



Contraception d'urgence : son utilisation par les jeunes

Victoria Gandoulf

► To cite this version:

Victoria Gandoulf. Contraception d'urgence : son utilisation par les jeunes. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01218573

HAL Id: dumas-01218573

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218573>

Submitted on 6 Dec 2016

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.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

CONTRACEPTION D'URGENCE : son utilisation par les jeunes

Présenté et publiquement soutenu devant
l' Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée
(Directrice : Anne DEMEESTER)

Le 20 Avril 2015

Par

GANDOULF Victoria
Née le 19 Octobre 1990

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2014/2015

Membres du jury :

- DESCAMPS Mylène, sage-Femme enseignante à EU3M (directrice de mémoire)
- NINA Cécile, sage femme enseignante à EU3M
- TACIAK Sophie, sage femme

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

CONTRACEPTION D'URGENCE : son utilisation par les jeunes

GANDOULF Victoria

Née le 19/10/1990

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme
Année universitaire 2014-2015**

☐ **Validation session Avril 2015**

- ☐ Mention
- ☐ Félicitations du jury
- ☐ Très bien
- ☒ Bien
- ☐ Assez Bien
- ☐ Passable

☐ **Validation session Septembre 2015**

Visa de l'école


Marie-Pierre BALZING
Directrice Cpt. Formation Initiale
Ecole Universitaire de Maïeutique
Marseille Méditerranée
Campus Santé Nord
Boulevard Pierre Dramard
13344 MARSEILLE CEDEX 15

GLOSSAIRE :

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CGS : Centre de Gynécologie Sociale

CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé

CPEF : Centre de Planification ou d'Education Familiale

ES : Economique et Social

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

L : Littéraire

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

S : Scientifique

SVT : Sciences de la Vie et de la Terre

CONTRACEPTION D'URGENCE :

son utilisation par les jeunes

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Mme Descamps Mylène, sage femme enseignante et directrice de ce mémoire, pour son soutien et ses conseils,

Mr Guibert Nicolas pour son aide concernant les statistiques de ce mémoire,

Les infirmières du lycée Vauvenargues pour leur disponibilité et leur participation aux séances d'éducation pour la santé,

Un grand merci à toutes ces adolescentes qui ont accepté de répondre à mes questions, et sans qui ce mémoire n'aurait pu être réalisé.

Ma cousine, Didi pour ses relectures bienveillantes.

Je tenais également à remercier mes parents, Tom et mon amie Lila Leclercq, pour leur soutien sans faille pendant ces cinq années d'étude.

Table des matières

1.INTRODUCTION.....	7
2.MATERIEL ET METHODE	9
3.RESULTATS.....	12
3.1. Description de la population étudiée	12
3.2. Comportement des jeunes filles en matière de contraception	12
3.3. Connaissance et utilisation de la contraception d'urgence par les jeunes filles ..	14
4.ANALYSE ET DISCUSSION	19
4.1. Description de l'étude.....	19
4.2. Séances d'éducation pour la santé et connaissances des élèves.....	19
4.3. Sexualité des adolescents	22
4.4. Connaissance et utilisation de la contraception d'urgence par les jeunes	26
4.5. Propositions d'améliorations.....	29
5.CONCLUSION	30
6.BIBLIOGRAPHIE.....	31

1. INTRODUCTION

En France, l'âge moyen des premiers rapports sexuels, proche pour les deux sexes, se maintient à 17 ans (1). Les séances d'éducation à la sexualité sont donc primordiales à cet âge et en amont.

La France est l'un des pays le plus prescripteur de pilules oestroprogestatives pourtant le nombre d'IVG* ne décroît pas pour autant, et le taux d'utilisation de la contraception d'urgence a fortement augmenté ces dernières années. En particulier, la région PACA* connaît le plus fort taux de recours à l'IVG des régions de France, le taux d'IVG le plus élevé étant chez les femmes de 20 à 24 ans (2).

L'IVG est réglementé depuis 1975 par la loi Veil, un texte provisoire est voté pour 5 ans. Le vote définitif se fera en 1979.

En 2001, la loi n°2001-588 du 4 Juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception a été votée, l'éducation à la sexualité à l'école est devenue obligatoire (3). « *Une information et une éducation à la sexualité soient dispensées dans les écoles, les collèges, et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âges homogènes. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements ainsi que d'autres intervenants extérieurs. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés* » (4).

L'adolescence est une période de transition entre le monde de l'enfance et le monde des adultes, justifiant l'importance de ces séances d'éducation pour la santé.

Les objectifs de ces séances ciblés par le Ministère de l'Education sont multiples : (5)

- Accompagner le développement sexuel et affectif
- Informer objectivement avec l'apport de connaissances scientifiques, les différentes dimensions de la sexualité
- Générer l'éveil de la sexualité et la rencontre de l'autre
- Développer le respect mutuel
- Favoriser les comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre

Selon le Baromètre Santé 2010, 91 % des jeunes filles de 15 à 19 ans utilisent une contraception, pourtant, l'utilisation de la contraception d'urgence a été multipliée par 4 en dix ans chez cette même tranche d'âge (7).

La contraception d'urgence est une méthode contraceptive d'exception. Elle permet de réduire la possibilité de grossesse non désirée, en cas de rapport sexuel sans contraception ou lorsque le moyen de contraception utilisé risque d'être inefficace : oubli de pilule, oubli ou rupture du préservatif.

Face à cette incohérence, la problématique de ce mémoire se pose : Comment la contraception d'urgence, de nos jours, est-elle utilisée par les jeunes de 15 à 19 ans ? L'étude du sujet est limitée à la commune d'Aix en Provence.

L'objectif principal de ce mémoire est de comprendre les pratiques des jeunes filles de 15 à 19 ans, à propos de la contraception d'urgence.

L'objectif secondaire est d'identifier les pratiques contraceptives des jeunes filles de 15 à 19 ans.

2. MATERIEL ET METHODE

Une étude transversale a été réalisée à Aix en Provence auprès de jeunes filles de 15 à 19 ans scolarisées au lycée général de Vauvenargues ainsi qu'au CAP* esthétique Françoise Morice.

