

Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles

Camille Gros

▶ **To cite this version:**

Camille Gros. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00593819

HAL Id: dumas-00593819

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593819

Submitted on 17 May 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE
Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement
le : 16 Avril 2010

par

Camille GROS
Née le 06 novembre 1986

CONNAISSANCES DES JEUNES SUR LA CONTRACEPTION ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
BRIVAL Marie-Laure Chef de service, Maternité des Lilas

GUIDE DU MEMOIRE:
MESNIL Nicole Sage-femme

2010PA05MA12

© Université Paris Descartes - ESFBaudelocque.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Marie-Laure Brival qui, en acceptant de diriger ce mémoire, m'a apporté son aide et son soutien,

À Madame Nicole Mesnil, pour sa disponibilité et ses conseils,

À l'équipe de formatrices pour la qualité de leur enseignement,

Au Docteur Michel Teboul, pour son aide précieuse dans l'analyse des données,

À Madame Catherine Jouannet pour ses conseils au début de mon étude,

À mes parents, mon frère et Pierre pour leur patience et leurs encouragements,

À Rémi, Adriana, Anne-Pascale et Nicolas pour leur aide lors de la distribution des questionnaires,

Et enfin à Julie, Claire, Maëlle, Réana, Delphine, Julie, Émilie et Aude pour leur présence au cours de ces années d'étude.

RÉSUMÉ

Contexte : La contraception est largement diffusée en France. Pourtant, le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse ne diminue pas au fil des années.

Objectifs : Cette étude a pour but d'étudier les connaissances, les moyens d'informations des jeunes sur la contraception et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Méthode : les connaissances et les représentations ont été recherché à l'aide de questionnaires distribués lors du festival Solidays à Paris en juin 2009 auprès de 260 jeunes de 15 à 25 ans.

Résultats : Un tiers des festivaliers interrogés ne savait pas que seul le préservatif protège des IST. Par ailleurs, les moyens de contraception les plus connus sont de loin la pilule et le préservatif. Pourtant, la moitié de ceux utilisant la contraception orale a tendance à l'oublier régulièrement. Les autres méthodes sont moins connues : l'implant et le dispositif intra-utérin (DIU) par un jeune sur deux, le patch, l'anneau et les spermicides par un tiers d'entre eux.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence un manque de connaissances évident sur les méthodes de protection mais aussi sur l'ensemble des moyens de contraception autres que la pilule et le préservatif. Pour les améliorer, il faudrait développer l'action de l'éducation nationale en réalisant trois séances d'éducation à la sexualité. De plus, lors d'une prescription de contraception, les professionnels de santé devraient favoriser des méthodes dites «longue durée» comme le DIU qui semble être une bonne alternative à la pilule.

Mots clés : contraception, connaissances, jeunes, IST

ABSTRACT

Background : birth control is widely spread all over France. However, the number of volunterred terminations of pregnancy doesn't seem to decrease these past few years.

Objectives : The aim of this study is to analyse the knowledge and the different means of information young people have access to regarding contraception and sexually transmitted infections (STI).

Methodology : knowledge and representations have been researched thanks to various questionnaires/surveys administrated during the Solidays Festival of Paris dated June 2009, to 250 young people aged between 15 and 25 years old.

Results : one third of people questionned who attended the festival knew that only the condom could protect them from STI. Furthermore, the most known means of contraception still are, by far easily, the combined pill and the condom. Despite this fact, half of the oral contraception users tend to forget it regularly. Other means are less common: the implant and the intrauterin device (IUD) known by every second young person whereas only a third of them know the patch, the vaginal ring and the spmercides.

Conclusion : this study allows us to underline an obvious lack of knowledge of the means of protection but also of all the means of contraceptions which are not combined pills or condoms. To improve the situation it would be interesting to develop national school health education by offering at least three sessions of sexual education. In addition, during their contraception prescriptions, health professionals should encourage so called long term methods like IUD which seems to be a good alternative to the combined pill.

Key words : contraception, knowledge, young people, STI.

Sommaire

INTRODUCTION 4

1- La contraception en France 6

1.1. Généralités 6

1.2. Les caractéristiques de la contraception en France 6

1.3. Un nombre d'IVG pourtant très élevé 7

2- Les principales causes des échecs de contraception chez les jeunes 7

2.1. l'adolescence 7

2.1.1. l'identité 7

2.1.2. les caractéristiques des rapports sexuels 8

2.1.3. une fertilité élevée 8

2.2. l'accès aux contraceptifs 8

2.2.1. la prescription 8

2.2.2. le coût 9

2.3. le milieu social et culturel 9

2.4. le rôle des parents 10

2.5. autres facteurs limitatifs 10

3/ Les connaissances des jeunes sur la contraception et les Infections Sexuellement Transmissibles 11

3.1. Généralités 11

3.2. Les acteurs de l'information 11

3.3. Un manque de connaissances 13

3.3.1. Le cycle menstruel et l'ovulation 13

3.3.2. Les méthodes naturelles de contraception 13

3.3.3. La diversité des moyens de contraception 13

3.3.4. La pilule 14

3.3.5. Le préservatif 15

3.3.6. La contraception d'urgence 15

3.3.7. L'accès à la contraception *15*

3.4. Des idées reçues ou connaissances erronées à travers quelques exemples *16*

3.4.1. Les premiers rapports sexuels ne seraient pas fécondants *16*

3.4.2. L'absence de risque de grossesse pendant les règles *16*

3.4.3. Le mode d'action de la pilule *16*

3.4.4. La pilule comme moyen de protection contre les IST *16*

3.4.5. Les risques sur la santé de la pilule *16*

3.4.6. Le DIU réservé aux multipares. *17*

1- Problématique **19**

2- Hypothèses **19**

3- Objectifs **20**

4- Méthodologie **20**

4.1. Population *20*

4.2. Le questionnaire *21*

4.3. Logiciel et méthode statistique *21*

5- les résultats **21**

5.1. Données générales sur la population *22*

5.2. Les caractéristiques de l'activité sexuelle *23*

5.3. Les Infections Sexuellement Transmissibles *23*

5.3.1. Les sources d'information des jeunes *23*

5.3.2. Les connaissances *24*

5.3.3. La fréquence d'utilisation du préservatif *25*

5.4. La contraception *29*

5.4.1. Les sources d'information des jeunes *29*

5.4.3. l'emploi de contraception *33*

5.5. La pilule du lendemain *35*

5.5.1. Les connaissances *35*

5.5.2. Emploi de la pilule du lendemain *36*

TROISIÈME PARTIE **37**

1- Les forces **38**

2- Les limites **38**

3- Caractéristiques socio-démographiques de la population **39**

4- Activité sexuelle **39**

4.1. Le premier rapport sexuel *39*

4.2. Le nombre de partenaires *40*

5- La contraception **40**

5.1. Utilisation de la contraception *41*

5.2. Les connaissances sur les moyens de contraception *43*

6- La contraception d'urgence **47**

6.1. L'utilisation de la pilule du lendemain *47*

6.2. Les connaissances sur la pilule du lendemain *47*

7- Les Infections Sexuellement Transmissibles **48**

7.1. L'utilisation du préservatif *48*

7.2. Les connaissances sur les IST *49*

8- Propositions pour améliorer les connaissances **51**

8.1. Apprendre *51*

8.2. L'école *52*

8.3. Le professionnel de santé *53*

CONCLUSION **55**

BIBLIOGRAPHIE **57**

ANNEXES **60**

INTRODUCTION

Le contrôle des naissances est un droit fondamental. En France, la contraception est très largement diffusée. Pourtant, le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) ne diminue pas au fil des années.

Tout au long des études de sage-femme, les étudiants ont l'occasion de développer leurs compétences en réalisant des consultations de contraception en post-partum et en post-abortum. Cependant, lors des stages effectués en maternité et dans des centres d'orthogénie, nous avons pu observer que les méthodes autres que la pilule sont très peu utilisées.

Il sera pris pour hypothèse que la cause principale des échecs de contraception est le manque de connaissances des Français sur ce sujet. Les améliorer permettrait donc de diminuer le nombre de grossesses non-désirées et par conséquent le nombre d'IVG, qui s'élève à 10 000 chez les mineures. Cette étude a été centrée sur les jeunes car cette partie de la population semble être plus vulnérable. De plus, et en particulier chez eux, le problème des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) est important. L'objectif de cette enquête sera donc d'étudier les connaissances des jeunes sur la contraception et les IST.

Dans un premier temps, il sera mis en évidence les principales causes d'échec de la contraception puis les connaissances des jeunes sur ce sujet ainsi que sur les IST.

PREMIÈRE PARTIE

1- La contraception en France

1.1. Généralités

En France, l'âge du premier rapport sexuel est d'environ 17,8 ans chez les femmes et de 17,5 ans chez les hommes. [1]
Ces chiffres sont restés stables au cours des dix dernières années. Cependant, l'âge du premier enfant ne cesse d'augmenter. Il est donc nécessaire, pour les couples, d'utiliser une contraception efficace et qui leur convient.

1.2. Les caractéristiques de la contraception en France

La France est l'un des pays où la contraception est la plus utilisée. En effet, en 2005, les trois quarts de la population âgée de 15 à 54 ans et sexuellement active utilise un moyen de contraception. [2], [3], [4]
D'après les résultats de l'étude INPES BVA « Les Français et la contraception » de 2007 : 95% des utilisateurs d'un moyen de contraception se déclarent satisfaits, dont 79% même très satisfaits. [2]

La pilule est le contraceptif le plus répandu puisque 60% des femmes qui déclarent «faire quelque-chose pour éviter une grossesse» utilise la pilule. De plus, environ 81% des femmes entre 20 et 24 ans prennent la pilule. [2]
Le préservatif est utilisé de façon de plus en plus fréquente lors du premier rapport sexuel (par 85% de la population entre 2000 et 2005). [2] [3] Cette augmentation peut certainement s'expliquer par les campagnes de prévention contre les IST au cours de ces dernières années.
Le stérilet, quant à lui, est utilisé par 24% des français mais ne concerne quasiment pas les jeunes femmes. [2]
L'implant est choisi par 1,3% d'entre elles. 2,8% des femmes utilisent des moyens naturels comme le retrait ou l'abstinence périodique. [2]

1.3. Un nombre d'IVG pourtant très élevé

Malgré le taux de contraception le plus fort d'Europe, la France a un pourcentage d'Interruptions Volontaires de Grossesse extrêmement élevé, qui tend à se stabiliser. Pour 740 000 accouchements par an, il y a 200 000 IVG selon l'INED. [1] [5]
Le nombre d'IVG est le plus important entre 20 et 24 ans.

2- Les principales causes des échecs de contraception chez les jeunes

2.1. l'adolescence

2.1.1. l'identité

Les enjeux identitaires sont cruciaux à l'adolescence et la sexualité a une place très importante. La construction de l'identité ne s'achève qu'à la fin de l'adolescence. La question des limites y est alors fondamentale. [6]
L'adolescent a, plus que l'adulte, des conduites à risque, au niveau du comportement sexuel, des conduites addictives...etc.
Celui-ci a un corps qui change ; il fait la découverte de nouvelles sensations. Selon Christophe Allanic, psychologue à Nantes : «Prendre des risques est une manière de dompter ce corps « nouveau » du fait de la puberté, de mieux le connaître (découvrir ses limites : « jusqu'où je peux aller ? »), de se le (ré)approprier jusqu'à parfois avoir envie d'y exercer un pouvoir de vie et de mort. Prendre des risques, c'est mettre sa vie en « je » . Cela peut vouloir dire : « je ne suis plus l'enfant de mes parents, je suis un être à part entière… c'est mon corps et j'en fais ce que je veux ! ».» [6]

De plus, prendre des risques peut être très valorisant, cela peut servir à se prouver qu'on mérite d'être connu. Le sentiment de toute puissance pouvant exister chez l'adolescent est susceptible d'entrainer des conduites à risque. [7]

D'après Clément Rizet, psychologue et chargé de cours à l'Université René Descartes Paris V [8] : «Prévenir les conduites sexuelles à risques des adolescents passe par un travail sur l'identité. C'est parce que le « trop rapproché » terrorise et menace les limites identitaires qu'il est recherché de manière conjuratoire, en forme

de défi. Les "trois D" de Jean-Pierre Chartier[1] nous semblent ici trouver pleinement leur expression, en tant que structure du passage à l'acte : défi, délit, déni *(Chartier)* ! Défi, nous venons de l'exprimer. Délit car transgression. Déni car déni du risque ! Comment dans la fusion désirée ou conjuratoire, pourrait-on tolérer la moindre barrière : les enveloppes s'ouvrent à l'ordre de l'avancée pulsionnelle. Ce n'est pas la réalité qui est niée par l'adolescent, c'est le risque ! Le déni permet de se croire protégé du risque d'annihilation identitaire, de masquer ou d'éjecter le risque d'effraction des limites… mais hélas, il ne protège nullement du réel !».

Ces notions sont donc à prendre en compte dans le cadre de la prévention des conduites à risque chez les adolescents.

2.1.2. les caractéristiques des rapports sexuels

Le multipartenariat est plus élevé dans l'année qui suit le premier rapport sexuel.
Il est également important de tenir compte de l'aspect occasionnel des rapports sexuels, ainsi que du fait qu'ils soient non planifiés. [9], [10]

2.1.3. une fertilité élevée

Les adolescentes ont une fertilité très élevée, ce qui explique en partie le fait que les méthodes contraceptives sont moins fiables dans cette catégorie d'âge.
On constate en effet que le préservatif a un taux d'échec plus élevé chez les adolescents. Il est bien entendu difficile de distinguer la mauvaise utilisation du préservatif de l'échec simple de la méthode. Cependant, il apparaît que le préservatif est insuffisant pour éviter la survenue d'une grossesse inopinée chez les jeunes, bien qu'il soit le seul moyen de lutter contre les Infections Sexuellement Transmissibles. [9] [10] [11]

2.2. l'accès aux contraceptifs

2.2.1. la prescription

Le fait qu'une femme soit obligée de consulter afin d'obtenir une contraception peut être un frein à l'utilisation de ces méthodes. Pour les jeunes, consulter est encore

[1] Jean-Pierre Chartier : psychanalyste, directeur de l'Ecole de psychologues praticiens (Paris-Lyon)

plus difficile car celles-ci peuvent avoir peur du non-respect du secret médical et de l'examen gynécologique. [9], [10]

2.2.2. le coût

Les pilules ne sont pas remboursées à 100%. Certaines le sont à 65% par l'Assurance Maladie, mais les autres ne le sont pas du tout. Les mineures et les non assurées peuvent cependant les obtenir gratuitement dans les CPEF, même si beaucoup d'entre elles l'ignore.
L'implant et le DIU sont remboursés à 65%. L'implant coûte 138€, le DIU au cuivre environ 27€ et le DIU hormonal 130€.
Le diaphragme coûte de 33 à 42€ et est remboursé sur la base de 3,14€.
Les autres méthodes ne sont pas remboursées, ce qui peut être un frein important à leur utilisation.
Il existe donc une inégalité d'accès à la contraception en France. [12]

Quant à la contraception d'urgence, elle est disponible sans ordonnance et est gratuite pour les mineures. Cependant, lors d'une étude sur la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures, 37,7% des pharmacies ont refusé de la remettre de façon gratuite à des mineures. [13]

2.3. le milieu social et culturel

On constate que lorsqu'un jeune homme ou la jeune femme est issu d'un milieu ouvert, ceux-ci sont moins exposés à des grossesses inopinées.

De plus, ceux qui ont fait leurs études dans une filière générale sont plus informés que ceux qui ont effectué une filière professionnelle. [14] [15]
Ainsi, on constate que l'utilisation du préservatif au début de la vie sexuelle est moins importante chez les femmes les moins diplômées. L'utilisation de contraceptifs est aussi diminué chez les femmes ayant moins de diplômes.

2.4. le rôle des parents

Lorsque les parents ont informé leurs enfants sur la sexualité et la contraception, on constate que cela divise par deux l'absence de contraception au cours du premier rapport sexuel (11% vs 19% si l'information vient d'une autre source). [9]

2.5. autres facteurs limitatifs

La religion a un rôle important en ce qui concerne la prise de contraception et la prévention des IST. En effet, d'après Baromètre Santé 2005, le préservatif lors du premier rapport sexuel a été utilisé par 92% des femmes «sans religion» contre 42% chez elles pratiquant une religion régulièrement. [3]

L'utilisation du préservatif peut être diminuée par la peur que l'autre pense qu'on n'a pas confiance, ou bien par l'envie de faire plaisir à l'autre. En particulier pour les jeunes, cette peur conditionne beaucoup l'emploi d'une protection lors des rapports sexuels. [10]

Concernant la pilule, sa prise quotidienne peut être difficile à gérer pour certaines femmes. D'après une étude sur les grossesses arrivant sous contraception orale, la cause majeure d'échec de la pilule est l'oubli (60,8% des échecs). [17] Elle nécessite un comportement raisonnable et responsable, ce qui explique qu'elle ne soit pas toujours adaptée aux femmes, et en particulier aux adolescentes.

L'ambivalence du désir de grossesse peut également jouer un rôle dans l'observance de moyens contraceptifs. [17] Certaines femmes ont un désir inconscient de grossesse, ce qui peut entraîner des IVG à répétition.

Par ailleurs, certaines jeunes femmes cherchent à tester leur fertilité : ayant eu auparavant des rapports sexuels non ou mal-protégés et n'étant pas enceintes, elles ont peur d'être «stériles». Elles pensent que chaque rapport doit être fécondant et ne sont rassurées que le jour où elles deviennent enceintes, même cela aboutit à une IVG.

3/ Les connaissances des jeunes sur la contraception et les Infections Sexuellement Transmissibles

3.1. Généralités

L'éducation à la sexualité est obligatoire depuis 1996.
En 2003, la circulaire n°2003-027 [18] a été envoyée entre autres aux chefs d'établissements scolaires et précise que : «Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale.»

3.2. Les acteurs de l'information

- les parents [9]

Comme indiqué précédemment, nous pouvons constater que les parents ont un rôle essentiel dans l'information concernant la contraception et la prévention des IST.
Cependant, il n'est pas aisé pour les parents d'aborder le sujet de façon simple et neutre avec leurs enfants. Et au contraire, les enfants souvent n'osent pas en parler avec leurs parents.

- l'école [9]

En quatrième, les élèves ont des cours en SVT sur la reproduction sexuelle.
L'école a donc un rôle très important, mais comme avec les parents, les enseignants ne sont pas les personnes idéales pour les jeunes pour poser leurs questions.
Trois séances d'éducation à la sexualité sont obligatoires dans le programme scolaire et sont prévues dans l'horaire global annuel des élèves. «La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception prévoit en effet que "une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées, à raison de trois séances annuelles".» [19]

Cette éducation à la sexualité ne doit pas se substituer à la responsabilité des parents et des familles. «Elle tend à favoriser, chez les adolescents, une prise de conscience, une compréhension des données essentielles de leur développement

sexuel et affectif, l'acquisition d'un esprit critique, afin de leur permettre d'opérer des choix libres et responsables.»

- le corps médical [9]

Etant donné que la délivrance d'une contraception autre que le préservatif ne se fait qu'après consultation, les femmes peuvent théoriquement avoir toutes les réponses à leurs questions à ce moment-là.

