accès sont mal connus : 50 % des lycéens ignorent qu'elle est disponible gratuitement chez le pharmacien et l'infirmière scolaire. Le DIU est peu connu des jeunes : 37 % de réponses justes et 40 % de « ne sais pas ».

Conclusion : Malgré l'amélioration de l'accessibilité à la contraception, les connaissances restent insuffisantes. Les actions préventives devraient être renforcées en majorant l'information sur tous les aspects de la sexualité par le biais, entre autres, des médecins généralistes.

Mots clés : adolescent, contraception, croyances, connaissances, Charente-Maritime