Le lycée Vauvenargues a été choisi pour sa proximité géographique, pour la disponibilité du directeur de l'établissement et de ses infirmières ainsi que pour leur accueil chaleureux. Il en est de même pour le CAP esthétique.

Les garçons ont été volontairement exclus car il s'agit d'une étude sur le comportement d'utilisation de la contraception d'urgence. Le lycée Sacré Coeur, n'ayant pas donné suite aux multiples demandes, l'enquête n'a pu être menée dans un lycée privé. Les élèves absentes lors des interventions ont été exclues de l'étude.

L'enquête a été réalisée grâce à un questionnaire identique et anonyme distribué à toutes les jeunes filles après avoir reçu l'autorisation des directeurs. Les questionnaires ont d'abord été testés auprès d'une cinquantaine de jeunes filles de 15 à 19 ans d'un club sportif d'Aix en Provence. Les questionnaires ont été ensuite distribués à partir d'Avril 2014 jusqu'à fin Juin 2014. Après chacune de nos interventions dans les classes, une séance d'éducation pour la santé a été donnée à l'ensemble de la classe, les garçons inclus. L'intervention portait sur les moyens de contraception disponibles de nos jours, sur la contraception d'urgence et son délai d'action, enfin une démonstration d'une pose d'un dispositif intra utérin et d'un implant a été animée.

- Population retenue dans le lycée Vauvenargues :
 - Classe de seconde : 70 jeunes filles
 - Classe de première S et ES : 26 jeunes filles
 - Classe de terminale ES, L et S : 43 jeunes filles

- Population retenue dans le CAP :
 - CAP esthétique : 27 jeunes filles

Soit un effectif total de 166 élèves.

Certains professeurs, toute matière confondue, ont proposé leurs créneaux horaires pour distribuer les questionnaires et donner une séance d'éducation pour la santé. Environ deux heures par classe y étaient attribuées, les vingt premières minutes les élèves répondaient aux questionnaires, le reste du temps était consacré à la séance d'éducation. Avant la fin, les jeunes étaient encouragés à poser des questions auxquelles des réponses étaient apportées. Les professeurs n'étaient pas présents pendant ces deux heures, pour permettre aux élèves de poser leurs questions sans gêne et sous aucune influence.

Le questionnaire permettait de mettre en évidence plusieurs informations :

- Profil des jeunes filles :
 - Age
 - Classe
 - Section

- Activité sexuelle des jeunes filles :
 - Pratique ou non de rapports sexuels
 - Si oui, le nombre de rapports sexuels (un ou plusieurs)
 - Utilisation du préservatif, fréquence d'utilisation

- Moyen de contraception en cours :
 - Identifier le moyen de contraception utilisé
 - Depuis quand ?
 - Le prescripteur

- Contraception d'urgence :
 - Connaissance de la contraception d'urgence
 - Les éventuelles utilisations de cette pilule, le nombre et ses motifs
 - Connaissance de son délai d'action maximum
 - Connaissance du lieu où on peut se procurer cette pilule

- QUIZ sur la contraception d'urgence

- Description des moyens de contraceptions connus par les jeunes filles

Durant ces séances d'éducation pour la santé, deux infirmières scolaires du lycée Vauvenargues m'accompagnaient; professionnelles, formées, habilitées et habituées à donner une séance d'éducation à la santé. Ma présence a probablement permis d'éviter un éventuel décalage de génération qu'il y aurait pu avoir avec la seule présence des infirmières. De plus, en amont de ces séances, une gynécologue du CGS* de l'hôpital de la Conception, habituée à intervenir auprès des jeunes, m'a orienté et guidé pour intervenir le plus efficacement possible auprès de ces jeunes adolescents.

Le but recherché lors de ces séances était avant tout une communication ouverte avec ces jeunes, un libre échange naturel dénué de contraintes.

Les séances abordaient les thèmes suivants :

- Les différents moyens de contraception disponibles de nos jours, chaque élève prenait la parole pour en citer un. Chaque contraceptif cité était analysé : son taux d'efficacité, son mode d'utilisation, ses avantages, ses éventuels inconvénients et son prix.
- La démonstration d'une pose d'un implant et d'un dispositif intra utérin à l'aide de matériel.
- La contraception d'urgence : son utilité, ses modalités d'utilisation, son délai d'action, comment et où se la procurer, enfin identification et correction des fausses idées reçues.
- Temps de questions / réponses.

En fin de séance, les élèves pouvaient poser leurs questions anonymement par écrit ou à l'oral. Les réponses étaient ensuite données à l'oral pour l'ensemble de la classe.

Ces deux possibilités ont permis de répondre aux interrogations des élèves, de façon anonyme ou non.

A l'issue de chaque intervention, les données étaient saisies dans un tableau Excel.

3. RESULTATS

3.1. Description de la population étudiée

Au total, 166 jeunes filles de 15 à 19 ans inclus ont été étudiées. La totalité des jeunes filles était en classe de seconde, première, terminale ou en CAP esthétique.

- CAP : 16,3 %
- Lycée : 83,7 %

Tableau 1 : Description de la population étudiée (n=166)

Age :	Pourcentage :	Lycée :	CAP :
15	25,3 %	42	0
16	22,3 %	37	0
17	25,9 %	40	3
18	16,3 %	16	11

3.2. Comportement des jeunes filles en matière de contraception

56,6 % de la population étudiée déclarait avoir déjà eu un ou plusieurs rapport(s) sexuel(s).

Une fille sur deux interrogées n'ayant jamais eu de rapport sexuel avait entre 15 et 16 ans.

Sur l'ensemble des jeunes adolescentes, 32,5 % utilisent une contraception dont 28,3 % d'entre elles sont sous pilule oestroprogestative.

La figure 1 montre le pourcentage des jeunes filles ayant ou non un moyen de contraception, indépendamment de leur activité sexuelle.