Cependant, le médecin de famille est rarement consulté pour ce motif car certaines adolescentes et jeunes femmes ignorent l'existence du secret médical ou bien ont peur que celui-ci ne soit pas respecté.

De plus, les jeunes femmes craignent l'examen gynécologique, ce qui peut les empêcher de consulter.

Et enfin, toutes n'ont pas forcément de quoi payer la consultation (et la contraception par la suite si elle n'est pas remboursée).

- les amis

C'est par ce chemin là que circulent et se répandent les idées reçues. Cependant, il ne faut pas négliger cette voie d'information car elle représente sans aucun doute la façon de s'informer la plus courante chez les adolescents et les jeunes adultes.

- les centres sociaux de prévention [9]

Ils sont les plus accessibles pour les jeunes mais ne sont pas forcément connus de tous. Toute personne peut aller poser ses questions, demander des conseils et obtenir une contraception gratuite, ainsi que la pilule du lendemain. De plus, il n'y a pas de trace des consultations, donc les patients n'ont pas à payer ni à donner leur nom.

Le Mouvement Français pour le Planning Familial a mis des centres en place pour améliorer l'information et l'accès à la contraception.

Cependant, ces centres ne sont pas ouverts tout le temps et souvent les jeunes scolarisés n'ont pas la possibilité d'y aller.

Selon une étude effectuée à Caen auprès de 232 élèves en classe de seconde, les lycéens se sentaient assez informés et estimaient avoir la possibilité de poser leurs questions auprès : de leurs parents (40%), de leurs frères et soeurs (18%), du CPEF (33%), du médecin scolaire (6%), du médecin traitant (2%). La place de la famille

reste ainsi essentielle. Tous ces élèves avaient eu des informations à ce sujet en cours de biologie en 3ème, 77% par les médias, 66% par le CPEF, 45% par la famille, 27% par les amis, 25% par le médecin scolaire et 2% seulement par le médecin de famille. [20]

3.3. Un manque de connaissances

3.3.1. Le cycle menstruel et l'ovulation

La connaissance de l'anatomie des organes sexuels féminins et masculins, ainsi que de la physiologie de la reproduction peuvent être un frein à l'utilisation d'une contraception fiable et peuvent favoriser la transmission des IST.
Lors de l'enquête réalisée à Caen sur 9 classes de seconde, 77,9% des filles de seconde contre 5,4% des garçons savaient que le cycle menstruel dure en moyenne 28 jours. De plus, 84% des filles vs 15% des garçons savaient que l'ovulation a lieu vers le 14ème jour du cycle. [20]
Un garçon a déclaré qu'il n'était pas possible d'être enceinte à la suite du premier rapport sexuel car «les spermatozoïdes ne sont pas «efficaces» lors de ce premier rapport».
Bien qu'ils soient jeunes (en classe de seconde), nous pouvons constater un manque de connaissances, en particulier en ce qui concerne les garçons.

3.3.2. Les méthodes naturelles de contraception

Toujours d'après cette étude [20], la plupart des lycéens ignoraient l'existence de méthodes naturelles de contraception. Ceux qui en avaient connaissance les considéraient comme n'étant pas fiables, même s'ils n'étaient pas capables d'expliquer pourquoi.
Cependant, d'après une enquête réalisée à Nantes auprès de 628 étudiants, 19% des filles pensent que le calcul est une méthode de contraception fiable. [21]

3.3.3. La diversité des moyens de contraception

Selon le rapport de l'INPES sur les connaissances et opinions sur les moyens de contraception [2] : «D'après les résultats de l'étude INPES BVA « Les Français et la contraception », [...] Les Français sont également nombreux à connaître une diversité de méthodes contraceptives. Sans surprise, la pilule et le préservatif masculin sont connus par plus de 97 % des Français, et le stérilet par 93 %. Presque les trois quarts des personnes interrogées connaissent également le préservatif féminin et le diaphragme. La plupart des autres moyens sont connus par environ un Français sur deux : spermicides 52 %, patch 48 %, implant 44 %, et anneau vaginal 44 %.»

Cependant, même si ces moyens sont connus, la plupart ne savent pas les utiliser.

Ainsi, la plupart des français savent qu'il existe des moyens de contraception variés, sans pour autant tous les connaître, ce qui explique le faible usage des «nouveaux» contraceptifs.

3.3.4. La pilule

La pilule est le moyen de contraception le plus utilisé et le plus connu en France avec le préservatif.

Pourtant dans de nombreuses études, nous pouvons remarquer que souvent les femmes ne savent pas quelle conduite adopter en cas d'oubli de cette pilule, ce qui entraîne encore des grossesses non-désirées. [2]

De nombreux français pensent aussi que la pilule fait systématiquement grossir (24% selon l'étude BVA-INPES).

Peu d'entre eux ont connaissance des effets positifs de la pilule comme le fait qu'elle régularise les cycles en particulier chez les jeunes femmes, et qu'elle diminue l'abondance, la durée et les douleurs liées aux règles.

D'après une étude sur les grossesses arrivant sous contraception orale, la deuxième cause d'échec de la pilule (après les oublis) correspond aux troubles digestifs : vomissements (9,8% des échecs) et diarrhées (6,9% des échecs). [16]

Or, selon l'étude menée à Nantes : «76,9% des étudiantes interrogées et 90,4% des garçons ignorent qu'il y a un risque de grossesse si des vomissements surviennent dans les 2 h après la prise de pilule.» [21] Il s'agit donc d'une lacune importante dans leurs connaissances.

3.3.5. Le préservatif

Il est en général bien connu des jeunes, la plupart sait qu'il protège des grossesses, des IST, et qu'il doit être utilisé peu importe la période du cycle.
Cependant, certains ne savent pas quelle conduite adopter lors d'une rupture de ce préservatif. [20]

3.3.6. La contraception d'urgence

La délivrance de la contraception d'urgence est relativement méconnue. Le délai d'efficacité de 72 heures était connu en 2005 par 11,7 % des femmes de 15 à 54 ans (et 7,1 % des hommes). De plus, un quart de la population âgée de 15 à 54 ans interrogée ne pensait pas qu'elle pouvait être délivrée sans ordonnance. [17]
Une enquête a été menée en 2006 et en 2007 dans le cadre d'un mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme à Nantes. 628 questionnaires ont été exploités, lors de visites médicales obligatoires à l'entrée à la faculté (pour différentes filières). [21]
Il apparaît dans cette étude que :

- 67% des garçons ayant répondu connaissent le principe de la pilule du lendemain, vs 85% des filles.
- 45% savent comment l'obtenir vs 77% des filles.
- 62% des garçons n'ont pas répondu quand il s'agissait de citer les lieux où la trouver, vs 44% des filles. Pour ceux qui ont répondu, la pharmacie est la plus fréquemment citée.
- 66% des étudiants (hommes et femmes) ne savent pas que l'on peut se la procurer dans des centres de planification.
- les filles plus jeunes connaissent mieux le principe de la contraception d'urgence que les autres.

3.3.7. L'accès à la contraception

Selon l'étude faite à Caen, deux lycéens sur trois savaient où trouver gratuitement des moyens de contraception, le CPEF était le plus fréquemment cité. [20]

3.4. Des idées reçues ou connaissances erronées à travers quelques exemples

3.4.1. Les premiers rapports sexuels ne seraient pas fécondants

Certaines adolescentes ne peuvent pas s'imaginer enceintes puisqu'elles ne se considèrent pas comme étant adultes. [10] [22]
Les deux tiers des filles en classe de troisième sont persuadées que les premiers rapports ne sont pas fécondants. [9]
De plus, certains jeunes pensent que l'absence de pénétration ou d'éjaculation évite le risque de grossesse.

3.4.2. L'absence de risque de grossesse pendant les règles

Les trois quarts des filles en classe de troisième pensent qu'il n'est pas possible d'être enceinte si le rapport a lieu pendant les règles. [9]
L'idée reçue du rapport fécondant uniquement le quatorzième jour du cycle est très répandue.

3.4.3. Le mode d'action de la pilule

Une grande partie de la population ne connaît pas le mode d'action de la pilule. Certains pensent par exemple qu'elle empêche l'oeuf de s'accrocher à l'utérus, ou encore qu'elle empêche l'ovule de sortir de l'ovaire. [20]

3.4.4. La pilule comme moyen de protection contre les IST

10% des jeunes de 15 à 20 ans ne savent pas que la pilule ne protège pas des IST. [2]

3.4.5. Les risques sur la santé de la pilule

L'idée reçue sur le fait que la pilule entraîne un risque de stérilité et de cancer est encore très répandue. [23]
Un français sur cinq le pense, selon l'enquête BVA-INPES, et 34% chez les jeunes de 15 à 20 ans. [2]

3.4.6. Le DIU réservé aux multipares.

Le dispositif intra-utérin posé quand les femmes ont deux ou trois enfants reste une norme sociale.
Selon l'enquête BVA-INSEP, un français sur deux pense que le stérilet ne peut être posé qu'aux femmes ayant déjà eu des enfants. [2]
Bien que les recommandations de l'HAS soient en opposition avec ces pratiques, les médecins qui le proposent aux nullipares restent une minorité.
Il n'est donc pas étonnant que cette idée reçue persiste dans notre société.

Après avoir étudié certaines données de la littérature, nous allons maintenant détailler entre autres notre problématique, nos hypothèses et les résultats de notre enquête.

DEUXIÈME PARTIE

1- Problématique

Nous avons pu constater dans la première partie que la prévention des grossesses non-désirées et des infections sexuellement transmissibles est un domaine très important dans notre société. En effet, la France est l'un des pays où la contraception est la plus utilisée. Par exemple, en 2005, les trois quarts de la population âgée de 15 à 54 ans et sexuellement active utilisent un moyen de contraception. Actuellement, il existe de nombreux moyens de contraception mis à la disposition des français. Pourtant, le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse ne diminue pas. [2] [5]

Le but de l'étude était d'analyser ce paradoxe français, et ainsi d'essayer de comprendre les facteurs qui entraînent un échec de contraception, ce en particulier chez les jeunes. Ces facteurs étant très nombreux, nous nous sommes centrés sur le manque de connaissance des jeunes, étant sans doute l'une des causes les plus importantes d'un échec de contraception.

Par ailleurs, le thème de la contraception ne pouvant être séparé de celui des IST, nous avons cherché à connaître aussi leurs connaissances sur les IST.

2- Hypothèses

• Concernant la contraception :

- les jeunes utilisent la pilule et le préservatif principalement car ils ne connaissent pas les autres moyens de contraception.
- la contraception d'urgence est désormais bien connue.
- de nombreuses idées reçues persistent, ce qui entraîne une mauvaise utilisation de la contraception.

• Concernant les IST :

- les jeunes, bien qu'ils sachent que le préservatif est le seul moyen de protection contre les IST, ne l'utilisent pas de façon systématique.

3- Objectifs

Les objectifs sont les suivants :

- Définir les sources d'information des jeunes
- Décrire leur activité sexuelle et leurs méthodes contraceptives
- Étudier leurs connaissances sur la contraception
- Évaluer la persistance d'idées reçues
- Étudier leurs connaissances sur la contraception d'urgence
- Étudier leur façon de se protéger des IST
- Étudier leurs connaissances sur les IST

4- Méthodologie

Afin de vérifier nos hypothèses, une étude prospective a été menée à l'aide de questionnaires.

4.1. Population

L'enquête a été menée lors du festival Solidays les 26, 27, et 28 juin 2009, organisé par Solidarité Sida pour lutter contre le SIDA. Ce festival a lieu tous les ans à l'hippodrome de Longchamp à Paris. Une centaine d'associations participent au festival, ainsi que 360 partenaires engagés. En 2009, 152 000 festivaliers étaient présents.

Nous voulions au début réaliser notre enquête dans différents lycées de la région parisienne afin d'avoir un public plus jeune. Suite aux refus de plusieurs proviseurs, nous avons dû renoncer.

La population du festival de Solidays est très variée ; en effet, l'ambiance, la fête et les nombreux artistes drainent une population très diversifiée. Différentes catégories socio-culturelles sont réunies. C'est pour cette raison que nous avons décidé de réaliser notre étude à cet endroit.

Les questionnaires ont été distribués à l'entrée du festival, donc à l'extérieur de ce dernier. Ce choix a été fait car il nous a semblé que les jeunes seraient plus disponibles que dans l'enceinte du festival.
La population des «jeunes» a été fixée comme comprise entre 15 et 25 ans.

Les seuls critères d'exclusion ont donc été leur âge, ainsi que la présence d'une personne ayant un écart d'âge important avec les autres membres du groupe, par exemple la présence d'un parent dans le groupe, ce qui aurait pu biaiser les réponses.

Nous avons été quatre à distribuer ces questionnaires. Nous nous sommes installés avec eux afin d'éviter les échanges d'informations durant le remplissage des questionnaires ; cependant, nous avons été très attentifs à ce qu'ils aient conscience que nous ne regardions pas leurs réponses, afin que cela reste le plus anonyme possible.

4.2. Le questionnaire

Composé de 26 questions, il avait pour but de recueillir des informations sur leur activité sexuelle dans un premier temps. Il étudiait ensuite leur utilisation et leurs connaissances sur la contraception. Il visait aussi à établir si les jeunes se servaient du préservatif et quelles étaient leurs connaissances sur les IST. Dans un but ludique et afin de compléter ces informations, un quiz a été ajouté pour les dernières questions.
Malgré sa longueur, les jeunes ont montrés de l'intérêt au thème du questionnaire et ont répondu avec sérieux.

4.3. Logiciel et méthode statistique

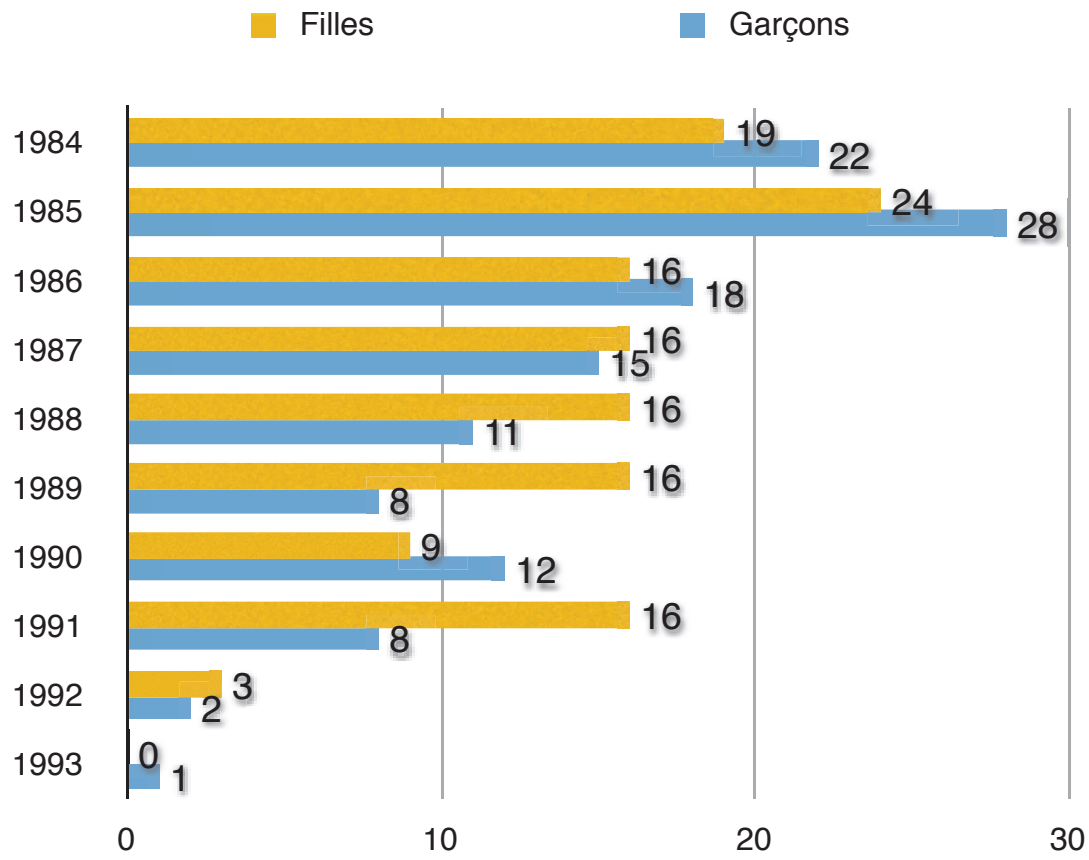
Pour analyser ces questionnaires, les logiciels excel et épiinfo ont été utilisés, ainsi que le test de chi 2.

5- les résultats

268 questionnaires ont été distribués, huit d'entre eux n'ont pas pu être utilisés.

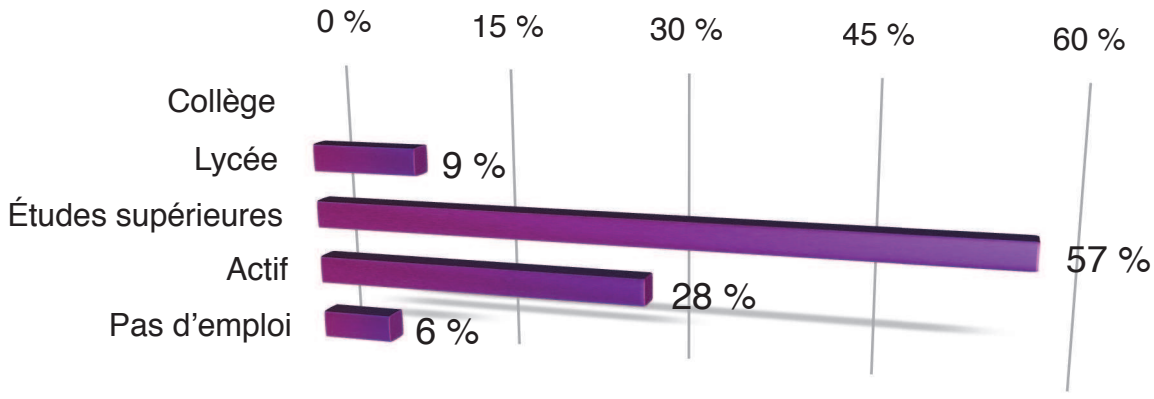
5.1. Données générales sur la population

Figure 1 : nombre de jeunes interrogés selon le sexe et l'année de naissance



La population étudiée compte 260 jeunes ayant entre 15 et 25 ans. Elle est composée de 135 filles (52%) et de 125 garçons (48%). 70% ont entre 20 et 25 ans.

Figure 2 : Situation professionnelle



La majorité d'entre eux a donc été au collège et au lycée.