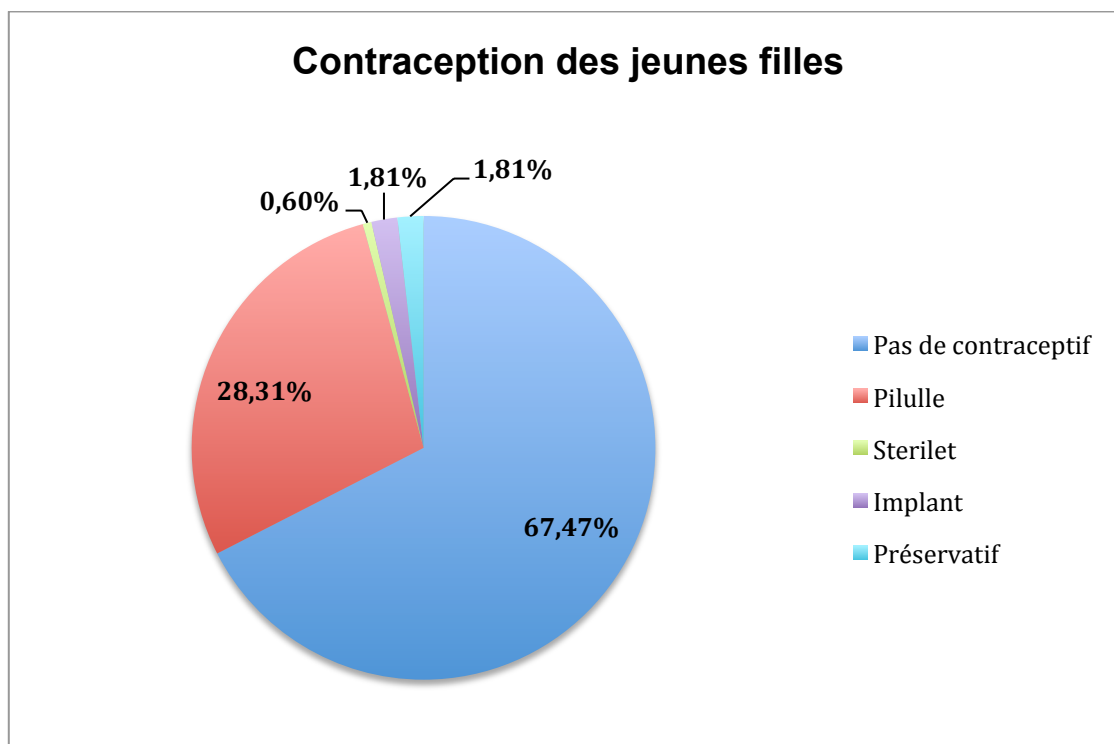


Figure 1: Pourcentage de jeunes filles ayant ou non un moyen de contraception (n=166)

La majorité des jeunes filles n'utilisent pas de moyen de contraception, 67,47 % d'entre elles. Les autres moyens de contraception autre que la pilule représentent une très faible part.

Une analyse a été plus particulièrement menée sur la contraception en cours des adolescentes ayant déjà eu des rapports sexuels : 45,7 % d'entre elles n'ont pas de contraception en cours alors qu'elles ont une activité sexuelle active.

Nous pouvons nous interroger sur le fait que l'ensemble de ces jeunes filles utilise un préservatif à chaque rapport sexuel.

En l'occurrence, la fréquence d'utilisation du préservatif des jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel est de 85,1 %. Cependant, seulement 29,8 % d'entre elles l'utilisent de manière systématique, les autres l'utilisent de façon occasionnelle.

Quatorze jeunes filles ayant une activité sexuelle active sur 80 n'utilisent jamais le préservatif. Il s'agit d'une population à très haut risque. Une analyse a été réalisée concernant ces jeunes filles pour étudier leurs pratiques. 9 sur 14 d'entre elles utilisent une contraception et 11 sur 14 d'elles sont au lycée.

La figure 2 met en évidence les motifs de la non utilisation de préservatif, plusieurs réponses étaient possibles. 9 jeunes filles n'utilisent pas de préservatif car elles ont déjà un autre moyen de contraception (exemple pilule).

Treize des jeunes filles n'utilisent pas de préservatif car elles prétendent ne pas en avoir à chaque fois au moment d'un rapport sexuel.