5.2. Les caractéristiques de l'activité sexuelle

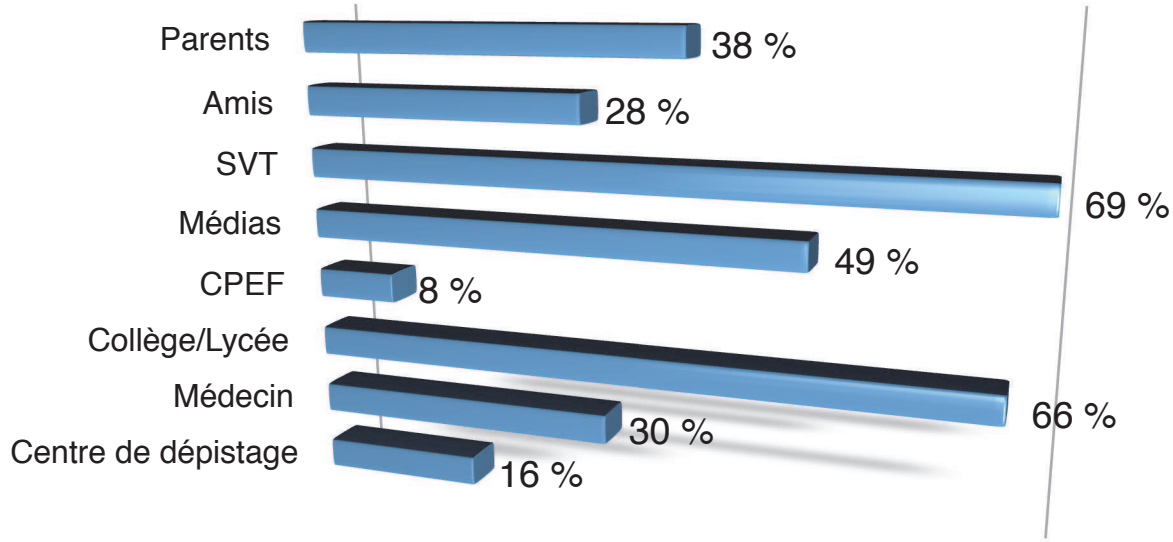
47% des jeunes interrogés sont en couple, 53% sont célibataires.
Sur les 260 jeunes, 9 ont déclaré ne jamais avoir eu de rapport sexuel.
La moyenne du nombre de partenaires est de 7,25 par personne, 7,61 pour les hommes et 6,90 pour les femmes. De plus, 79% des garçons vs 80% des filles ont eu au moins 2 partenaires, et 26% des garçons vs 25% des filles ont eu au moins 10 partenaires.

5.3. Les Infections Sexuellement Transmissibles

5.3.1. Les sources d'information des jeunes

5% des jeunes interrogés ont déclaré ne jamais avoir reçu d'information concernant les IST, et ce de façon homogène par rapport au sexe (6 garçons et 7 filles).

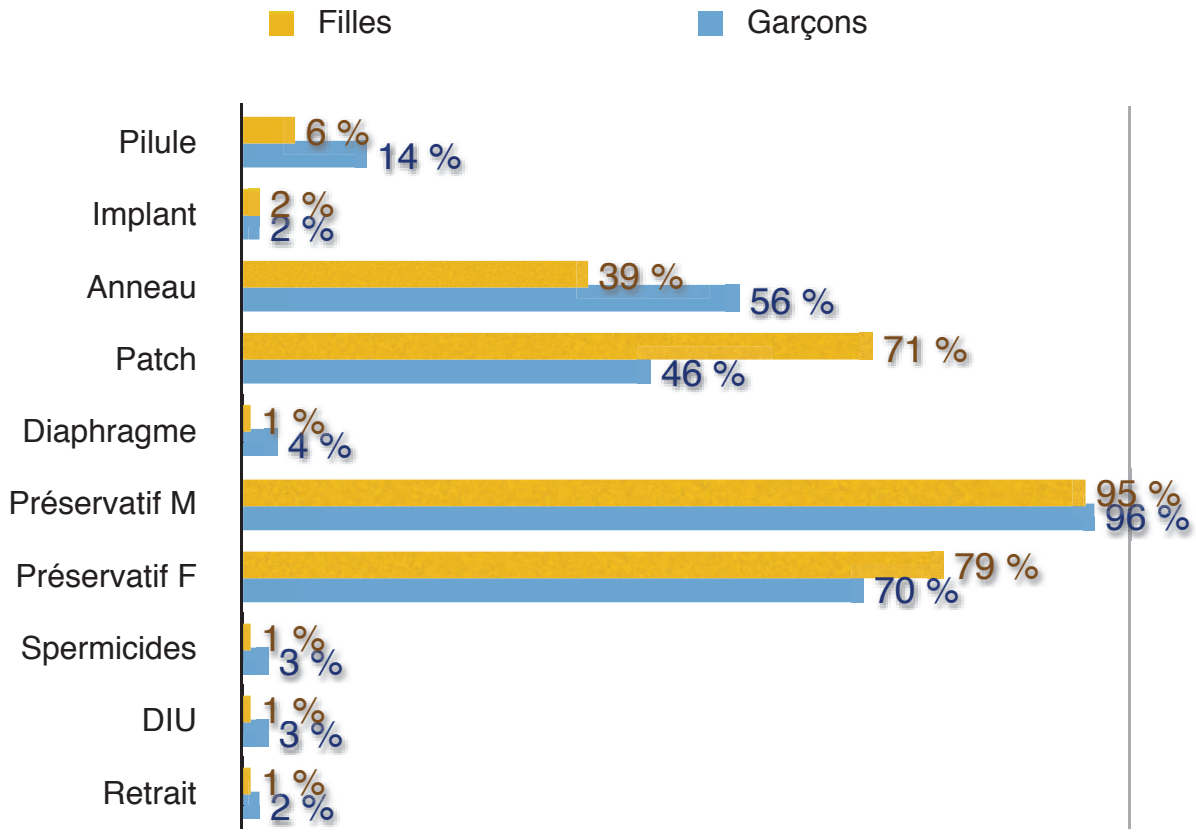
Figure 3 : Lieux ou personnes ayant informé les jeunes sur les IST



L'école, que ce soit en cours de SVT (Sciences de la Vie et de la Terre) ou au collège et au lycée par l'infirmière scolaire ou par un intervenant extérieur, est donc le lieu où les jeunes ont reçu le plus d'information sur les IST.
Au contraire, les CPEF (Centres de Planification et d'Éducation Familiale) sont les moins fréquentés.

5.3.2. Les connaissances

Figure 4 : Méthodes de protection contre les IST d'après les festivaliers selon le sexe

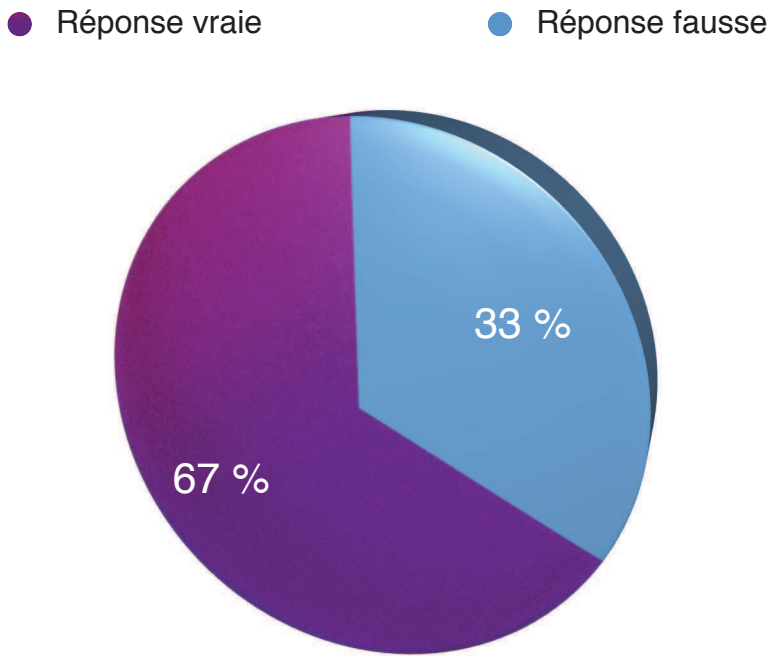


Nous pouvons donc observer que la plupart des jeunes sait que le préservatif masculin protège des IST. Cependant, ils sont aussi très nombreux à considérer le patch, l'anneau et la pilule comme moyen de protection.

La différence de réponse selon le sexe est significative pour la pilule (p = 0,04) : les garçons sont plus nombreux à croire que la pilule protège des IST. Concernant l'implant (p = 0,71), le patch (p = 0,33), l'anneau (p = 0,41), les préservatifs masculins (p = 0,65) et féminins (p = 0,13), le diaphragme (0,11), le DIU (0,43) , et le retrait (0,35), les différences de réponse selon le sexe ne sont pas significatives.

Seul un jeune n'a pas répondu à cette question.
8 participants ont coché «autres». Parmi eux, 5 ont répondu «l'abstinence», 1 «l'homosexualité» et 1 «vaccin pour le col de l'utérus».

Figure 5 : pourcentage de jeunes ayant bien répondu à la question relative aux moyens de protection contre les IST



.

Le terme «réponse vraie» concerne ceux qui ont répondu : «préservatif masculin» ET «préservatif féminin» sans aucune autre réponse (la réponse «abstinence» a été acceptée).

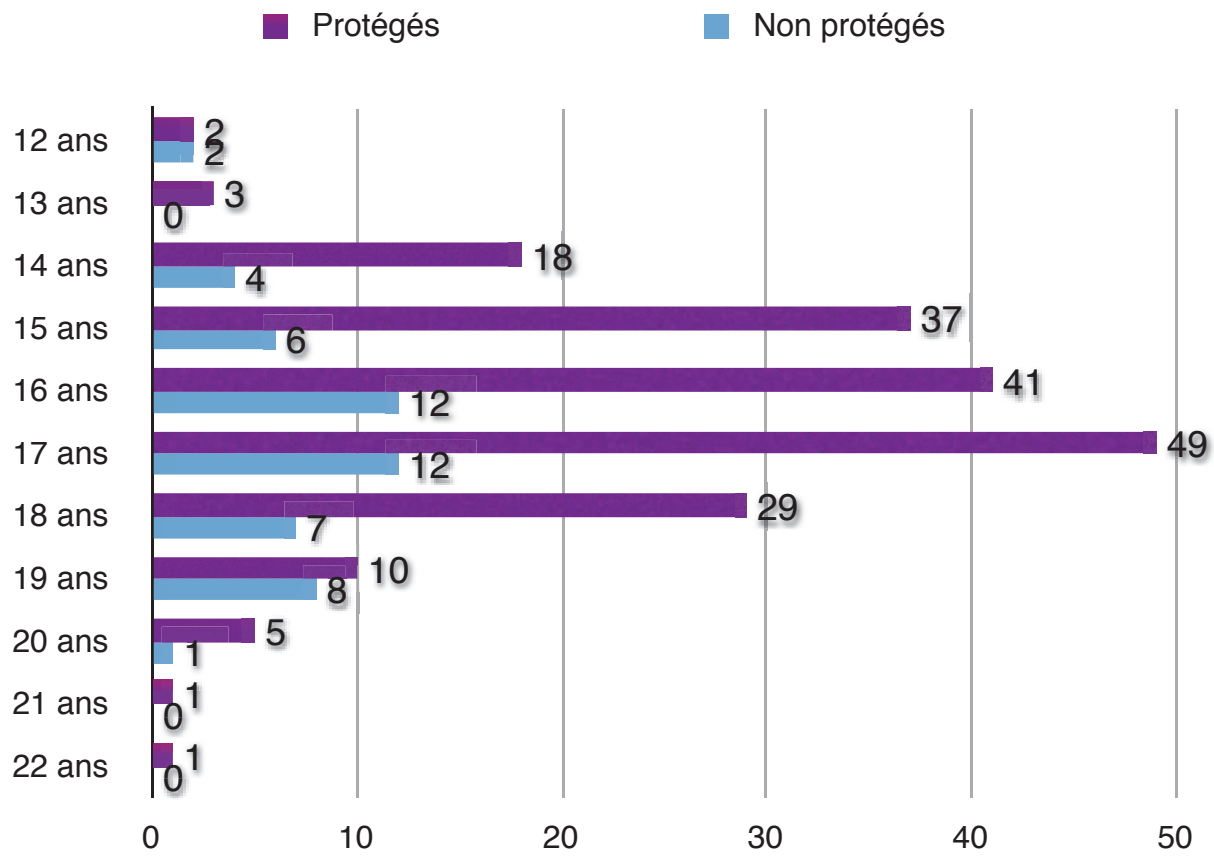
Un tiers des jeunes ne sait pas que seuls les préservatifs masculins et féminins protègent des IST.

5.3.3. La fréquence d'utilisation du préservatif

- Lors du premier rapport sexuel

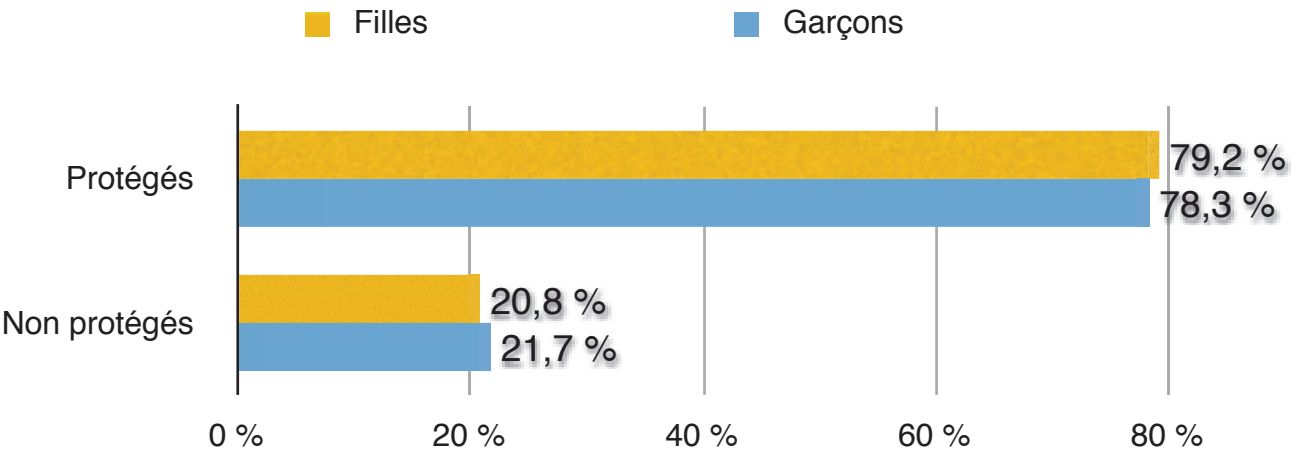
La moyenne d'âge du premier rapport sexuel est ici de 16,4 ans pour les femmes et de 16,5 ans pour les hommes.

Figure 6 : nombre de jeunes s'étant protégés lors du premier rapport sexuel selon l'âge



Nous pouvons observer que le taux de protection lors du premier rapport n'est pas influencé par l'âge auquel il a eu lieu.

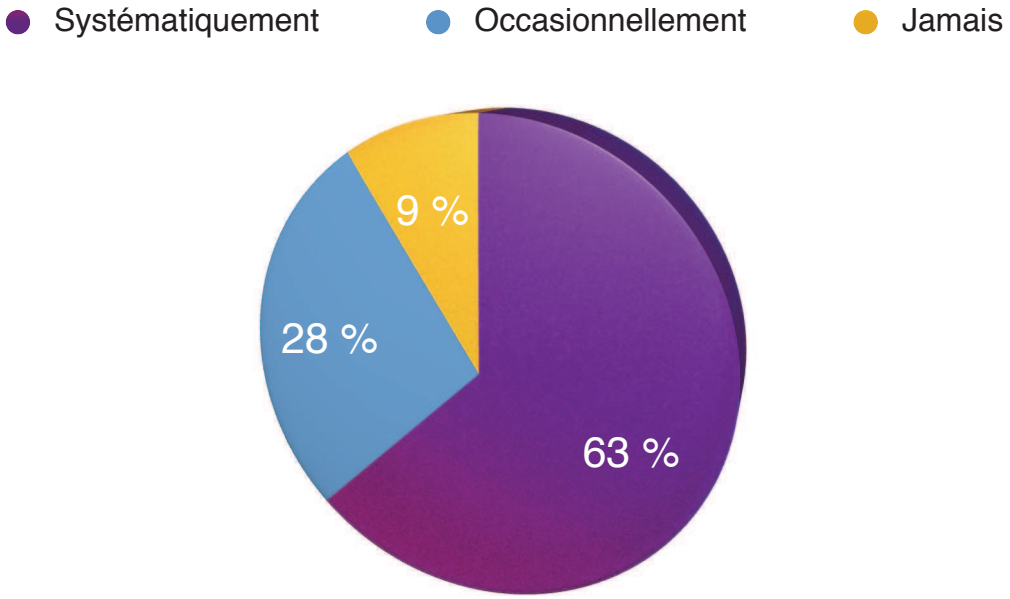
Figure 7 : nombre de jeunes s'étant protégés lors du premier rapport sexuel selon le sexe



Plus d'un jeune sur cinq n'était pas protégé lors de son premier rapport sexuel, peu importe le sexe.

- Lors d'une nouvelle relation

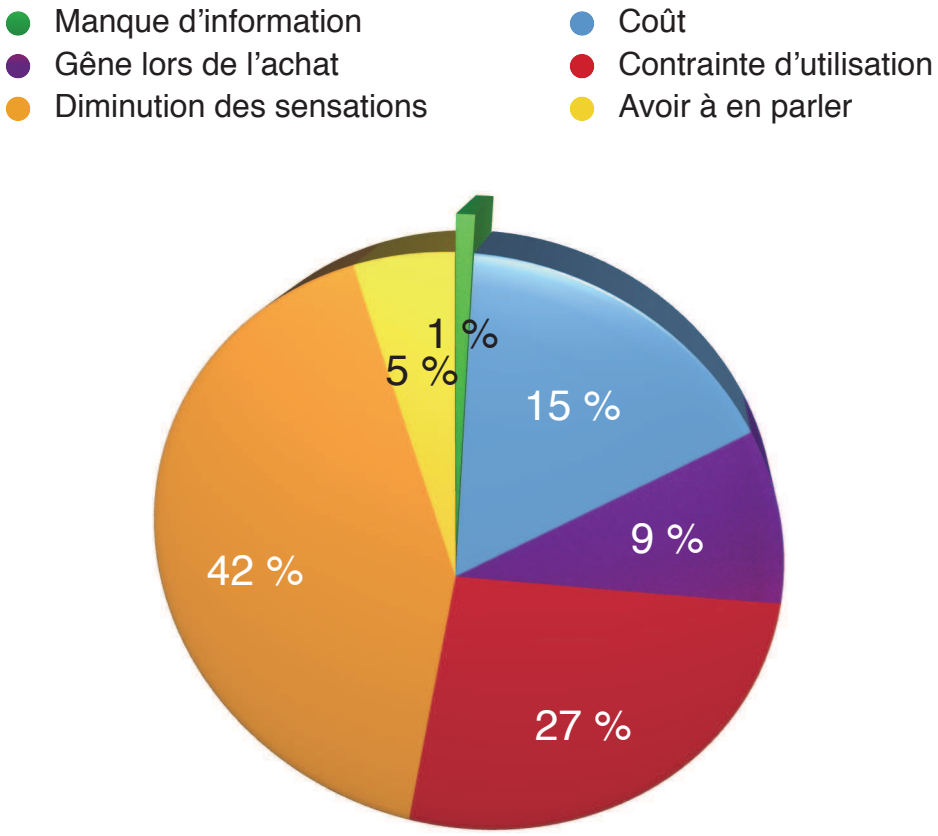
Figure 8 : Fréquence d'utilisation du préservatif si le jeune est célibataire ou en couple depuis moins de 3 mois



Les jeunes étant célibataires ou en couple depuis moins de trois mois sont ceux qui normalement devraient utiliser le préservatif, Pourtant, un tiers d'entre eux ne l'utilise pas.