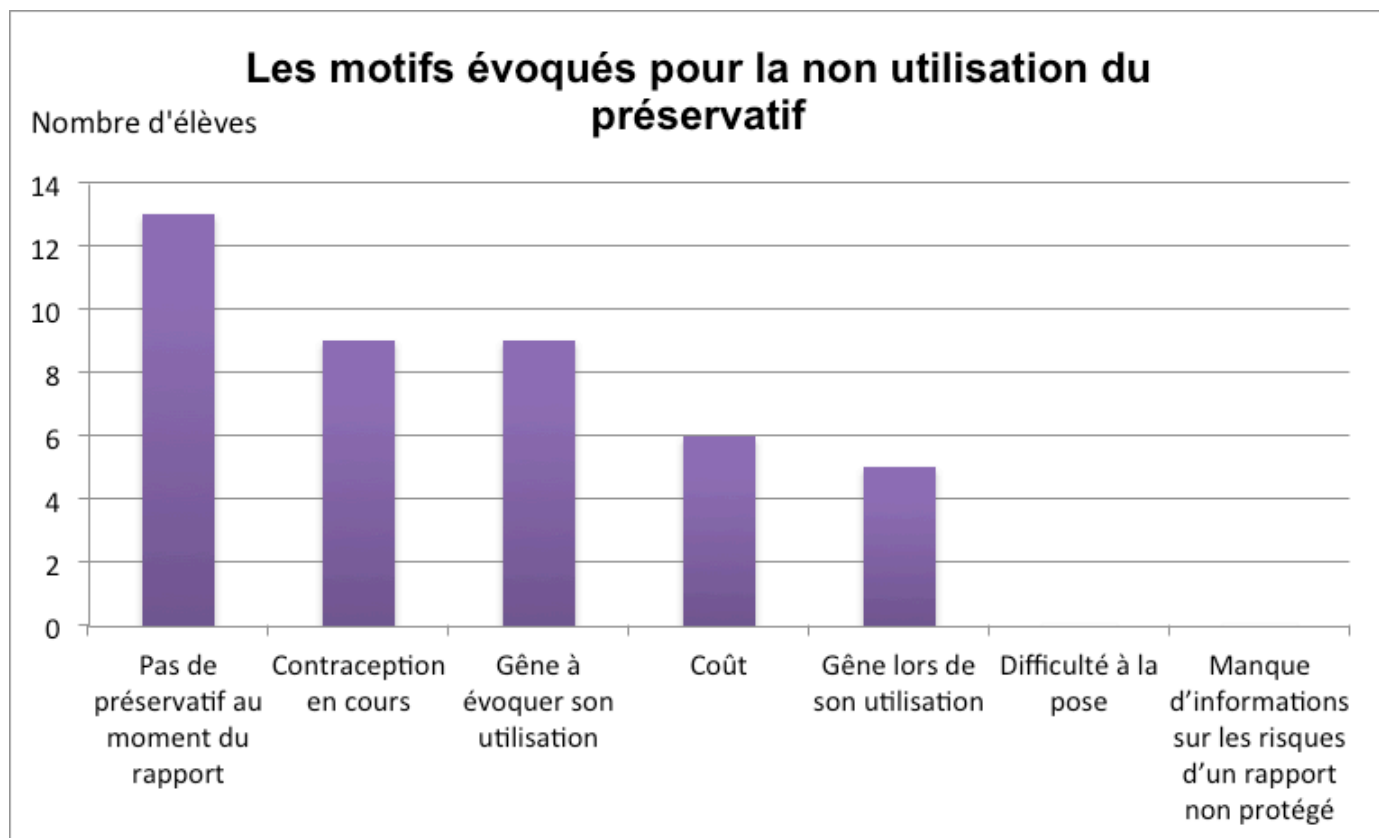


Figure 2 : Les motifs évoqués de la non utilisation du préservatif (n = 14)

3.3. Connaissance et utilisation de la contraception d'urgence par les jeunes filles

Concernant la contraception d'urgence, il y a en général une très bonne connaissance de celle-ci à 96,4 %. Aucune différence de connaissance entre les jeunes filles du CAP et celles du lycée n'a été notée.

Parmi les adolescentes ayant eu un rapport sexuel (n= 94), elles sont 63 jeunes filles soit 67 % à avoir déjà utilisé la contraception d'urgence, et 55,6 % d'entre elles ont une contraception en cours dont 44,4 % sont sous pilule.

La figure 3 montre l'utilisation quantitative de la contraception d'urgence.

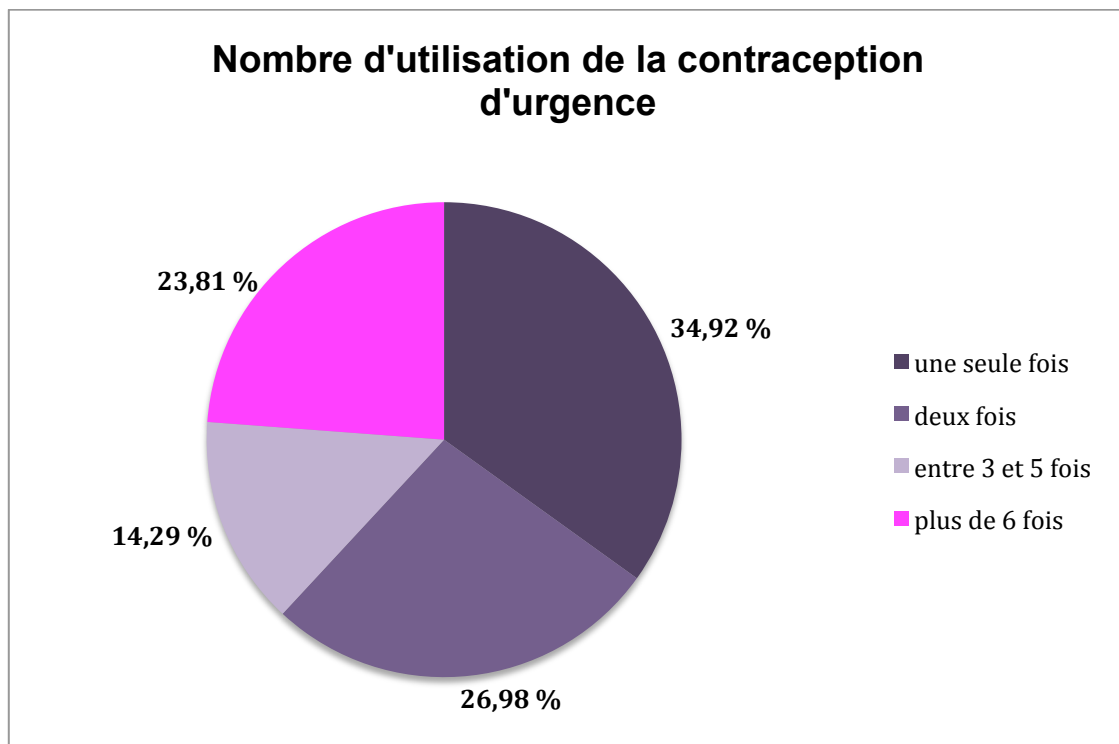


Figure 3 : Utilisation quantitative de la contraception d'urgence par les jeunes filles (n=63)

Au vu des résultats, la contraception d'urgence a été utilisée à bon escient chez 22 jeunes filles, soit 34,92 %. La contraception d'urgence est une contraception de rattrapage pouvant éviter une éventuelle grossesse lors d'un accident, comme un oubli de pilule ou un préservatif qui se déchire.

En revanche, 15 jeunes filles se trouvent dans une situation à très haut risque avec une utilisation excessive de la contraception d'urgence, plus de 6 fois, 8 d'entre elles utilisent une contraception et 10 d'entre elles sont au lycée.

La contraception d'urgence a été utilisée deux fois sur un même cycle chez 18 jeunes filles.

La figure 4 met en évidence les motifs d'utilisation de la contraception d'urgence.

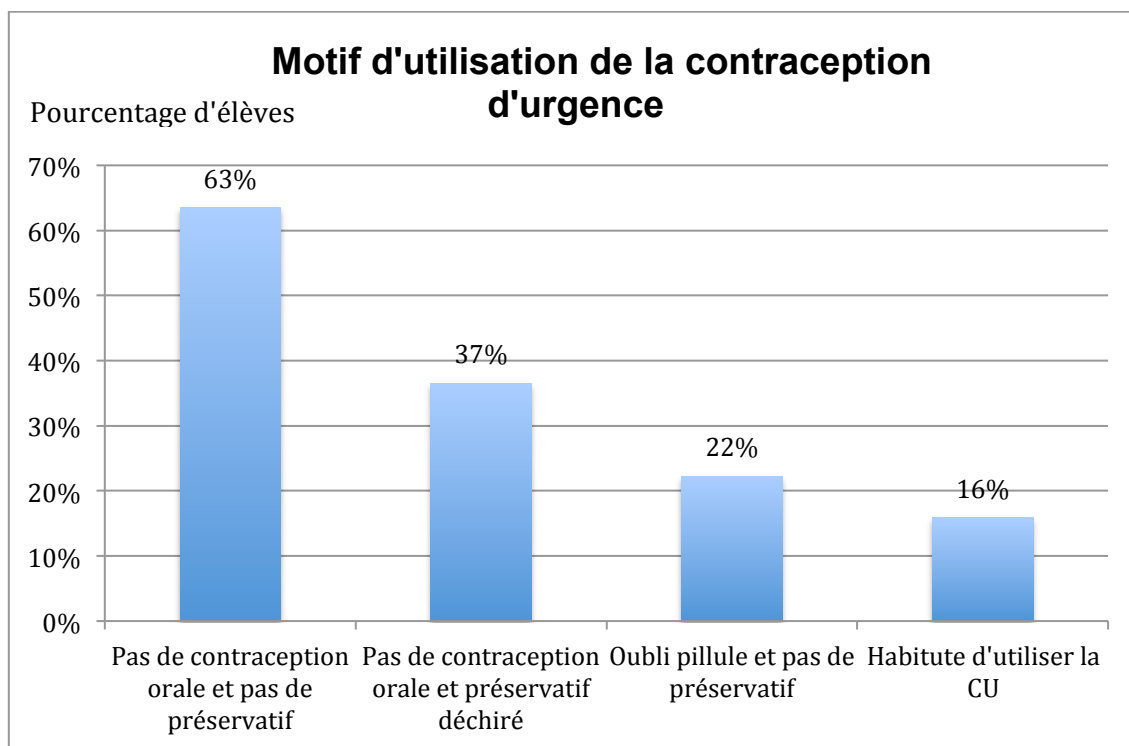


Figure 4 : Motifs d'utilisation de la contraception d'urgence en pourcentage

63 % des jeunes filles ont utilisé la contraception d'urgence car elles n'avaient aucun moyen de contraception et pas d'utilisation de préservatif pendant le rapport sexuel, et 30,0 % d'entre elles l'ont déjà utilisée 2 fois.

De plus, 10 jeunes filles ont pris l'habitude d'utiliser la contraception d'urgence après chaque rapport sexuel, 2 d'entre elles utilisent pourtant une contraception, et 7 d'entre elles sont au lycée.

La figure 5 montre le pourcentage d'élèves ayant la bonne réponse aux différents items concernant la contraception d'urgence.

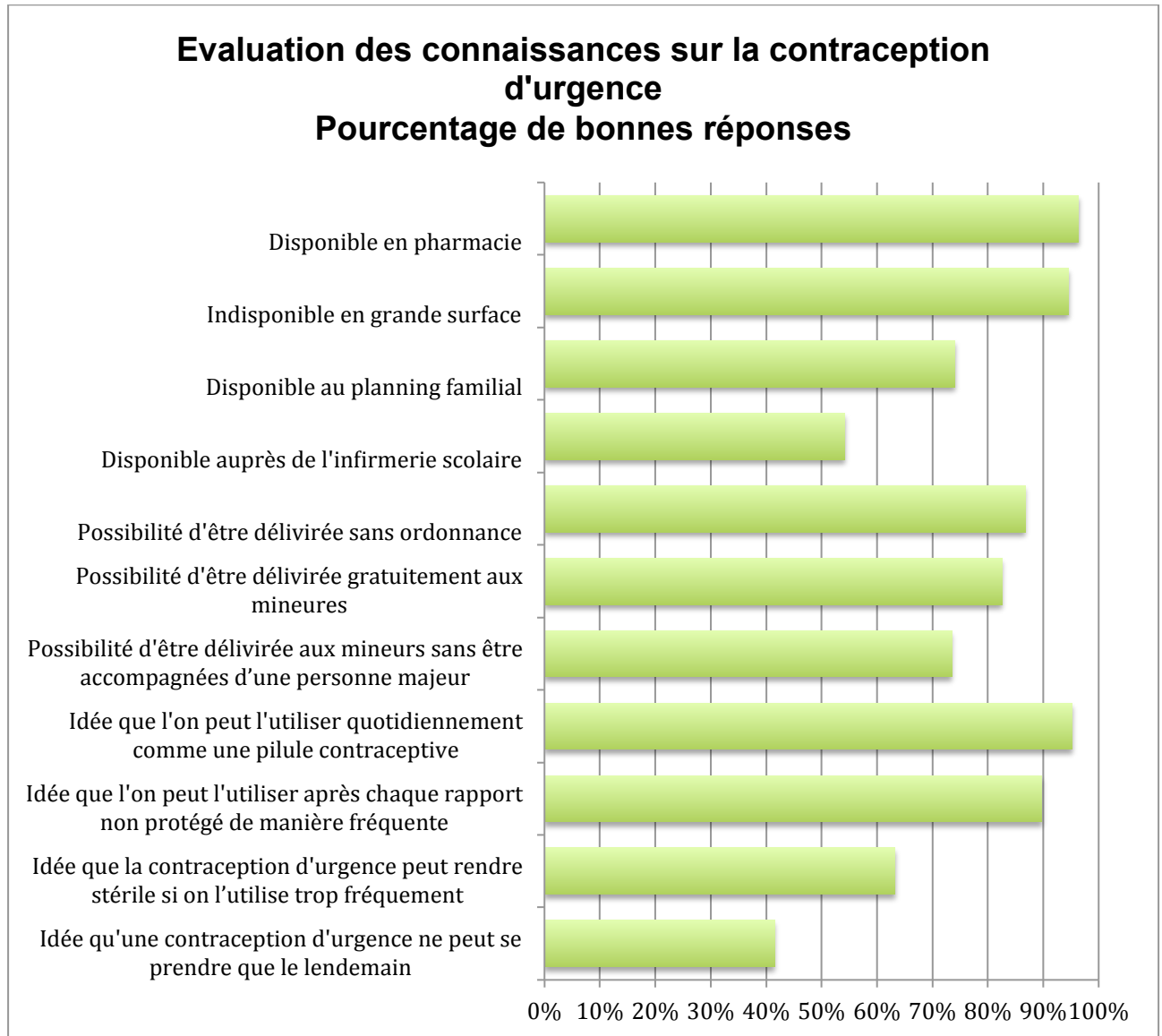


Figure 5 : Pourcentage d'élèves ayant la bonne réponse aux différents items concernant la contraception d'urgence (n=166)