• Les inconvénients du préservatif selon les jeunes

Figure 9 : Les obstacles à l'utilisation du préservatif



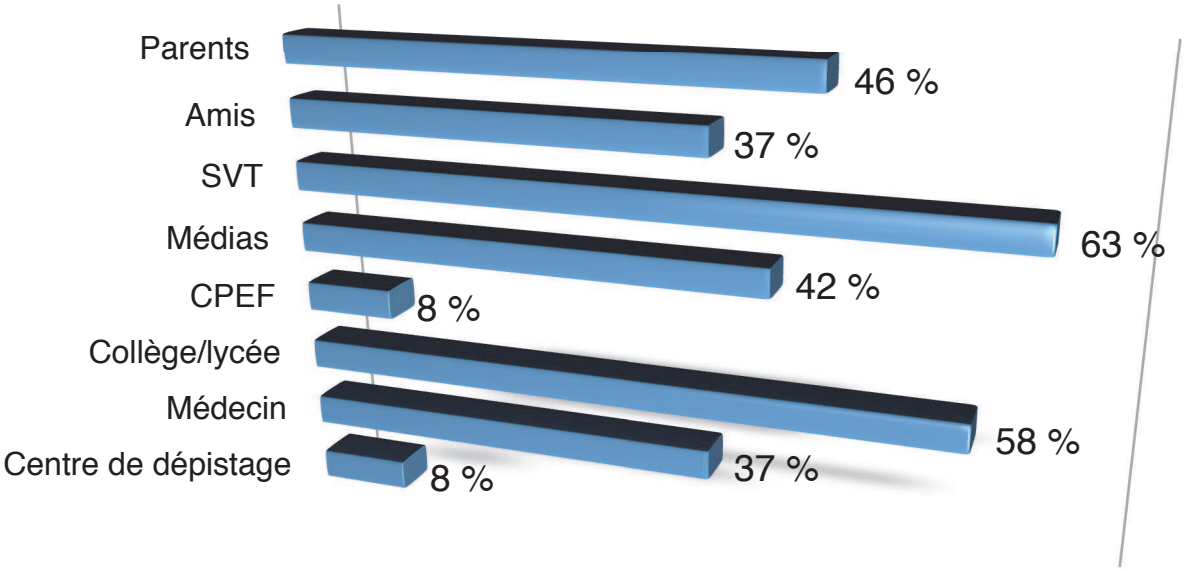
L'obstacle à l'utilisation du préservatif le plus cité est la diminution des sensations. Les réponses de ceux ayant répondu à plusieurs item ont été ignorées. La répartition entre les sexes est homogène.

5.4. La contraception

5.4.1. Les sources d'information des jeunes

14% des jeunes disent n'avoir jamais reçu d'information en matière de contraception. 83% des personnes interrogées se sentent suffisamment informées sur le sujet.

Figure 10 : Lieux ou personnes ayant informés les jeunes sur la contraception

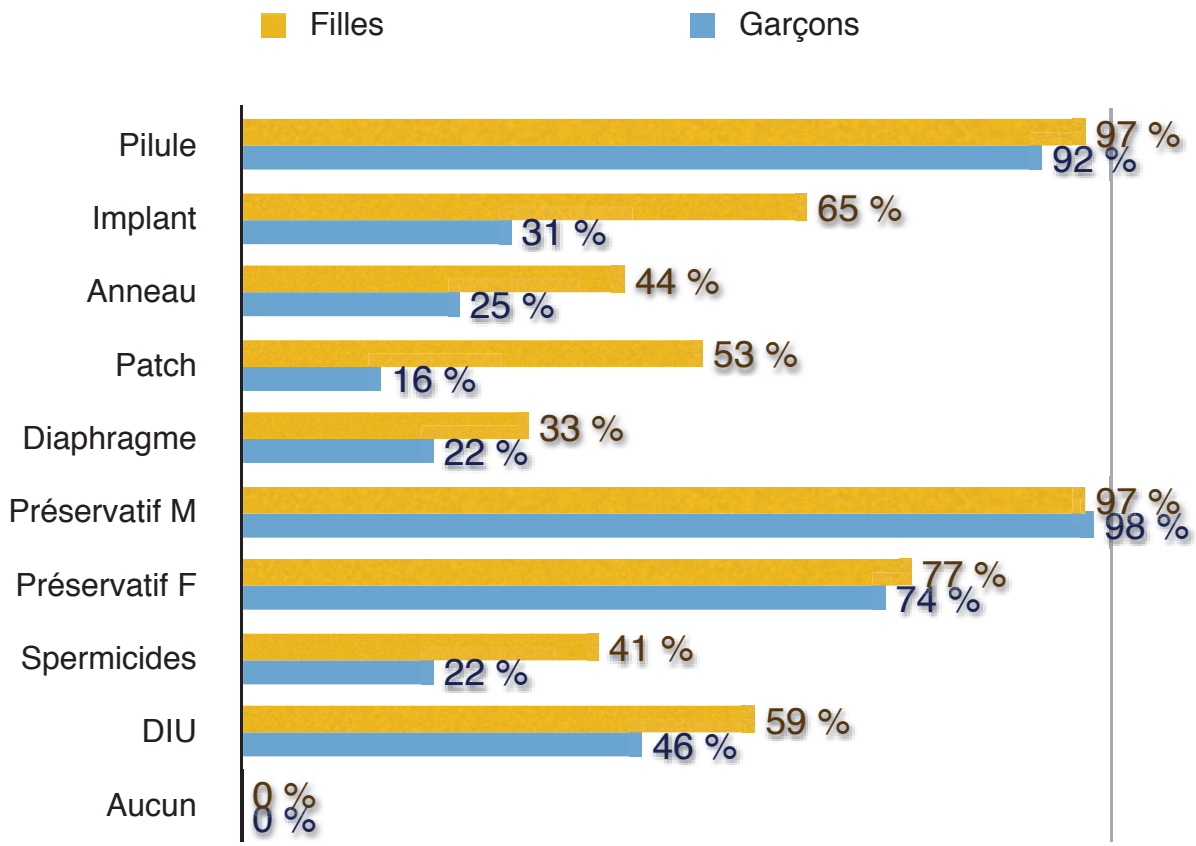


Comme pour les sources d'information des IST, l'école reste le lieu principal d'information sur la contraception. Les parents ont été cités aussi par 46% d'entre eux, les médias par 42%, les médecins par 37%. Ils sont très peu à avoir été informés dans les CPEF.

5.4.2. Les connaissances

- Les différents moyens de contraception

Figure 11 : Connaissances de l'utilisation des différents moyens de contraception selon le sexe

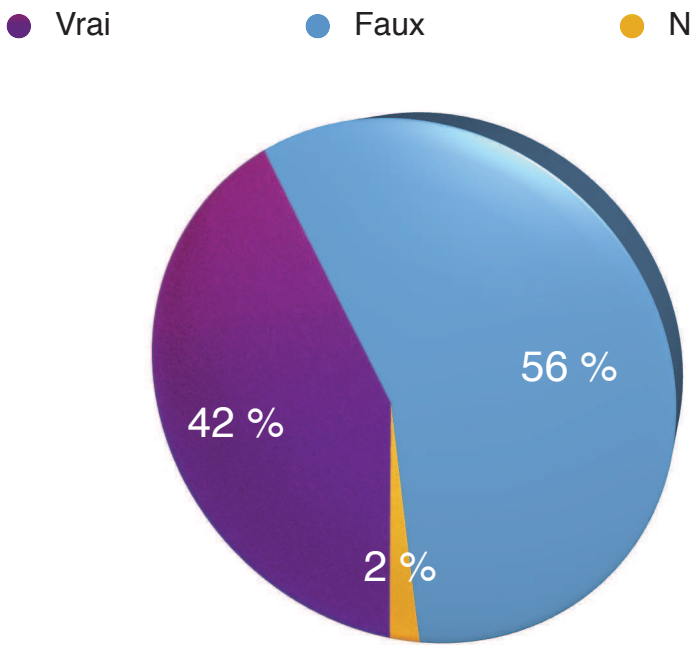


La pilule et le préservatif masculin sont les deux moyens les plus connus.
La différence de réponse selon le sexe est significative pour les moyens de contraception suivants : l'implant (p = 0,000), l'anneau (p = 0,002), le patch (p = 0,000), et les spermicides (p = 0,001). Les filles connaissent mieux ces moyens de contraception que les garçons.

La différence n'est pas significative pour : la pilule (p = 0,11), le diaphragme (p = 0,051), les préservatifs masculins (p = 0,47) et féminins (p = 0,70), et le DIU (p = 0,059).

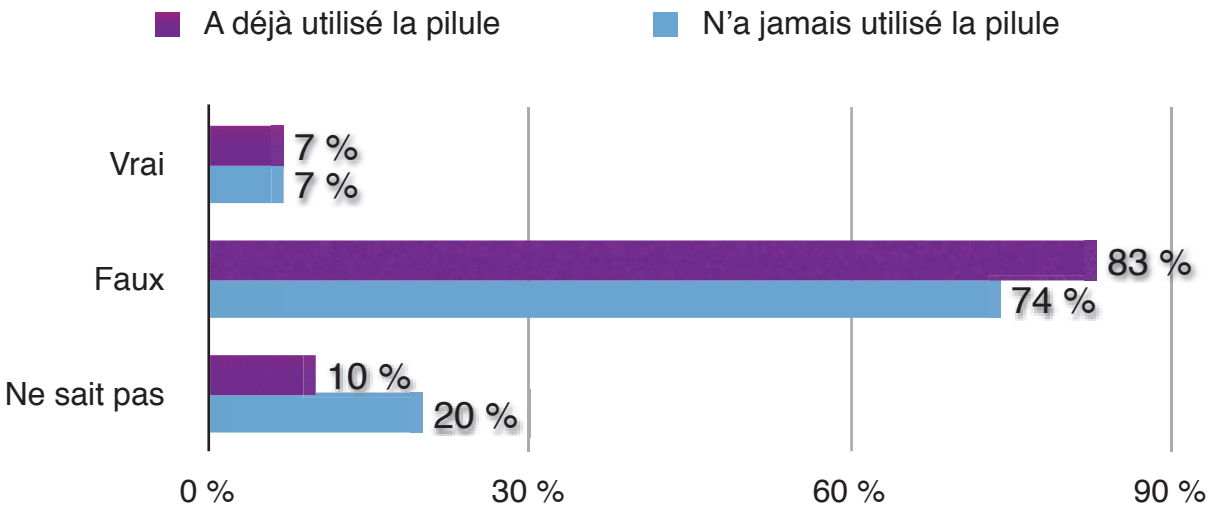
• Les idées reçues

- Figure 12 : Réponses des jeunes à l'affirmation : «S'il n'y a pas de pénétration, il n'y a pas de risque de grossesse»



42% des jeunes pensent que l'absence de pénétration empêche le risque de grossesse.

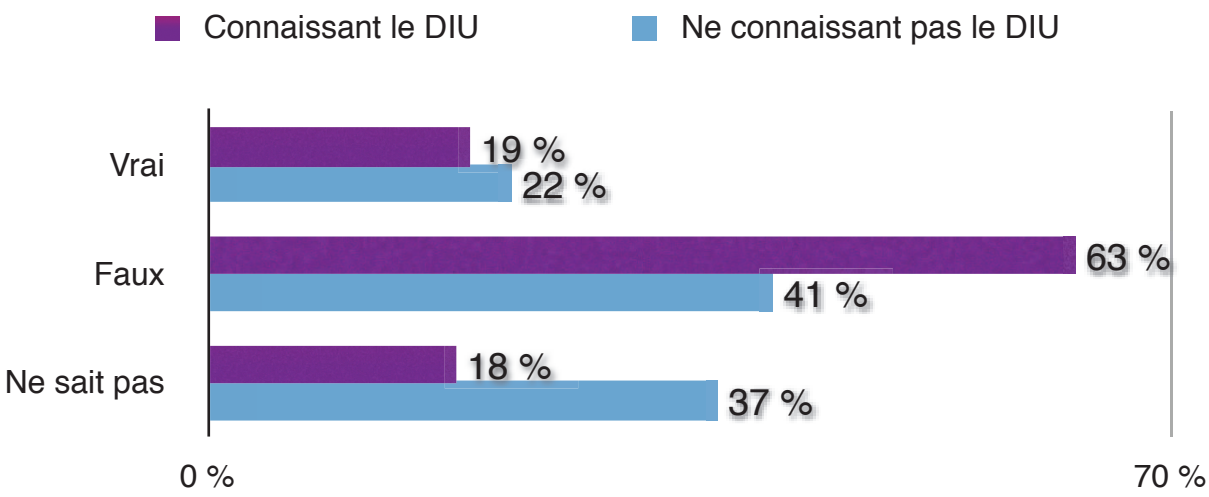
- Figure 13 : Réponses des jeunes à l'affirmation : «la pilule rend stérile»



203 festivaliers ont déjà utilisé la pilule.

7% des jeunes interrogés pensent que la pilule rend stérile, qu'ils aient déjà utilisé la pilule ou non (p = 0,22).

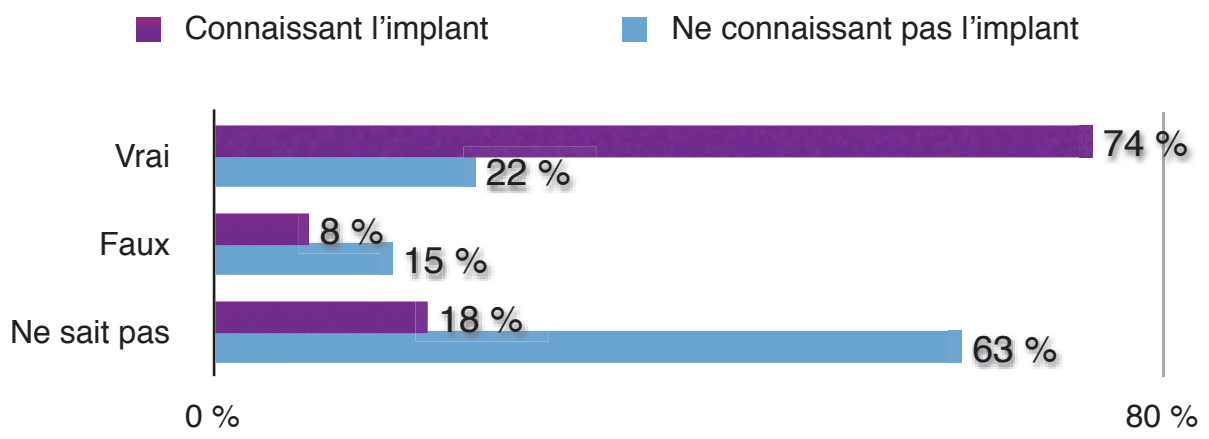
- Figure 14 : Réponses des jeunes à l'affirmation : «le stérilet ne peut être posé qu'aux femmes ayant déjà eu des enfants»



133 festivaliers avaient déclaré connaître l'utilisation du DIU, 115 ont dit ne pas la connaître.

Un festivalier interrogé sur cinq pense que le DIU ne peut être posé qu'aux femmes ayant déjà eu des enfants. Ceux qui avaient dit connaître le DIU ont mieux répondu de façon significative à cette question (p = 0,000).

- Figure 15 : Réponses des jeunes à l'affirmation : «L'implant est une méthode de contraception fiable»

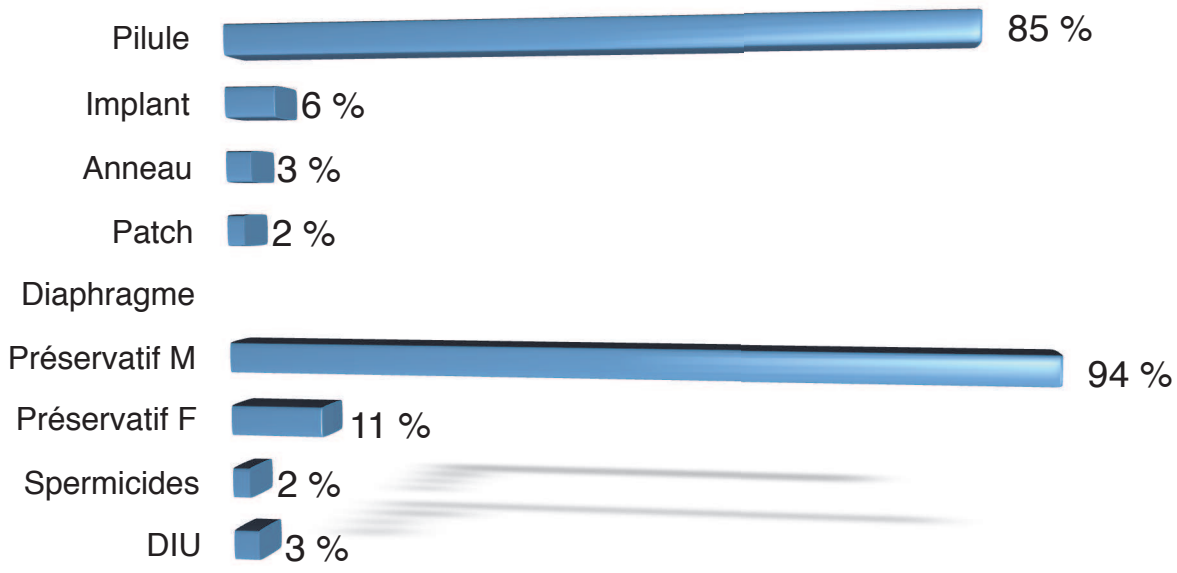


124 festivaliers ont déclaré connaître l'utilisation de l'implant, 123 ont répondu ne pas la connaître.

Ceux disant connaître l'implant savent significativement mieux que les autres qu'il est fiable (p = 0,000).