Le délai maximum de la contraception d'urgence est en grande partie erroné, puisque 36,4 % des jeunes filles ont répondu que le délai maximum était au lendemain du rapport sexuel à risque; et seulement 31,5% d'entre elles ont répondu correctement. La dénomination de la pilule du lendemain porte à confusion sur son délai d'efficacité maximum.

De plus, environ une jeune fille sur deux ne sait pas que la contraception d'urgence peut être délivrée par une infirmière scolaire.

La figure 6 met en évidence le pourcentage d'élèves ayant cité les différents moyens de contraception.

Aucune différence n'a été notée entre les élèves du lycée et du CAP.

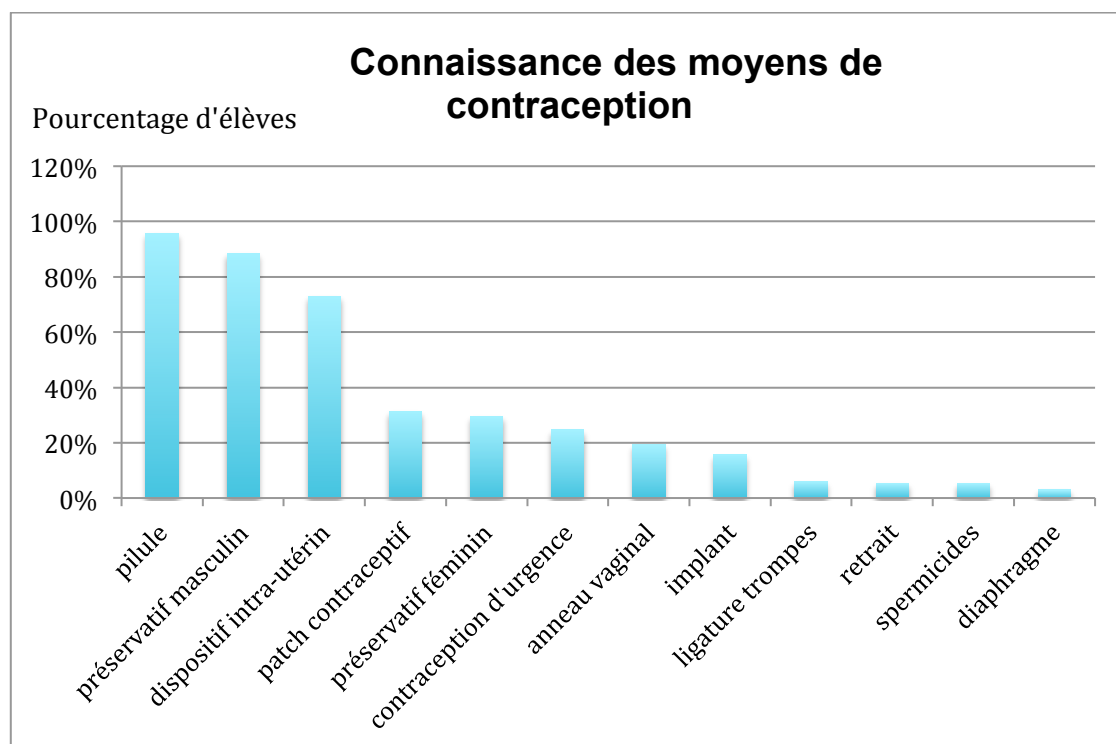


Figure 6 : Pourcentage d'élèves ayant cité les différents moyens de contraception (n=166)

4. ANALYSE ET DISCUSSION

4.1. Description de l'étude

Avant chaque intervention dans les classes, des consignes étaient précisées aux élèves. Les questionnaires étaient anonymes et devaient être remplis individuellement. J'étais présente au moment de la distribution du questionnaire permettant aux jeunes filles de poser des questions si elles avaient besoin de plus d'informations pour pouvoir y répondre.

Il a été remarqué que certaines jeunes filles manquaient d'attention pendant le temps de remplissage des questionnaires. Des incohérences ont d'ailleurs été retrouvées dans quelques réponses.

Des biais de sélection ont été mis en évidence, l'étude a été réalisée dans deux établissements d'Aix en Provence, le lycée Vauvenargues et le CAP esthétique Françoise Morice. D'autres établissements n'ayant pas donné suite à nos demandes ont dû être exclus.

Les tranches d'âges n'étaient pas représentées de façon équitable. Les examens de fin d'année étaient un obstacle pour intervenir dans un maximum de classes de première et terminale. Ainsi, les classes de seconde étaient majoritaires du fait de leur disponibilité, elles représentaient 42,2 % contre 15,7% de classe de première et 25,9 % de terminale.

Le lycée Vauvenargues a été choisi pour l'accueil chaleureux de son du directeur et des infirmières scolaires ainsi que pour sa proximité géographique. Le CAP esthétique a été choisi afin de comparer les connaissances des jeunes filles d'un milieu socio-professionnel différent de celui des lycéennes.

4.2. Séances d'éducation pour la santé et connaissances des élèves

Une étude a été menée auprès d'établissements du second degré de Loire-Atlantique afin de comprendre comment ont été réalisées les séances d'éducation pour la santé au cours de l'année scolaire 2011-2012 (8). Dans cette étude, il en résulte que seul un tiers a été organisé pour les classes de première. Ces séances ont principalement été animées par des professeurs de SVT* ou par le corps enseignant. Cependant, nous pouvons nous interroger sur la facilité que peuvent avoir les adolescents à aborder ce sujet avec les adultes qui ont autorité sur eux. Selon le témoignage d'un élève, il serait préférable d'avoir des intervenants extérieurs à l'établissement, jeunes pour être plus proches d'eux et pour éviter un éventuel décalage générationnel (9).

Les professeurs peuvent aborder les aspects physiologiques et anatomiques de la relation sexuelle mais comment aborder, sans erreur d'interprétation de la part de ses élèves et sans gêne des professeurs, les notions de plaisir, d'amour, de relation physique. La complémentarité des professionnels issus de domaines différents trouve toute sa place dans cette situation. Moins de la moitié des établissements de cette étude fait appel à des intervenants extérieurs tels que des centres de planification et d'éducation familiale.

Le Professeur Florence Bretelle, professeur des universités et praticien hospitalier en gynécologie-obstétrique à l'hôpital Nord de Marseille, a créé un module sur la contraception pour les étudiants en médecine et maïeutique. Le principe étant que « *les étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} année interviennent dans les collèges qui le souhaitent pour informer les classes de 4^{ème} sur les questions de sexualité et de modes de contraceptifs* ». Ce module s'est inspiré du « principe venu d'Angleterre du « peer to peer », des jeunes s'adressant à leurs pairs, connaissant un bon impact ». (12) Dans notre étude, pour la réalisation des séances d'éducation, il a été utilisé cette méthode de formation peer to peer, la mutualisation d'intervenants pluridisciplinaire et les professeurs étaient absents lors du temps d'échange avec les jeunes. Les meilleures conditions de favorisation des échanges ont donc été mises en place. Les questions ont pu d'ailleurs être très libres et sans aucune gêne: « *Comment donner un réel plaisir à sa copine, je n'y arrive pas ?* », « *Pourquoi les hommes ont ils une érection le matin ?* »

De plus, aucun lycée général de cette étude n'a organisé de séance sur ce thème auprès des classes de terminale, ce qui s'explique par le manque de temps disponible lors de cette année consacrée à la préparation du baccalauréat. Ces résultats se retrouvent dans notre étude puisque les jeunes filles en terminale étaient sous représentées (43 jeunes filles sur 166).

Au travers de cette étude, il a été mis en évidence que les établissements scolaires ne respectaient pas la législation en vigueur en ne mettant pas en place trois séances par an et par niveau d'éducation à la vie affective et sexuelle (8).

Ce non respect des trois séances annuelles obligatoires dans les écoles, collèges et lycées est constaté dans d'autres études (9, 10, 11).

La circulaire n°2003-027 de février 2003, stipule et précise que la mise en place de trois séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées.

Nous pouvons nous demander s'il n'y a pas un manque d'intervention en milieu scolaire dans la région PACA, dans cette région où le taux d'IVG reste le plus élevé de France (2).

Les deux établissements interrogés n'ont pas pratiqués les trois séances obligatoires d'éducation pour la santé, selon eux par manque de temps. Les séances devraient être impérativement assurées en classe de seconde et première, étant donné que le programme de terminale est très chargé avec la préparation du baccalauréat.

L'accès à la contraception est relativement facile, avec notamment la mise en place du PASS* santé dans la région PACA dès 2013. Il s'agit d'un chéquier comprenant neuf coupons permettant des prestations de prévention et l'accès à la contraception (préservatif, pilule ...), à des consultations gynécologiques, des analyses biologiques. Sans pour autant se servir de la carte vitale, ce dispositif permet aux jeunes, qui le souhaitent, un accès anonyme à la contraception. La demande de ce chéquier se fait par téléprocédure sur le site generation.regionpaca.fr. Dans les dix premiers mois suivant le lancement ce Pass, 3 000 chèquiers ont été commandés majoritairement par des étudiants (45 %) et des lycéens (25 %). Lors de mes interventions dans les classes, j'évoquais l'existence de ce Pass santé dans la région PACA, cependant seul un petit nombre d'élève était au courant de son existence.

Il existe également les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)*, *« pratiquant des consultations de contraception ainsi que des actions de prévention, ils peuvent également délivrer gratuitement et anonymement des moyens de contraception aux jeunes filles souhaitant rester anonyme mais aussi aux femmes ne bénéficiant pas d'assurance maladie »* (13). A Aix en Provence trois centres sont mis à disposition, l'un des trois est situé au sein de l'Hôpital d'Aix en Provence, le deuxième est dans l'enceinte de la Faculté de lettres et le dernier se trouve dans un bureau d'information jeunesse.

Cependant, notre étude montre que seulement deux jeunes filles se sont tournées vers ces centres pour pouvoir bénéficier d'une contraception. Ces centres offrent un accès remarquable aux jeunes mais ils ne sont pas assez exploités. Ils sont donc peut être trop peu connus, il serait intéressant de développer des campagnes d'informations de ces centres auprès des jeunes.

De plus, les élèves peuvent bénéficier d'autres sources d'informations en dehors des séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. La famille est bien évidemment une source assez utilisée par certains jeunes, mais aussi la publicité, internet, les magazines et l'entourage amical. Internet, est une source où on peut trouver de tout, du vrai comme du complètement faux. Il peut paraître difficile pour les jeunes de faire le tri entre les sites officiels avec des informations valides et les autres.

C'est pourquoi il existe un portail d'adresses utiles pour les adolescents, pour qu'ils puissent avoir des réponses sur des sites fiables (14). Lors de la séance d'éducation, les jeunes en ont été informés mais très peu d'élèves étaient au courant de ce portail d'adresses disponibles sur internet. Il serait donc aussi important de faire des campagnes d'informations sur ces dispositifs.

Le rôle des parents mais également le rôle des professeurs restent importants dans l'éducation à la sexualité des jeunes.

Finalement, la facilité d'accès à la contraception d'urgence n'est-elle pas la conséquence de son utilisation abusive ?

4.3. Sexualité des adolescents

Il existe de multiples définitions de l'adolescence. Toutes, cependant, retiennent la spécificité de cette période unique de la vie comme sa caractéristique dominante. L'adolescence est, en effet, une période de transition au cours de laquelle un sujet n'est plus tout à fait un enfant, mais pas encore l'adulte qu'il s'apprête à devenir.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS*) parle d'individus âgés de 10 à 19 ans. L'adolescence, qui commence avec le début de la puberté, est dominée par les transformations physiques et physiologiques, surtout sexuelles; cette période est également caractérisée par des prises de risques et un manque d'appréciation des conséquences possibles.