5.4.3. l'emploi de contraception

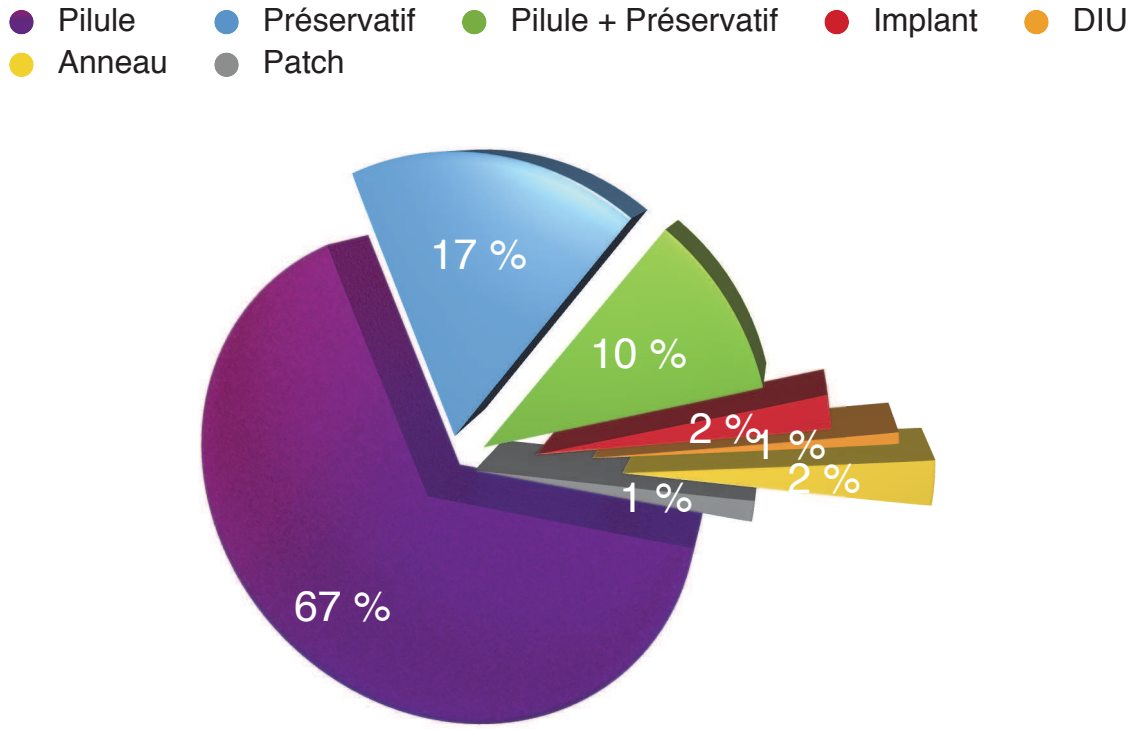
Figure 16 : Moyens de contraception déjà utilisés



La pilule et le préservatif masculin sont de loin les moyens de contraception les plus utilisés.
Un jeune interrogé a répondu : «pilule du lendemain».
7 d'entre eux n'ont pas répondu (5 n'ayant jamais eu de rapport sexuel).

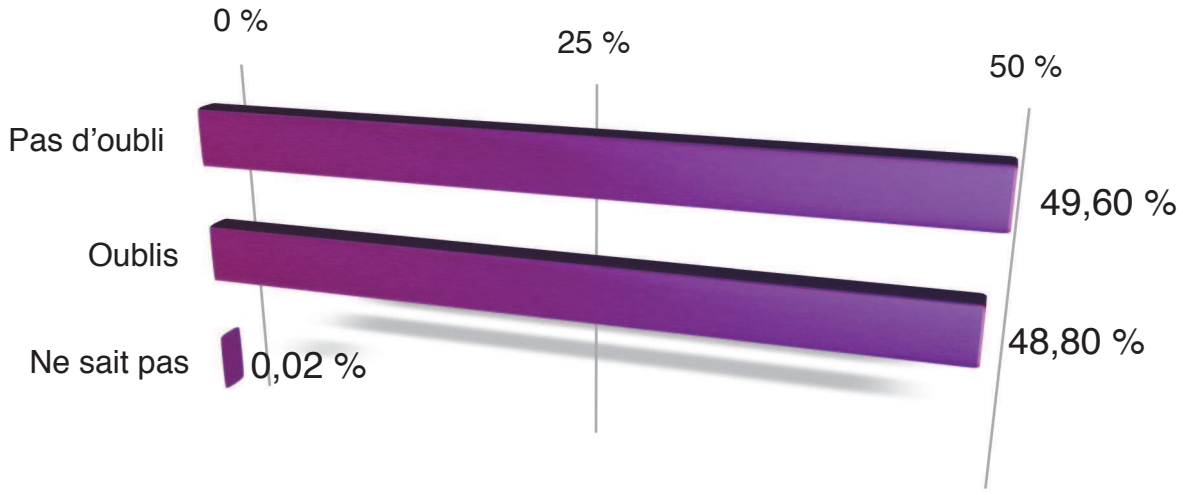
Ainsi, 7 des 9 jeunes n'ayant jamais eu de rapport sexuel ont répondu «aucun» ou n'ont pas répondu à la question. Les 2 restant ont répondu pilule ou préservatif.

Figure 17 : Contraception actuelle



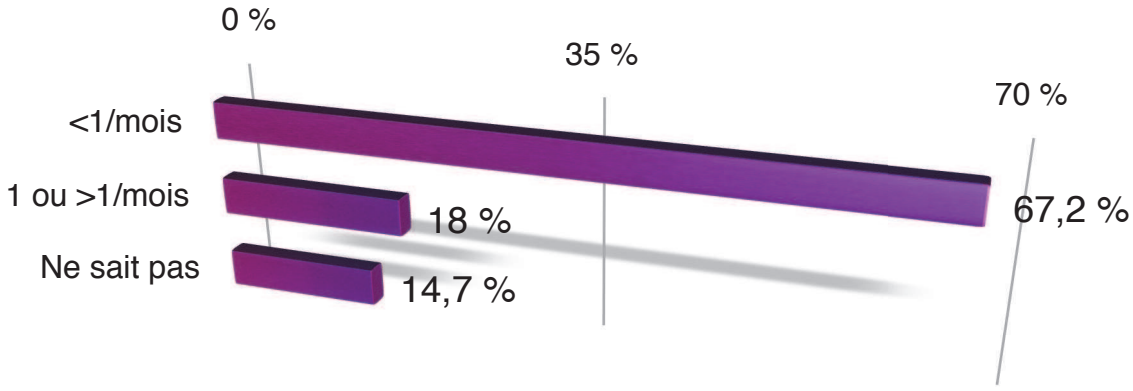
122 jeunes étant en couple et ayant déjà eu des rapports sexuels ont répondu à cette question. 10% d'entre eux ont déclaré ne pas avoir de contraception.
Les deux tiers prenaient la pilule au moment de Solidays, 17% d'entre eux utilisaient le préservatif, 10% la pilule et le préservatif. 6% des jeunes interrogés se servaient d'autres moyens comme l'implant, le DIU, l'anneau, le patch.

Figure 18 : Observance de la pilule



La moitié des jeunes utilisant la pilule a tendance à l'oublier.

Figure 19 : Fréquence des oublis de pilule parmi les femmes sujettes aux oublis

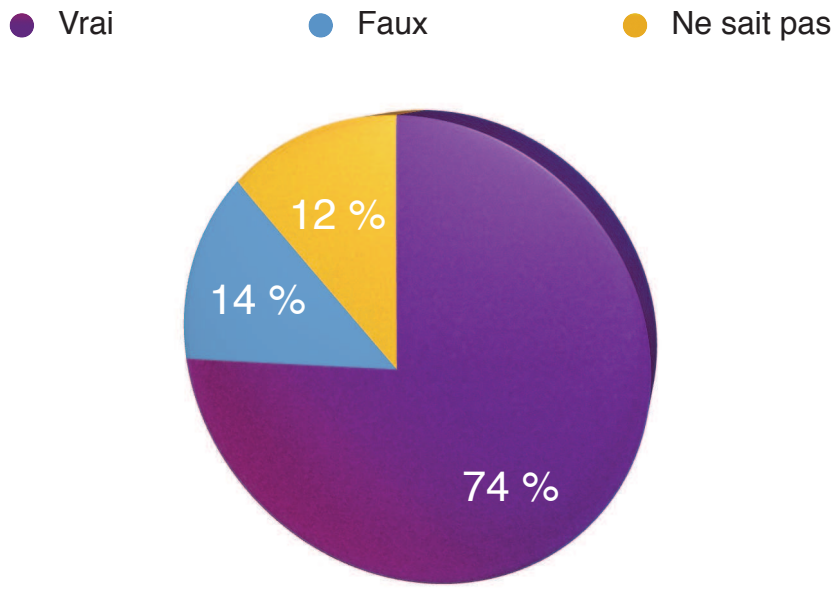


Une fille sur cinq prenant la pilule et ayant tendance à l'oublier le fait au moins une fois par mois. De plus, 84% des jeunes considèrent la pilule comme étant une bonne contraception, 9% ne le pensent pas et 7% ne sait pas.

5.5. La pilule du lendemain

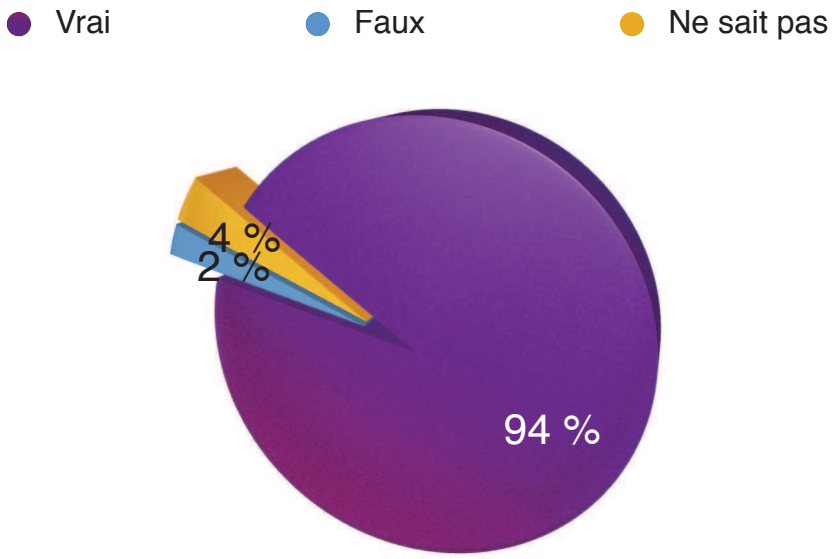
5.5.1. Les connaissances

Figure 20 : Réponses des jeunes à : «La pilule du lendemain est, pour les mineures, gratuite et ne nécessite pas l'autorisation des parents»



Les trois quarts des jeunes interrogés savent que la contraception de rattrapage est gratuite pour les mineurs et qu'elle ne nécessite pas d'autorisation parentale.

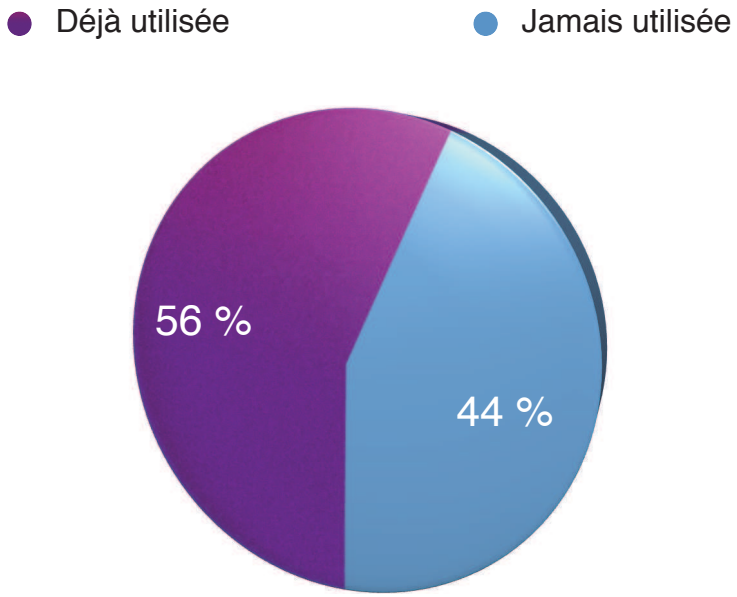
Figure 21 : Réponses des jeunes à : «La pilule du lendemain doit être le prise le plus rapidement possible après le rapport sexuel.»



La plupart des jeunes savent que la contraception de rattrapage doit être prise le plus rapidement possible (94%).

5.5.2. Emploi de la pilule du lendemain

Figure 22 : Utilisation de la pilule du lendemain chez les jeunes



Parmi les jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels, plus de la moitié a déjà utilisé la contraception de rattrapage.

TROISIÈME PARTIE

1- Les forces

L'un des points forts importants de notre étude est qu'il s'agit d'une étude prospective.

Le nombre de sujets ayant participé à l'enquête est de 260. Ce nombre est comparable à ceux d'études régionales déjà réalisées préalablement.

Nous avons ciblé cette étude sur une population précise : les jeunes entre 15 et 25 ans allant au festival Solidays, ceci afin d'obtenir la plus grande diversité possible au sein du panel interrogé. En effet, certains d'entre eux participent à ce festival pour le côté associatif mais la grande majorité des jeunes y va pour le côté festif et pour assister aux nombreux concerts. Ils viennent donc de milieux sociaux différents.

De plus, l'attention et l'implication des jeunes lors du remplissage du questionnaire ont permis un fort taux d'utilisation (97%).

2- Les limites

La répartition des festivaliers ayant participé à l'étude est hétérogène. Ils sont donc 70% à avoir entre 20 et 25 ans.

Nous pouvons également nous interroger sur la fiabilité des réponses. Malgré l'attention que nous avons portée à ce que les jeunes voient que nous n'observions pas les réponses, il se peut qu'ils aient eu peur du manque d'anonymat ou bien d'un jugement de notre part. De plus, il s'agit d'une enquête correspondant en partie à un ressenti, et souvent en lien avec des sujets tabous dans notre société.

Certaines réponses portant sur la contraception ont été posées aussi bien aux garçons qu'aux filles, ce qui peut parfois limiter la véracité des réponses. En effet, il nous a paru essentiel que les hommes se sentent autant concernés par la contraception que les femmes. Une campagne de prévention nationale récente sur la contraception les met en avant. Il n'était donc pas envisageable qu'ils soient exclus de l'enquête. Par ailleurs, une fois qu'ils avaient rempli les questionnaires, ce sont eux qui se sont montrés les plus intéressés par le thème de l'étude.

Le niveau d'étude n'a pas pu être décrit pour tout l'échantillon. En effet, il était demandé aux jeunes s'ils étaient au collège, lycée, en études supérieures, actifs ou sans emploi. Cette formulation ne nous a pas permis de savoir si les festivaliers actifs ou sans emplois avaient été au collège ou au lycée, et donc s'ils avaient pu recevoir des cours sur l'éducation à la sexualité.

3- Caractéristiques socio-démographiques de la population

Rappelons que notre enquête comportait des jeunes ayant entre 15 et 25 ans. Il s'agit donc d'une proportion importante de la population puisque selon l'INSEE, les 15-24 ans représentent 12,5% de la population française et se composent de 50,6% de garçons et de 49,4% de femmes. L'échantillon étudié respecte cette répartition car il est constitué de 48% de garçons et 52% de filles. [24]
Cette tranche d'âge est importante car elle correspond en général aux premiers rapports sexuels.
L'échantillon étudié se compose de 9% de lycéens, 57% d'étudiants, 28% d'actifs et de 6% de jeunes sans emploi. La majorité a donc été au collège et au lycée, et a pu être sensibilisée sur l'éducation à la sexualité.

Pour étudier les connaissances de ces jeunes, il est indispensable de prendre en compte certaines données concernant en pratique leur prise de contraception et leur protection contre les Infections Sexuellement Transmissibles. Il est également important de se renseigner sur certaines caractéristiques de leur activité sexuelle.

4- Activité sexuelle

Seuls 9 des jeunes interrogés ont déclaré ne jamais avoir eu de rapports sexuels. Ils ont été exclus des résultats nécessitant d'avoir déjà eu un rapport sexuel.

4.1. Le premier rapport sexuel

En France, l'âge du premier rapport sexuel est d'environ 17,8 ans chez les femmes et de 17,5 ans chez les hommes. [1]

Dans notre étude, cet âge est inférieur à la moyenne nationale puisqu'il est ici de 16,4 ans pour les femmes et de 16,5 ans pour les hommes.

4.2. Le nombre de partenaires

La moyenne du nombre de partenaires par personne est de 7,25. Ce chiffre montre donc l'importance et la nécessité pour ces jeunes d'avoir de bonnes connaissances des moyens de prévention des IST et de l'emploi d'une contraception.

De plus, nous avons vu précédemment que la moyenne du nombre de partenaires pour les hommes est supérieure à celle des femmes (7,61 vs 6,90). Lors d'une enquête téléphonique réalisée en 2005 auprès d'un échantillon aléatoire de la population âgée de 18 à 69 ans et interrogeant 12364 individus (enquête «Contexte de la Sexualité en France», soit CSF), la moyenne du nombre de partenaires est de 4,4 pour les femmes vs 11,6 pour les hommes. Dans notre étude, cet écart n'apparaît pas. On pourrait supposer que cet écart entre ces deux enquêtes vient de la différence de génération des échantillons puisque l'enquête CSF a aussi montré une augmentation du nombre de partenaires par femme au cours des dernières années et, nos chiffres reposant sur des femmes jeunes, ils ,pourraient illustrer ce changement de comportement dans la sexualité de la femme. [25]

Par ailleurs dans notre étude, 80% des filles vs 79% des garçons ont eu au moins 2 partenaires, et 25% des filles vs 26% des garçons ont eu au moins 10 partenaires. Dans l'enquête CSF, 47% des femmes vs 71% des hommes déclarent avoir eu au moins 2 partenaires, et 11% des femmes vs 35% des hommes disent en avoir eu au moins 10 au cours de leur vie. Ces chiffres diffèrent principalement pour les femmes, et peuvent s'expliquer de la même façon que précédemment : l'évolution de la sexualité chez la femme au cours des dernières années. De plus, dans notre étude, les résultats sont similaires peu importe le sexe, ce qui diffère des données de l'enquête CSF. [25]

5- La contraception

Le dispositif intra-utérin a été appelé stérilet pour faciliter la compréhension des jeunes.

Le retrait n'a pas été mentionné comme moyen de contraception par crainte que les festivaliers interrogés le considèrent par la suite comme une façon efficace d'empêcher une grossesse.

5.1. Utilisation de la contraception

• Généralités

78% des jeunes interrogés et sexuellement actifs disent utiliser une contraception, ceci correspond aux données de la population française ; en 2005, les trois quarts de la population âgée de 15 à 54 ans et sexuellement active utilisait un moyen de contraception. [2] [3] [4]

La majorité emploie donc une contraception, cependant 10% des jeunes en couple et ayant déjà eu des rapports sexuels n'utilisent aucune contraception. Ce nombre reste donc élevé.

Cependant, certaines idées reçues persistent qui peuvent freiner l'emploi d'une contraception. Par exemple, encore 42% des jeunes pensent que l'absence de pénétration protège du risque de grossesse dans notre étude. Ceci correspond aux données d'une enquête réalisée à Nantes en 2007 sur 628 étudiants en médecine [21] : environ la moitié pensait qu'il ne pouvait pas y avoir de grossesse s'il n'y avait pas de pénétration. Or, si les jeunes ne considèrent pas la contraception comme étant nécessaire, si elle est utilisée, l'observance risque d'être moins bonne.

D'autres croyances peuvent entraîner des grossesses non désirées, par exemple d'après l'enquête de l'INPES [2]: « 53% des français croient qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a eu lieu pendant ses règles et 64% qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiables en surveillant son cycle. »

• Les différents moyens de contraception

Sans surprise, la pilule et le préservatif masculin sont de loin les contraceptions les plus citées. La pilule était employée par 77% des jeunes au moment de notre enquête, ce qui correspond aux chiffres de l'étude BVA de l'INPES où 80,8% des femmes de 20 à 24 ans l'utilisaient. [2] Selon cette même étude, 20% des français de 15 à 19 ans utilisaient le préservatif comme moyen de contraception. Ils sont 27% à

s'en servir comme contraception au moment du festival. La question étant ouverte, les jeunes n'ont pas tous précisé s'il s'agissait du préservatif féminin ou du masculin, mais seuls 11% des jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels avaient testé le préservatif féminin, donc nous pouvons supposer qu'ils utilisaient principalement le préservatif masculin. 10% se servaient de l'association de la pilule et du préservatif au moment de notre enquête.

Lors de notre étude, les jeunes employaient très peu les autres moyens de contraception. L'implant avait déjà été testé par 6% d'entre eux mais seuls 2% ont déclaré l'utiliser au moment de l'enquête. L'anneau, le DIU, le patch et les spermicides ont été utilisés par moins de 4% des jeunes. Ces chiffres correspondent à ceux de l'étude ORS de Haute-Normandie portant sur 2551 jeunes de 15 à 18 ans en 2009 [26] qui indiquent que seuls 2,3% des jeunes utilisent l'un de ces moyens. Par ordre décroissant, ils sont : l'implant, l'anneau, le stérilet, la cape vaginale (la pilule du lendemain, les ovules et le rapport anal avaient aussi été cités).
Personne ne s'est servi du diaphragme, ce qui n'est pas surprenant car ce moyen de contraception semble convenir aux femmes plus âgées puisqu'il nécessite de bien connaître son propre corps et de ne pas craindre les manipulations vaginales.

• Le cas particulier de la pilule

84% des jeunes considèrent la pilule comme étant un bon moyen de contraception (la plupart a donné comme argument qu'elle était fiable) ; cependant 9% d'entre eux pensent que ce n'est pas un bon moyen de contraception (avec comme argument principal le risque d'oubli).
Environ la moitié des filles utilisant la pilule et ayant eu des rapports sexuels dit être sujette aux oublis (y compris les conjointes des garçons ayant répondu). Parmi elles, 18% déclarent l'oublier au moins une fois par mois. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude réalisée à Nantes en 2007 auprès de 628 étudiants en médecine où la moitié des filles disait oublier régulièrement leur pilule. [21]
Notre étude ne nous permet pas de savoir si les jeunes savent quelle conduite adopter en cas d'oubli et s'ils ont réellement conscience du risque de grossesse encouru s'ils l'oublient. Cependant, ces chiffres nous interpellent car ils nous permettent de constater à quel point l'observance de la pilule est mauvaise dans cet échantillon, d'où peut-être l'intérêt pour ces jeunes d'utiliser d'autres méthodes telles que l'anneau ou le patch, qui sont des moyens bien tolérés par les femmes.

Les parcours affectifs et sexuels ont beaucoup évolué au cours de ces dernières décennies. Pourtant la norme contraceptive ne change pas et reste énormément centrée sur la prise d'une contraception orale, qui correspondrait plus à un schéma de couple stable ayant une sexualité prévisible et régulière. D'après un rapport de l'IGAS de 2009 [27] : «Symbole de libération dans les années soixante, la prise quotidienne de pilule tend à être perçue comme une contrainte par une génération de femmes qui l'ont toujours connue. Cette contrainte est évidemment mal supportée lorsqu'elle n'est pas en adéquation avec le mode de vie : lorsque les relations sexuelles sont épisodiques, irrégulières ou difficiles à prévoir mais aussi pour les femmes dont l'activité se traduit par des horaires décalés [...].» [27]

La première hypothèse était la suivante : «les jeunes utilisent la pilule et le préservatif principalement car ils ne connaissent pas les autres moyens de contraception». Ainsi, nous avons montré que la première partie de cette hypothèse «les jeunes utilisent principalement la pilule et le préservatif» est vérifiée. Nous allons maintenant étudier leurs connaissances sur les différents moyens de contraception.

5.2. Les connaissances sur les moyens de contraception

Un pourcentage élevé de jeunes (14%) a déclaré lors de l'étude ne jamais avoir reçu d'information. De plus, 17% de la population étudiée ne se sent pas assez informée en matière de contraception. D'après l'étude ORS de 2009, 5% des jeunes n'auraient jamais reçu d'information sur la contraception et 20% ne se sentiraient pas assez informés. [26]

- Sources d'information des jeunes

Au moins 172 des jeunes ayant répondu au questionnaire ont été au collège et au lycée (ceux étant actifs ou sans emploi n'ont pas été comptés). Or, 63% des jeunes interrogés disent avoir été informés sur la contraception en cours de SVT et 58% au collège et/ou au lycée. Ce n'est pas beaucoup quand on considère le fait que les cours d'éducation à la sexualité sont obligatoires à l'école depuis 1996. Cependant, soit ils ne se souviennent pas avoir parlé de contraception, soit la question de la reproduction a été abordée avec le risque des Infections Sexuellement

Transmissibles sans parler du risque de grossesse. Selon l'enquête ORS de Haute-Normandie, 88% des jeunes entre 15 et 18 ans avaient reçu de l'information à l'école. Nous pouvons supposer que l'information étant émise plus récemment, ils s'en souviennent mieux, ou alors que les écoles ont plus développé l'éducation à la sexualité depuis la loi de 2001. [26]

46% ont reçu une information par leurs parents, 42% par les médias et 37% par leurs amis et autant par leur médecin. Ceci n'est pas très éloigné des résultats de l'enquête ORS où parmi ceux ayant eu de l'information à l'extérieur, 46% l'ont reçue du médecin traitant et 40% à la maison. [26]

Seuls 8% ont eu des explications par un CPEF ou un centre de dépistage. Les CPEF, qui sont des lieux où l'accueil est prévu pour les jeunes, où les mineurs peuvent obtenir une contraception de façon anonyme et gratuite sont pourtant les moins fréquentés. Il serait intéressant de développer l'accès à ces centres pour les jeunes.

• Les différents moyens de contraception

La question était : «parmi les différents moyens de contraception ci-dessous, quels sont ceux dont vous connaissez l'utilisation?»

En rapport avec les chiffres sur leur utilisation, la pilule et le préservatif masculin sont les plus connus (95% de l'échantillon pour la pilule et 97% pour le préservatif masculin). Ils sont aussi bien connus des garçons et des filles (sans différence significative car presque tous ont répondu les connaître). Ce sont aussi les plus utilisés.

Le préservatif féminin semble être bien connu aussi : 76% de l'effectif, sans différence entre les garçons et les filles alors qu'il n'a été utilisé que par 11% des jeunes.

Concernant le DIU, 53% de l'échantillon le connaît , même s'ils ne sont que 3% à l'avoir déjà utilisé. La différence de réponse entre les deux sexes n'est pas significative.

L'implant a déjà été employé par 6% de l'échantillon et est connu par 49 % d'entre eux (deux fois plus par les filles que par les garçons).

Le patch, l'anneau, les spermicides, le diaphragme sont respectivement connus par : 35%, 35%, 32%, et 27% de l'effectif et la différence de connaissance est significative entre les sexes pour le patch, l'anneau, et les spermicides (les filles savent mieux les employer que les garçons).

Les femmes se sentent certainement plus concernées par la contraception que les hommes et ont aussi plus envie d'utiliser des méthodes plus simples, ce qui peut expliquer le fait qu'elles connaissent mieux les nouveaux moyens de contraception.

D'après l'enquête BVA de l'INPES [2]: la pilule et le préservatif étaient connus par 97% des français, le DIU par 93% d'entre eux, le préservatif féminin et le diaphragme par 75% d'entre eux, les autres moyens par environ un français sur deux : spermicides 52%, patch 48%, implant 44% anneau 44%. Ainsi, nous n'observons pas beaucoup de différence avec notre étude pour les préservatifs, la pilule et l'implant. Par contre le DIU et le diaphragme sont nettement mieux connus des français que par notre échantillon. Mais comme nous avons ici affaire à un effectif jeune et donc qui les utilise moins, cette différence de pourcentage s'explique aisément. Les autres moyens de contraception tels que l'anneau, le patch et les spermicides sont également un peu mieux connus de l'ensemble de français.

En comparant les réponses relatives aux connaissances et celles relatives aux contraceptions déjà utilisées, nous constatons un écart important (sauf pour la pilule et le préservatif masculin) : beaucoup de jeunes disent connaître certains moyens de contraception mais très peu les a déjà utilisé. Nous pourrions donc douter de la fiabilité de leurs réponses ; cependant nous observons que pour les deux questions du quiz relatives à l'implant et au DIU, les jeunes ont mieux répondu (et de façon significative) lorsqu'ils disaient connaître ces moyens de contraception. En effet, 74% de ceux déclarant connaître l'implant ont répondu qu'il était fiable contre 22% de ceux ne le connaissant pas (figure 15). Cette différence est significative. D'après l'enquête BVA de l'INPES, 59% des français disant connaître l'implant ne savaient pas quelle est la durée de son efficacité. [2]

Et concernant le DIU, les jeunes le connaissant sont 63% à avoir bien répondu («le stérilet ne peut être posé qu'aux femmes ayant déjà eu des enfants») contre 41% ne le connaissant pas. Cette différence est significative. Selon l'enquête BVA, la moitié des français pensait que le DIU est réservé aux multipares, et cette croyance reste encore très présente chez les professionnels de santé. [2]
Il persiste donc de nombreuses lacunes, même parmi ceux disant connaître les nouvelles méthodes.

D'autres idées reçues persistent, telles que la prise de pilule qui rendrait stérile. Dans notre échantillon, ils restent 7% à le penser et 12% à ne pas savoir, sans aucune différence significative s'ils prennent la pilule ou non. Ces chiffres sont assez importants mais moins élevés que lors de l'enquête BVA où 34% des jeunes de 15 à 20 ans le pensaient. [2]

Ainsi, de nombreuses idées reçues persistent qui peuvent gêner la prise et l'observance d'une contraception. La troisième hypothèse est donc validée.
Par ailleurs, les préservatifs masculins et féminins et la pilule sont massivement connus par notre échantillon. L'implant et le DIU sont relativement bien connus (par la moitié de l'échantillon), en particulier des filles. Les autres moyens de contraception tels que l'anneau, le patch, les spermicides et le diaphragme sont assez peu connus. Ce manque d'information explique en partie le faible usage de ces nouveaux moyens.

La première hypothèse n'est donc que partiellement validée car les jeunes interrogés ont quand même certaines connaissances sur les méthodes moins utilisées. Par ailleurs, le lien de causalité n'a pas été prouvé dans notre étude. En effet, nous avons vu par exemple que l'anneau et le patch n'étaient pas connus des deux tiers des jeunes interrogés et que ces deux méthodes avaient été très rarement utilisées. Mais, même s'il paraît évident que ces jeunes ne peuvent pas utiliser des moyens de contraception qu'ils ne connaissent pas, nous n'avons pas montré que c'est ce manque d'information qui entraine une non-utilisation de ces méthodes. Cependant, deux études en particulier ont établi ce lien de causalité.

La première, «Theory-based interventions for contraception (Review)» a montré que lorsqu'il y avait eu une intervention éducative, dans les deux tiers des cas, une

amélioration de l'utilisation du préservatif était observée et dans la moitié des cas, il y avait une meilleure utilisation des moyens de contraception. [28]

La deuxième, «Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents (Review)», a établi le fait que l'association entre l'éducation et les interventions sur la contraception diminue le risque de grossesses non désirées chez les adolescentes. Cependant, la diversité des populations d'étude et des interventions réalisées empêche de conclure sur le mode d'intervention le plus adapté. [29]

6- La contraception d'urgence

Nous ne parlerons ici que de la pilule du lendemain et non pas de la pose de DIU qui peut également être une contraception d'urgence.

6.1. L'utilisation de la pilule du lendemain

Plus de la moitié des jeunes (56%) interrogés dit avoir déjà eu recours à la pilule du lendemain. En 2005, 13,7% des françaises l'ont utilisée au cours de leur vie, d'après l'enquête BVA de l'INPES. [2]

Ce pourcentage est donc très inférieur à nos chiffres. Cependant, toujours d'après cette étude, c'est aux âges les plus jeunes (15-24 ans) que son utilisation est la plus élevée, à cause d'un problème de préservatif le plus souvent. Son usage augmente au fur et à mesure des années. [30]

6.2. Les connaissances sur la pilule du lendemain

Les trois quarts des jeunes interrogés savent qu'elle est gratuite pour les mineures et qu'elle ne nécessite pas l'autorisation parentale. Lors de l'étude ORS de Haute-Normandie en 2009, 60% de jeunes savent qu'elle peut être délivrée sans ordonnance contrairement aux autres pilules [26], contre 75 % pour l'enquête BVA, ce qui correspond aux chiffres de notre étude [2].

Nous n'avons pas posé de questions concernant le délais maximum pour l'utilisation de cette pilule. L'enquête ORS a montré que plus de la moitié ne le connaît pas (55%) [26], vs 88,3% des femmes pour l'enquête BVA [2]. De plus, cette étude a également montré que les plus jeunes, en milieu scolaire, connaissaient mieux la pilule du lendemain, ce qui pourrait s'expliquer par la présence de l'infirmière scolaire pouvant la délivrer rapidement. Elle montre aussi que les femmes sans travail, en situation difficile ou avec un niveau d'étude bas connaissent moins bien la pilule du lendemain.

Il reste donc de nombreux progrès à faire dans le cadre de l'information sur la contraception d'urgence. Notre deuxième hypothèse étant : «la contraception d'urgence est désormais bien connue», elle est donc validée.

7- Les Infections Sexuellement Transmissibles

7.1. L'utilisation du préservatif

Le préservatif est le seul moyen de se protéger des IST.

Il a été utilisé par 85% de la population française entre 2000 et 2005 lors du premier rapport sexuel. [2], [3] Cette proportion est légèrement inférieure dans notre enquête puisque 79% des jeunes ont déclaré s'être protégés lors du premier rapport, ce qui correspond aux données des autres enquêtes, et ce de façon identique quel que soit le sexe. Ces pourcentages ne sont pas très différents quel que soit l'âge du premier rapport sexuel.

La question ne précisait pas de manière explicite s'ils avaient utilisé le préservatif pour ne pas fausser la réponse à la question suivante : « quels sont les moyens de se protéger contre les Infections Sexuellement Transmissibles ? ».

Dans le cas où les jeunes sont célibataires ou en couple depuis moins de trois mois et ayant eu des rapports sexuels, ils devraient théoriquement utiliser le préservatif. Or, ils ne sont que 60% à l'utiliser systématiquement, 26% de façon occasionnelle et 14% jamais. Ces chiffres nous ont donc beaucoup interpelés. Dans l'enquête ORS, l'emploi du préservatif est encore moins fréquent : 52% s'en sont servis

systématiquement avec leur dernier partenaire, 19% parfois et 29% jamais. L'utilisation du préservatif est donc loin d'être évidente [26].

Le principal obstacle à son utilisation est, pour notre population d'étude, la diminution des sensations (42%). Un quart environ a mentionné la contrainte d'utilisation, 15% le coût, 9% la gêne lors de l'achat, 5% le fait d'avoir à en parler, et seulement 1% le manque d'information. Ainsi, les jeunes n'ont pas la sensation que le manque d'information pourrait freiner l'utilisation du préservatif.

Une étude belge a évalué la raison de la non-utilisation du préservatif chez 1210 patients consultant suite à une prise de risques. Parmi ceux ne le mettant pas ou peu, 30% avaient invoqué la diminution de la sensibilité, 20% la non-disponibilité, 13% le fait d'avoir à en parler, 12% la difficulté d'utilisation, 11% le manque de fiabilité. [31]

Ainsi, la diminution des sensations reste le principal obstacle à l'utilisation du préservatif, Pourtant, de nombreux efforts ont été réalisés par les fabricants, avec par exemple la mise sur le marché de préservatifs texturés.

7.2. Les connaissances sur les IST

5% des jeunes interrogés ont déclaré ne jamais avoir reçu d'information sur les IST. Ce chiffre est encore très élevé. Il est cependant inférieur au 10% de jeunes n'ayant reçu aucune information dans l'enquête ORS. [26]

- Sources d'information des jeunes

Comme pour la contraception, l'école reste la principale source d'information sur les IST : les deux tiers des festivaliers interrogés ont dit avoir reçu de l'information à l'école, qui reste donc le lieu d'information privilégié, même si ces chiffres ne sont pas très élevés. La moitié a été informée par les médias, 38% par les parents et 30% par un médecin.
Ces résultats sont concordants avec ceux de l'enquête ORS [26] où les jeunes qui ont eu une information l'ont reçue à 44% par l'infirmière scolaire, un tiers par les parents et le médecin, et un quart par un enseignant, donc principalement à l'école.

Notre enquête a montré que les médias sont importants aussi puisqu'ils ont informé la moitié de l'échantillon, et un tiers des jeunes en a parlé avec ses parents.
Les CPEF où les mineurs peuvent se faire dépister de façon anonyme et gratuite sont pourtant les moins cités, comme en ce qui concerne les sources d'information sur la contraception.

• Connaissances sur les moyens de protection contre les IST

Les festivaliers interrogés ont le plus souvent cité les préservatifs comme moyen de se protéger : à 95% pour le masculin et à 75% pour le féminin. Il reste cependant 5% d'entre eux qui n'ont pas coché le préservatif masculin. Par ailleurs, 59% d'entre eux ont coché le patch et 47% l'anneau, il s'agit de chiffres très importants qui peuvent certainement s'expliquer par le manque de connaissance sur ces moyens. Pourtant, seuls 2% ont répondu « l'implant » ; or ce moyen, même s'il est plus connu que les deux précédents, reste assez méconnu. Les spermicides, le diaphragme, le DIU et le retrait ont été choisis par 2% de notre population

Malgré le fait que la pilule soit relativement bien connue par notre échantillon, ils sont 10% à penser qu'elle protège des IST, les garçons étant plus nombreux à le croire. Ce chiffre concorde assez bien avec celui de l'enquête ORS de Haute-Normandie où 7% des adolescents ont déclaré que la pilule protège du SIDA, et où 10% ne le savait pas [26].

Si nous faisons un récapitulatif de ces réponses, nous obtenons le fait qu'un tiers des jeunes n'a pas correctement répondu (préservatifs masculin et féminin sans aucune autre réponse, avec toutefois « abstinence » d'accepté).

Ces réponses très préoccupantes nous indiquent à quel point les connaissances sont encore mal intégrées dans la population des jeunes français.
Ainsi, notre quatrième hypothèse « les jeunes, bien qu'ils sachent que le préservatif est le seul moyen de protection contre les IST, ne l'utilisent pas de façon systématique » est partiellement validée. En effet, le fait qu'ils ne s'en servent pas de façon systématique a été démontré ; par contre, un tiers d'entre eux ne sait pas que le préservatif est le seul moyen de se protéger des IST.

Nous avons vu précédemment qu'améliorer les connaissances permet d'avoir une meilleure utilisation de la contraception et du préservatif. Nous allons maintenant étudier certaines méthodes pour tenter d'améliorer l'apprentissage de ces connaissances.

8- Propositions pour améliorer les connaissances

8.1. Apprendre

D'après André Giordan, physiologiste et épistémologue, connu entre autres pour ses recherches sur la construction du savoir par une personne à l'école ou hors de l'école [32], note qu'apprendre n'est pas un simple ajout d'informations nouvelles. Il explique aussi que nous ne faisons attention qu'à ce qui conforte nos positions. Les savoirs que nous possédons déjà peuvent être des obstacles à l'assimilation de nouvelles connaissances. Il faudrait commencer par les effacer. Or, en particulier en ce qui concerne la sexualité et la contraception, il existe de très nombreuses idées reçues. Il serait donc nécessaire, pour qu'un jeune accepte d'assimiler des informations, de commencer par balayer leurs fausses croyances qui peuvent être un frein important à l'apprentissage.

De plus, toujours d'après André Giordan, le savoir ne peut se transmettre que si la personne a élaboré des significations compatibles avec ce qu'il est. Il doit aussi avoir envie d'apprendre. Ainsi, lorsqu'on donne des informations, il n'est pas évident qu'elles soient intégrées. Par ailleurs, il existe des conditions nécessaires à l'apprentissage, telles qu'avoir confiance. Or, par exemple dans le cas d'une première consultation de prescription de contraception, les jeunes filles sont assez inquiètes et n'ont pas forcément confiance en leur praticien qu'elle ne connaissent pas.

De nombreuses données entrent en compte dans l'apprentissage, qui peuvent expliquer le manque de connaissances des jeunes sur les moyens de se protéger des IST et sur les méthodes de contraception.

8.2. L'école

L'école est le lieu où les jeunes ont reçu le plus d'information sur la contraception et les IST. Elle a donc un rôle essentiel. Cette information peut être dispensée en cours de SVT, par l'infirmière scolaire ou bien par un intervenant extérieur.

La loi du 13 décembre 2000 [19] indiquait que : «les infirmières peuvent, à titre exceptionnel [...] dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.» Les infirmières scolaires ont donc un rôle important. De plus, les jeunes peuvent facilement aller la voir et craignent donc moins le non respect du secret médical.

La loi du 4 juillet 2001 précisait que : «une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène». Ces interventions sont donc obligatoires. [27]

Les centres de planification familiale semblent depuis être mieux connus des jeunes car certains membres de ces centres interviennent dans les établissements scolaires [26]. Cependant, depuis l'instauration de cette loi, aucun bilan de l'application de ces dispositions n'a été fait. [27]
Pourtant, insister sur la mise en vigueur de cette loi pourrait favoriser les connaissances des jeunes.

De nombreuses études ont montré qu'il existe une différence des connaissances des lycéens selon leurs filières. En effet, ils semblent mieux informés dans les filières générales que professionnelles. Il serait donc intéressant de mettre l'accent sur l'éducation à la sexualité dans les filières technologiques et professionnelles, et de faire en sorte que tous les acteurs concernés se mobilisent pour faire appliquer cette loi. [33]

8.3. Le professionnel de santé

Il peut être le médecin traitant, le gynécologue ou la sage-femme. Cette dernière a vu son champ de compétence s'élargir en 2009, en particulier sur la contraception.

La première consultation est source d'inquiétude pour les adolescentes. Elle est donc très importante. Cette appréhension vient en grande partie du premier examen gynécologique. Certains professionnels ne le pratiquent pas, ce qui dédramatise cette première consultation. De plus, certaines jeunes filles n'osent pas parler de leur sexualité par peur que le secret médical ne soit pas respecté, en particulier lorsque les parents sont aussi les patients de ce praticien. Ce dernier peut donc être amené, dès la première consultation, à préciser que rien ne sera divulgué.

Il est nécessaire lors de ces consultations de faire le point sur les croyances et les connaissances sur la contraception avec les patientes, mais il s'agit aussi du moment opportun pour aborder le sujet de la sexualité et des IST. Des conseils sur le port du préservatif peuvent être donnés et un test de dépistage prescrit.

La patiente doit avoir le choix de sa contraception. Trop de praticiens prescrivent systématiquement la pilule sans proposer ou mentionner l'existence d'autres méthodes. Notre étude a pourtant montré à quel point l'observance de la contraception orale est mauvaise et par conséquent, d'autres méthodes devraient être plus systématiquement proposées, comme l'anneau, le patch, l'implant ou encore le DIU. Il est donc indispensable que le professionnel se soit renseigné sur les nouvelles recommandations.
Par exemple pour le DIU, de nombreux praticiens ne veulent pas le poser à des nullipares. Pourtant selon les recommandations de l'ANAES [34] [35] : «Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1re intention». De plus, selon l'OMS [36] : «Si certaines inquiétudes ont été exprimées concernant l'utilisation de certaines méthodes contraceptives chez l'adolescent (par ex., l'emploi des progestatifs seuls injectables par les moins de 18 ans), elles doivent être pesées en regard des avantages présentés par le fait d'éviter une grossesse.»
Par ailleurs, le DIU est d'une façon générale bien toléré et très pratique pour des jeunes femmes. En effet, lorsque l'on voit la fréquence des oublis de pilule, il paraît

évident que la contraception orale ne doit pas être proposée à toutes les femmes, et en particulier pour les plus jeunes d'entre elles. Le DIU devrait donc être plus systématiquement proposé lors des consultations.

Il paraît nécessaire lors de la prescription d'offrir à la patiente une information complète et claire accompagnée de documents auxquels elle puisse se référer en cas de besoin. Si la pilule a été choisi comme méthode, le praticien doit expliquer que faire si la femme l'oublie, ou si elle a des troubles digestifs. La patiente ne doit pas repartir sans avoir compris les explications du professionnel.
Il faut absolument vérifier que la patiente a bien compris toute cette information avant de repartir.
Le médecin ou la sage-femme doit s'adapter à la patiente et ainsi tenir compte, en plus des données médicales, de différents facteurs tels que : le mode de vie, le couple, ou encore le niveau socio-économique.

De plus, une ordonnance d'une contraception de rattrapage peut être fournie avec les explications sur le lieu d'obtention, la gratuité pour les mineures, et les circonstances de son utilisation.

CONCLUSION

Cette étude a confirmé les données de la littérature : trop de jeunes encore ne savent pas comment se protéger des IST et la majorité d'entre eux n'utilise et ne connait que la pilule et le préservatif comme moyens de contraception. L'information existe mais ils ne vont pas forcément la chercher. Leurs connaissances sont donc insuffisantes.

Cette étude a confirmé les conduites à risque des jeunes. Afin de les diminuer et d'améliorer leurs connaissances, les médecins et les sages-femmes doivent favoriser des méthodes autres que la pilule, qui a une mauvaise observance en particulier chez les femmes jeunes. Le DIU, l'implant, le patch, l'anneau, mais encore les injections trimestrielles peuvent être proposées. Le DIU est encore très peu proposé aux nullipares, et ce malgré les recommandations de l'HAS. Par ailleurs, les professionnels de santé doivent faire comprendre aux jeunes qu'avoir des relations sexuelles et s'investir dans une contraception, c'est devenir adulte. Il faut les aider à se responsabiliser.

L'école a un rôle à jouer et devrait tenter de mieux respecter la loi de 2001 qui consiste à organiser trois séances d'éducation à la sexualité tous les ans. Or, cette loi n'est pas souvent respectée dans les collèges et les lycées. Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale ainsi que le Mouvement Français pour le Planning Familial, bien qu'assez peu connus par les jeunes, sont adaptés à eux et délivrent une contraception anonyme mais aussi gratuite pour les mineures. Les centres de dépistage sont aussi anonymes et gratuits. Des sorties scolaires dans ces centres pourraient être organiser, ce qui permettrait aux jeunes de les découvrir.

D'autres projets pour tenter de diminuer ces conduites à risques ont été lancés, comme l'instauration du pass'contraception, qui met à disposition des tickets pour une visite médicale et pour un moyen contraceptif dans 90 lycées de Poitou-Charente.

Former des jeunes afin qu'ils puissent l'expliquer à d'autres pourrait aussi aider à lutter contre les IST et les grossesses non-désirées.

Ainsi, nous avons vu que plusieurs actions ont été lancées pour améliorer les connaissances des jeunes et diminuer leurs conduites à risques. Il faudra attendre quelques années pour voir les résultats.

BIBLIOGRAPHIE

[1] www.ined.fr
Institut National d'Études Démographiques

[2] INPES, Dossier de presse, 5 juin 2007
CONTRACEPTION : QUE SAVENT LES FRANÇAIS ?
Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux

[3] MOREAU C, LYDIE N, WARSZAWSKI J, BAJOS N
Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée
Baromètre santé 2005

[4] GUILBERT P, GAUTIER A, LYDIÉ N, LÉON C
Sexualité, IST et dépistage du VIH
Baromètre Santé 2005

[5] LA MEILLEURE CONTRACEPTION C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT
INPES, Dossier de presse, 11 septembre 2007

[6] http://psychologue.nantes.free.fr/conduites-risque2.php
ALLANIC Christophe, les conduites à risque des adolescents

[7] Rapport sur la santé des jeunes, Xavier Pommereau
Chapitre 2 : Orientations et actions par thème
4. prévention des conduites sexuelles à risque
Rapport français, 2002

[8] http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/adolescent_identite.htm
Site de la Fondation Genevoise pour la formation et la Recherche Médicales, centre collaborateur de l'OMS pour l'éducation et la recherche en reproduction humaine.

[9] NISAND I
Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes - la prévention de l'IVG,
Rapport réalisé à la demande de Martine Aubry, ministre de l'empoi et de la solidarité et de Bernard Kouchner, sacrétaire d'état à la santé et à l'action sociale
Rapport français, 1999

[10] ROBIN G, MASSART P, LETOMBE B
La contraception des adolescentes en France en 2007
Gynécologie obstétrique & fertilité, 2007, vol. 35, n°10, pp. 951-967
Editions Elsevier-Masson

[11] SERFATY D
Contraception Abrégés - Masson - 3ème édition 2007

[12] BAJOS N, OUSTRY P, LERIDON H, BOUYER J, JOB-SPIRA N, HASSOUN D, équipe COCON

Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France
Population, 59, 3-4, 2004, pp. 479-502

[13] DELOTTE J, MOLINARD C, TRASTOUR C, BOUCOIRAN I, BONGAIN A
Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises
Gynécologie Obstétrique & Fertilité, Volume 36, Issue 1, January 2008, Pages 63-66

[14] FIGON S, FERRE G, MOREAU A
Contraception : que savent les femmes?
La revue du praticien, Médecine générale, 2007, n°758-59, pp. 179-181

[15] BAJOS N, OUSTRY P, LERIDON H, BOUYER J, JOB-SPIRA N, HASSOUN D, équipe COCON
Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France
Population, 59, 3-4, 2004, pp. 479-502

[16] BARJOT P, GRAESSLIN O, COHEN D, VAILLANT P, CLERSON P, HOFFET M
Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 34 (2006) 120–126

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

[18] CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

[19] www.legifrance.gouv.fr

[20] BENNIA-BOURAÏ S, ASSELIN I, VALLEE M
Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen)
Médecine, Volume 2, Numéro 2, 84-9, Février 2006, Vie Professionnelle

[21] BRAS E,
La contraception : état des lieux : enquête au SUMPPS de Nantes auprès de 628 étudiants, d'octobre 2006 à janvier 2007
Mémoire sage-femme de Nantes, 2007

[22] WINCKLER M
Contraceptions mode d'emploi - J'ai lu - 3ème édition 2007

[23] Haut Conseil de la Population et de la Famille
NISAND I, TOULEMON L
Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures
Rapport français, 2006

[24] www.insee.fr
Institut National de la Statistique et des Études Économiques

[25] http://gazette.kb.inserm.fr/csf/Accueil.html
Enquête CSF : Contexte de la sexualité en France

[26] Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie
Contraception et IVG chez les jeunes 15-18 ans en Haute-Normandie, juin 2009

[27] Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001
Rapport IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), 2009

[28] Lopez LM, Tolley EE, Grimes DA, Chen-Mok M
Theory-based interventions for contraception (Review)
The cochrane collaboration, 2009

[29] Chioma Oringanje, Martin M Meremikwu, Hokehe Eko, Ekpereonne Esu, Anne Meremikwu, John E Ehiri
Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents
The cochrane collaboration, 2010

[30] LYDIÉ N., LÉON C.
Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse, in Guilbert P., Gautier A. (dir.),
Baromètre Santé 2005, Saint-Denis, Editions INPES

[31] VINCENT A., DE REUWE E.
Centre Elisa Bilan de la huitième année d'activité 1996
Médecin sans Frontières, Bruxelles, 1997
Étude mentionnée sur le site de l'IPH (Institute of Public Health)

[32] www.andregiordan.com

[33] LAGRANGE H, LHOMOND B, CALVEZ M, LEVINSON S, MAILLOCHON F, MOGOUTOV A, WARSZAWSKI J
L'entrée dans la sexualité, le comportement des jeunes dans le contexte du sida - Editions La découverte (Collection Recherches) 1997

[34] www.has-sante.fr

[35] Recommandations pour la pratique clinique
STRATÉGIES DE CHOIX DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LA FEMME
Service des recommandations professionnelles de l'Anaes, Décembre 2004

[36] www.who.int/fr

ANNEXES

1- Questionnaire

2- Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, synthèse des recommandations de l'ANAES, décembre 2004

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme et je réalise actuellement un mémoire de fin d'études sur les connaissances des jeunes sur la contraception. Pour cela, je vous distribue un questionnaire qui restera anonyme. Vous avez le droit de ne pas y répondre.

Cependant, vos réponses me seront d'une grande aide car pour que mon étude soit utile, il me faut recueillir le plus de données possible. Merci d'y répondre le plus sincèrement possible.

Si vous avez des questions, je vous laisse mon e-mail : camille.gros@hotmail.fr

1/ En quelle année êtes-vous né(e)? .....

2/ Etes-vous : ☐ Un garçon ☐ Une fille

3/ Etes-vous : ☐ Au collège ☐ En études supérieures
☐ Au lycée ☐ Actif
☐ Sans emploi

4/ Etes-vous en couple ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, depuis combien de temps ? .....

5/ Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?
☐ Non ☐ Oui

Si oui :

- à quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? .....

- étiez-vous protégés ?
☐ Non ☐ Oui

- combien de partenaires avez-vous eu jusqu'à présent ? .....

- dans le cas où vous êtes en couple depuis moins de 3 mois ou célibataire : utilisez-vous le préservatif de façon :
☐ Systématique
☐ Occasionnelle
☐ Jamais

- avez-vous rencontré des difficultés pour l'utilisation du préservatif ? *(une seule réponse acceptée)*
☐ Le manque d'information ☐ La contrainte d'utilisation
☐ Le coût ☐ La diminution des sensations
☐ La gêne lors de l'achat ☐ Avoir à en parler dans le couple

6/ parmi les choix ci-dessous, quels sont selon vous les moyens de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles : *(cochez une ou plusieurs réponses)*
☐ Pilule ☐ Préservatif masculin
☐ Implant ☐ Préservatif féminin
☐ Anneau vaginal ☐ Spermicides
☐ Patch ☐ Dispositif intra-utérin (ou stérilet)
☐ Diaphragme ☐ Le retrait
☐ Autres : précisez .....

7/ citez 3 Infections Sexuellement Transmissibles :

_____
_____
_____

8/ avez-vous déjà reçu des informations en matière de prévention contre les infections sexuellement transmissibles ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui : par qui ?

☐ Vos parents
☐ Vos amis
☐ En cours de SVT
☐ Internet, la télévision…
☐ Au CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
☐ Au collège ou au lycée par des intervenants extérieurs
☐ Votre médecin traitant et/ou gynécologue
☐ Dans un centre de dépistage
☐ Autres (précisez) : …….

9/ pensez-vous avoir été suffisamment informé en matière de prévention contre les infections sexuellement transmissibles ? ☐ Non ☐ Oui

10/ parmi les différents moyens de contraception ci-dessous, quels sont ceux **dont vous connaissez l'utilisation?**

☐ Aucun
☐ Pilule
☐ Implant
☐ Anneau vaginal
☐ Patch
☐ Diaphragme
☐ Préservatif masculin
☐ Préservatif féminin
☐ Spermicides
☐ Dispositif intra-utérin (ou stérilet)
☐ Autres : précisez .....

11/ lesquels vous ou votre partenaire avez déjà utilisés ?

☐ Aucun
☐ Pilule
☐ Implant
☐ Anneau vaginal
☐ Patch
☐ Diaphragme
☐ Préservatif masculin
☐ Préservatif féminin
☐ Spermicides
☐ Dispositif intra-utérin (ou stérilet)
☐ Autres : précisez .....

12/ Est-ce que vous ou votre partenaire utilisez actuellement une contraception ?

☐ Non
☐ Oui
☐ Je ne sais pas

Si oui, précisez laquelle : ……..

13/ Si vous ou votre partenaire utilisez la pilule, êtes-vous ou est-elle sujette aux oublis ?

☐ Non
☐ Oui
☐ Je ne sais pas

Si oui, vous ou votre partenaire l'oubliez :

☐ Moins d'une fois par mois en général
☐ Une à plusieurs fois par mois
☐ Je ne sais pas

14/ La pilule vous semble-t-elle être une bonne contraception ?

☐ Non ☐ Oui

Expliquez pourquoi :

_____
_____

15/ Avez-vous déjà reçu des informations sur la contraception ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui : par qui ?

☐ Vos parents
☐ Vos amis
☐ En cours de SVT
☐ Internet, la télévision…
☐ Au CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
☐ Au collège ou au lycée par des intervenants extérieurs
☐ Votre médecin traitant et/ou gynécologue
☐ Dans un centre de dépistage
☐ Autres (précisez) : …….

16/ Pensez-vous avoir été suffisamment informé (e) sur la contraception ?

☐ Non ☐ Oui

17/ Avez-vous (vous ou votre conjointe) déjà utilisé la « pilule du lendemain » (Norlevo®, contraception d'urgence) ?

☐ Non ☐ Oui

18/ Si vous ou votre conjointe étiez enceinte, envisageriez-vous une interruption volontaire de grossesse ?

☐ Non ☐ Oui

Si non : pour quelle raison (expliquez en quelques mots) ?

…….
…….

19/ Consommez-vous un ou plusieurs des produits suivants? Selon le rythme de votre consommation, précisez la quantité consommée soit par jour, soit par semaine ou par mois, en cochant la case correspondante :

	Jamais	Par mois	Par semaine	Par jour
Du tabac				
De l'alcool				
Du cannabis				
De la cocaïne				
De l'ecstasy				
De l'héroïne				
Autre : _____				

QUIZZ :

20/ Si j'ai un rapport sexuel non protégé, je peux tout de suite aller me faire dépister pour savoir si mon partenaire m'a transmis un virus :

☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

21/ S'il n'y a pas de pénétration, il n'y a pas de risque de grossesse :

☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

22/ La pilule rend stérile : ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

23/ Le stérilet ne peut être posé qu'aux femmes ayant déjà eu des enfants :

☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

24/ L'implant est une méthode de contraception fiable :

☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

25/ la pilule du lendemain est, pour les mineures, gratuite et ne nécessite pas d'autorisation parentale :

☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

26/ la pilule du lendemain doit être prise le plus rapidement possible après le rapport sexuel :

☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

Recommandations pour la pratique clinique

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme

Synthèse des recommandations

Décembre 2004

Service des recommandations professionnelles
de l'Anaes

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

1. La **différence possible entre** l'**efficacité optimale** des méthodes contraceptives (celle des essais thérapeutiques) **et** leur **efficacité en pratique courante** constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne.

2. **Laisser les personnes choisir** une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes. La littérature souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire.

3. La première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait **autant que possible** être **une consultation spécifiquement dédiée à cette question**. S'il n'est pas possible de consacrer suffisamment de temps au sein de la consultation sur le sujet de la contraception (par ex. en cas d'urgence), il est recommandé de néanmoins réserver à ce sujet un temps spécifique et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.

4. S'il s'agit d'**une adolescente, elle sera reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel**, même si l'évocation des parents dans la conversation en tête à tête reste tout aussi essentielle. Il importe de rester neutre et de ne pas avoir d'*a priori*. Les méthodes de 1er choix chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative.

5. La littérature souligne la nécessité pour le professionnel de santé :
   - d'adapter sa consultation et sa prescription à chaque consultante ;
   - d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ;
   - d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ;
   - d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de **la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelles**.

   Une consultation bâtie sur le modèle BERCER de l'OMS pourrait être adaptée.

6. Sous couvert d'un examen clinique normal, d'une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques) et en l'absence de problème médical familial ou personnel identifié, **les examens gynécologique et sanguins peuvent être expliqués et programmés pour une consultation ultérieure** (dans les 3 à 6 mois), notamment chez les adolescentes. Le frottis n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures.

7. **La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de 1re intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier** (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.).

   La contraception œstroprogestative présente en outre des **bénéfices potentiels non contraceptifs**, par ex. dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et colorectaux).

   Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique. Le plus grand danger en

prescrivant une contraception œstroprogestative, qu'elle soit de 2e ou 3e génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels elle est contre-indiquée.

Les données de la littérature rapportent une augmentation potentielle du risque de certains cancers, notamment du sein et du col utérin. Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge considérées. Pour le cancer du sein, les cancers sont découverts à un stade plus précoce et aucune différence n'a été observée en termes de mortalité.

8. Il est possible d'utiliser la **contraception par progestatif seul** dans certaines situations où les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquées, notamment en cas de risque cardio-vasculaire.

   La contraception par progestatif seul n'est cependant pas qu'une méthode de 2e intention. Elle est à classer, de même que les œstroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale.

   En l'état actuel, il s'agit essentiellement de la pilule microprogestative, laquelle implique une **prise rigoureuse** : tous les jours à la même heure, même pendant les règles.

   La bonne efficacité des méthodes par progestatif seul doit être envisagée au regard de leur tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, etc.).

9. **Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1re intention,** considérée comme toujours très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi.

   Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion. **Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré**, y compris chez les nullipares. **Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible** et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

   Un DIU peut être proposé à toute femme dès lors que :
   - les contre-indications (CI) à sa pose sont prises en compte ;
   - les risques infectieux et de GEU ont été évalués et les situations à risque écartées ;
   - la femme est informée des risques de MIP et de GEU ainsi que des risques potentiels, mais non démontrés, de stérilité tubaire. Cette information est prépondérante chez une femme nullipare, sa pose devant être envisagée avec prudence et en prenant en compte son désir d'enfant à venir.

10. Qu'elles soient masculines ou féminines, les **méthodes de stérilisation** sont **susceptibles,** sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition du médecin, **d'apporter une réponse contraceptive appropriée** dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Elles ont l'avantage de n'avoir aucune CI permanente. En pratique, il est recommandé de **les présenter comme généralement irréversibles.**

Le Code de santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive **ne peut être pratiquée sur une personne mineure** ».

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement.

La **signature d'un consentement éclairé** est **obligatoire**.

11. **Les préservatifs, masculins ou féminins, sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST.** Une situation estimée à risque du fait de l'existence de plusieurs partenaires, de l'évocation de relations occasionnelles ou de l'absence de relation stable (notamment chez l'adolescente) doit conduire le professionnel de santé à recommander l'utilisation de cette méthode contraceptive, en complément ou non d'une autre méthode médicale. Ces méthodes nécessitent une pédagogie ciblée.

    L'utilisation de spermicides seuls n'est pas efficace dans la prévention des infections sexuellement transmissibles.

12. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif, est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale. Au regard de leur risque élevé d'échec en usage courant, les autres méthodes naturelles devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.

13. Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, **la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès**.

    La contraception d'urgence hormonale et le DIU au cuivre sont les deux méthodes de rattrapage utilisables. Dans ce cadre, il convient de noter que :
    - le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé ;
    - la contraception d'urgence hormonale (par progestatif seul) n'est pas efficace à 100 % et est **d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé**. L'utilisation opportuniste et répétitive de cette méthode en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue.

    La contraception d'urgence par progestatif seul présente l'avantage par rapport au DIU au cuivre de pouvoir être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.

    Suite à la prise d'une contraception d'urgence par progestatif seul, il est recommandé de conseiller à la consultante :
    - d'adopter une méthode contraceptive efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours ;
    - de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue.

14. Lorsqu'un oubli de pilule se renouvelle trop fréquemment ou qu'il est constaté un réel manque d'observance, il est recommandé d'envisager une méthode moins sujette aux problèmes d'observance (DIU, dispositif transdermique hormonal, implant hormonal, etc.).

    Le schéma général de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule(s) est présenté ci-après.

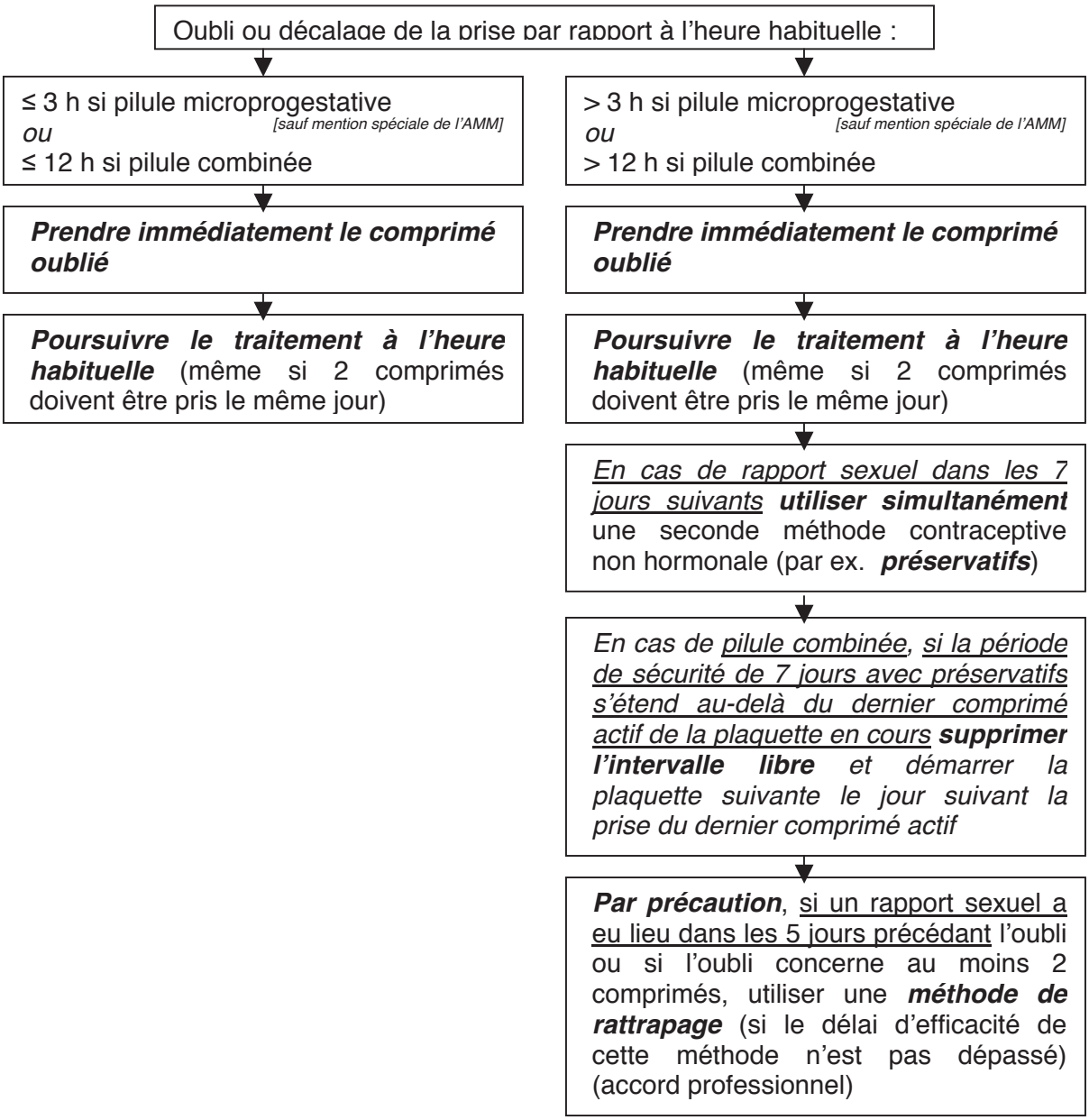


Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule

15. L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la pré-ménopause doivent amener à **réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans**.

Recommandations pour la pratique clinique

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme

Synthèse des recommandations

Décembre 2004

Service des recommandations professionnelles
de l'Anaes

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

1. La **différence possible entre** l'**efficacité optimale** des méthodes contraceptives (celle des essais thérapeutiques) **et** leur **efficacité en pratique courante** constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne.

2. **Laisser les personnes choisir** une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes. La littérature souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire.

3. La première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait **autant que possible** être **une consultation spécifiquement dédiée à cette question**. S'il n'est pas possible de consacrer suffisamment de temps au sein de la consultation sur le sujet de la contraception (par ex. en cas d'urgence), il est recommandé de néanmoins réserver à ce sujet un temps spécifique et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.

4. S'il s'agit d'**une adolescente, elle sera reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel**, même si l'évocation des parents dans la conversation en tête à tête reste tout aussi essentielle. Il importe de rester neutre et de ne pas avoir d'*a priori*. Les méthodes de 1er choix chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative.

5. La littérature souligne la nécessité pour le professionnel de santé :
   - d'adapter sa consultation et sa prescription à chaque consultante ;
   - d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ;
   - d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ;
   - d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de **la forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelles**.

   Une consultation bâtie sur le modèle BERCER de l'OMS pourrait être adaptée.

6. Sous couvert d'un examen clinique normal, d'une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques) et en l'absence de problème médical familial ou personnel identifié, **les examens gynécologique et sanguins peuvent être expliqués et programmés pour une consultation ultérieure** (dans les 3 à 6 mois), notamment chez les adolescentes. Le frottis n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures.

7. **La contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de 1re intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier** (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.).

   La contraception œstroprogestative présente en outre des **bénéfices potentiels non contraceptifs**, par ex. dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et colorectaux).

   Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique. Le plus grand danger en

prescrivant une contraception œstroprogestative, qu'elle soit de 2e ou 3e génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels elle est contre-indiquée.

Les données de la littérature rapportent une augmentation potentielle du risque de certains cancers, notamment du sein et du col utérin. Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge considérées. Pour le cancer du sein, les cancers sont découverts à un stade plus précoce et aucune différence n'a été observée en termes de mortalité.

8. Il est possible d'utiliser la **contraception par progestatif seul** dans certaines situations où les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquées, notamment en cas de risque cardio-vasculaire.

   La contraception par progestatif seul n'est cependant pas qu'une méthode de 2e intention. Elle est à classer, de même que les œstroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale.

   En l'état actuel, il s'agit essentiellement de la pilule microprogestative, laquelle implique une **prise rigoureuse** : tous les jours à la même heure, même pendant les règles.

   La bonne efficacité des méthodes par progestatif seul doit être envisagée au regard de leur tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, etc.).

9. **Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1re intention,** considérée comme toujours très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi.

   Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion. **Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré**, y compris chez les nullipares. **Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible** et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

   Un DIU peut être proposé à toute femme dès lors que :
   - les contre-indications (CI) à sa pose sont prises en compte ;
   - les risques infectieux et de GEU ont été évalués et les situations à risque écartées ;
   - la femme est informée des risques de MIP et de GEU ainsi que des risques potentiels, mais non démontrés, de stérilité tubaire. Cette information est prépondérante chez une femme nullipare, sa pose devant être envisagée avec prudence et en prenant en compte son désir d'enfant à venir.

10. Qu'elles soient masculines ou féminines, les **méthodes de stérilisation** sont **susceptibles,** sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition du médecin, **d'apporter une réponse contraceptive appropriée** dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Elles ont l'avantage de n'avoir aucune CI permanente. En pratique, il est recommandé de **les présenter comme généralement irréversibles.**

Le Code de santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive **ne peut être pratiquée sur une personne mineure** ».

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement.

La **signature d'un consentement éclairé** est **obligatoire**.

11. **Les préservatifs, masculins ou féminins, sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST.** Une situation estimée à risque du fait de l'existence de plusieurs partenaires, de l'évocation de relations occasionnelles ou de l'absence de relation stable (notamment chez l'adolescente) doit conduire le professionnel de santé à recommander l'utilisation de cette méthode contraceptive, en complément ou non d'une autre méthode médicale. Ces méthodes nécessitent une pédagogie ciblée.

    L'utilisation de spermicides seuls n'est pas efficace dans la prévention des infections sexuellement transmissibles.

12. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif, est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale. Au regard de leur risque élevé d'échec en usage courant, les autres méthodes naturelles devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.

13. Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, **la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès**.

    La contraception d'urgence hormonale et le DIU au cuivre sont les deux méthodes de rattrapage utilisables. Dans ce cadre, il convient de noter que :
    - le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé ;
    - la contraception d'urgence hormonale (par progestatif seul) n'est pas efficace à 100 % et est **d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé**. L'utilisation opportuniste et répétitive de cette méthode en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue.

    La contraception d'urgence par progestatif seul présente l'avantage par rapport au DIU au cuivre de pouvoir être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.

    Suite à la prise d'une contraception d'urgence par progestatif seul, il est recommandé de conseiller à la consultante :
    - d'adopter une méthode contraceptive efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours ;
    - de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue.

14. Lorsqu'un oubli de pilule se renouvelle trop fréquemment ou qu'il est constaté un réel manque d'observance, il est recommandé d'envisager une méthode moins sujette aux problèmes d'observance (DIU, dispositif transdermique hormonal, implant hormonal, etc.).

    Le schéma général de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule(s) est présenté ci-après.

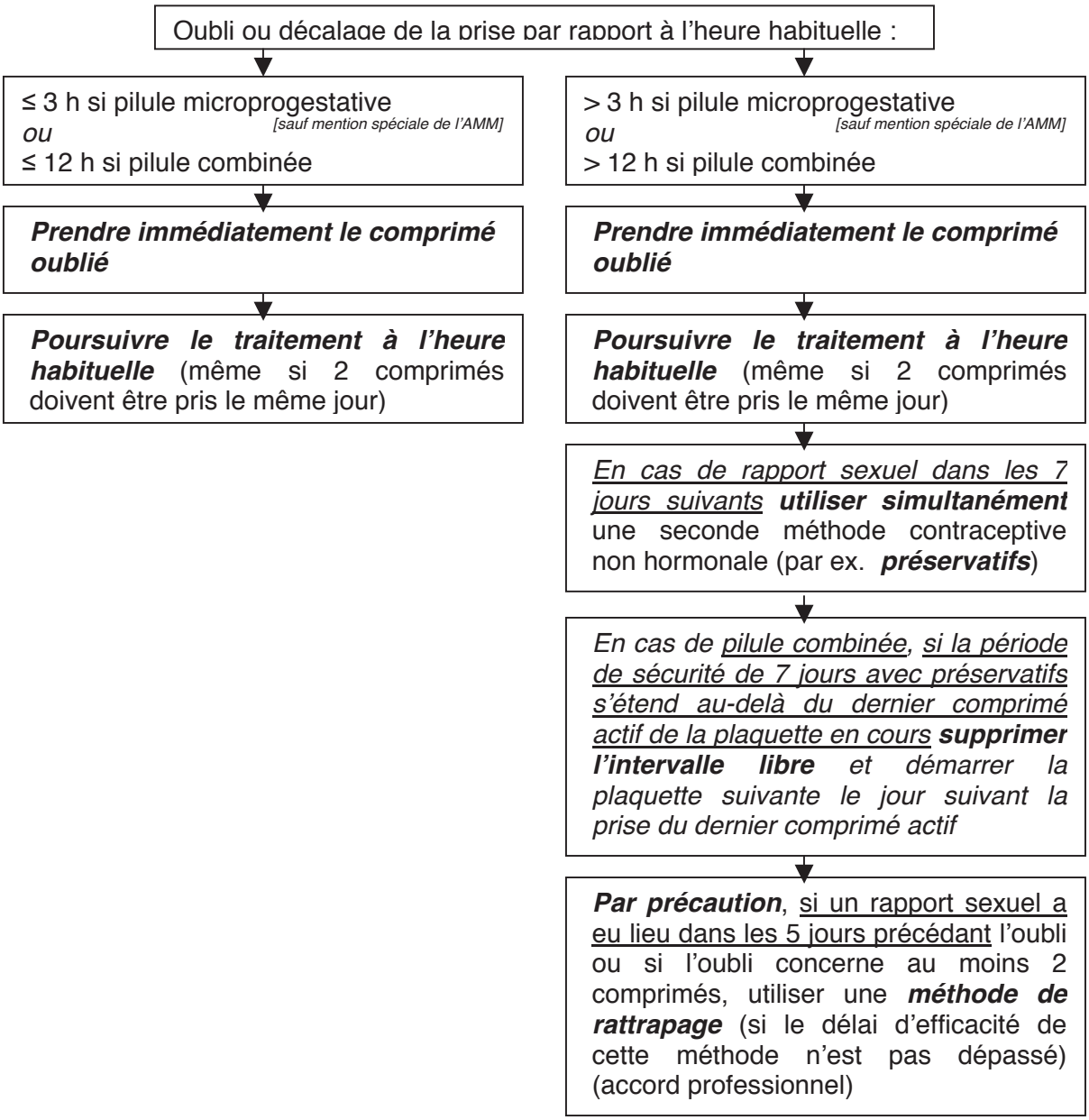


Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule

15. L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la pré-ménopause doivent amener à **réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans**.

RÉSUMÉ

Contexte : La contraception est largement diffusée en France. Pourtant, le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse ne diminue pas au fil des années.

Objectifs : Cette étude a pour but d'étudier les connaissances, les moyens d'informations des jeunes sur la contraception et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Méthode : les connaissances et les représentations ont été recherché à l'aide de questionnaires distribués lors du festival Solidays à Paris en juin 2009 auprès de 260 jeunes de 15 à 25 ans.

Résultats : Un tiers des festivaliers interrogés ne savait pas que seul le préservatif protège des IST. Par ailleurs, les moyens de contraception les plus connus sont de loin la pilule et le préservatif. Pourtant, la moitié de ceux utilisant la contraception orale a tendance à l'oublier régulièrement. Les autres méthodes sont moins connues : l'implant et le dispositif intra-utérin (DIU) par un jeune sur deux, le patch, l'anneau et les spermicides par un tiers d'entre eux.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence un manque de connaissances évident sur les méthodes de protection mais aussi sur l'ensemble des moyens de contraception autres que la pilule et le préservatif. Pour les améliorer, il faudrait développer l'action de l'éducation nationale en réalisant trois séances d'éducation à la sexualité. De plus, lors d'une prescription de contraception, les professionnels de santé devraient favoriser des méthodes dites «longue durée» comme le DIU qui semble être une bonne alternative à la pilule.

Mots clés : contraception, connaissances, jeunes, IST