Théoriquement, les parents sont au premier plan et jouent le rôle des premiers acteurs dans l'éducation à la sexualité, mais, en pratique, ce n'est pas toujours aussi aisé.

« Pour l'adolescent, ses parents ne sont peut-être pas les interlocuteurs privilégiés pour parler de sexualité. La recherche de son identité entraîne un travail de séparation de ses parents. La difficulté d'établir un dialogue se comprend facilement. En matière de sexualité, l'enfant a envie qu'on lui parle de relation avec l'autre et donc aussi de la notion de plaisir et pas seulement de danger, de risques, de protection, sujets derrières lesquels, bien souvent, se cachent les parents. Un deuxième acteur, extérieur à la famille peut alors entrer en jeu. » (15)

L'école doit prendre sa part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : les séances d'éducation à la santé obligatoires dans les écoles, collèges et lycées à raison de trois séances par an. Comme nous l'avons vu précédemment, ces séances ne sont pas toujours dispensées.

En France, l'âge moyen des premiers rapports sexuels, proche pour les deux sexes, se maintient à 17 ans (1). Dans notre étude, une fille sur deux à 15 ans avait déjà eu un rapport sexuel. Il est donc probable que l'âge moyen du premier rapport sexuel soit de plus en plus précoce.

Concernant la protection contraceptive des jeunes filles interrogées dans l'étude, 32,5 % des jeunes filles (soit n = 54) utilisent une contraception dont 28,3 % sous pilule oestroprogestative.

En ce qui concerne les jeunes filles avec une activité sexuelle active, 45,7 % n'ont pas de contraception en cours. De plus, seulement 29,8 % d'elles utilisent un préservatif de manière systématique. Il est fort probable que certaines jeunes filles pratiquent une activité sexuelle à risque, c'est à dire sans aucun moyen de contraception.

Quinze et demi pourcent des jeunes filles prétextent ne pas utiliser de préservatif puisqu'elles utilisent une contraception. Le préservatif, étant le seul moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles, comment les jeunes filles de nos jours se protègent elles contre ces infections ? Cette génération se sent elle moins concernée par les maladies sexuellement transmissibles ?

Le dernier rapport de l'OMS sur le sida met en évidence une ignorance alarmante des jeunes. Lorsqu'ils commencent à avoir des rapports sexuels, la plupart ignorent comment se protéger (24). Ce sentiment d'ignorance ne s'est pas fait ressentir pendant mes interventions dans les classes.

Par ailleurs, les craintes des effets secondaires de la pilule mis en avant par les médias et sa mauvaise observance pourraient expliquer les échecs de cette contraception chez les jeunes filles. Il est important d'orienter les jeunes filles vers d'autres méthodes contraceptives peut être plus adaptées pour elles.

En effet, fin 2012, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM*) et la Haute Autorité de Santé ont édité différents documents expliquant les risques de thrombose veineuse liés à l'utilisation des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Le suivi par l'ANSM de l'évolution des ventes en pharmacie des contraceptifs montre que la mise en garde a eu un impact direct : en 2013, les ventes de pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ont diminué de 45 % par rapport à 2012 tandis que les ventes de pilules de 1^{ème} et 2^{ème} génération ont augmenté de 30 %. Un report sur d'autres moyens de contraception tels que les implants et dispositifs intra-utérins a été remarqué dont la vente a augmenté de 28 % en 2013 (16).

L'efficacité de la contraception orale est largement liée à une observance régulière, voire rigoureuse pour les pilules microdosées. De nombreuses études portant sur des traitements au long cours mettent en évidence des difficultés d'observance avec le temps.

L'implant est très peu utilisé, dans notre étude seulement 3 jeunes filles en avaient un. Pourtant, il s'agit d'un contraceptif très efficace, avec un indice de Pearl à 0,05 %, il reste discret sur la face interne du bras, et peut être laissé en place trois ans, ce qui supprime les problèmes

d'oubli d'un comprimé. Il est remboursé à 65 % par la sécurité sociale.

Des campagnes de communication devraient être faites plus souvent sur ce moyen de contraception.

Les praticiens rencontrés lors de mes stages et interrogés à ce sujet étaient un peu réticent du fait de sa difficulté de retrait. Pourtant, depuis l'apparition de l'implant Nexplanon en 2010, il est impossible de le placer trop en profondeur avec un nouveau système d'insertion.

L'implant ne peut donc plus se trouver trop en profondeur, l'ablation de celui-ci n'est plus difficile. Les professionnels devraient être rassurés et formés à la pose et l'ablation de l'implant pour pouvoir le proposer plus souvent.

La dernière question du questionnaire était une question ouverte, les jeunes filles devaient dire quel moyen de contraception elles connaissaient. Seulement 26 jeunes filles ont cités l'implant, ce qui montre bien que ce moyen de contraception pourtant très efficace est peu connu de la société et peu proposé par les professionnels de santé.

Concernant le dispositif intra utérin, une meilleure connaissance de ce moyen de contraception a pu être mise en évidence, 121 jeunes filles ont marqué le stérilet en revanche seulement une d'entre elles en disposait d'un. Le dispositif intra utérin, tout comme l'implant, sont des méthodes contraceptives installées pour plusieurs années, apportant une sécurité contraceptive plus importante puisque non dépendante du facteur comportemental humain. (16)

Le baromètre santé de 2005 de l'INPES montre un schéma contraceptif typique français selon l'âge :

- le préservatif en début de vie sexuelle
- la pilule dès qu'une relation de couple s'installe
- le stérilet pour les femmes déjà mères.

Ce qui expliquerait pourquoi les jeunes filles ont une bonne connaissance du stérilet, puisque probablement leurs mères utilisent cette méthode contraceptive (17).

L'enquête Fécond de 2010, montre que 68 % des gynécologues interrogés et 84 % des généralistes considèrent que le stérilet n'est pas approprié chez la nullipare (18). Ceci va à l'encontre des recommandations de la HAS* de 2004.

La peur des effets secondaires et le caractère prolongé parfois compris comme difficilement réversible (ce qui n'est pas le cas) sont sans doute des obstacles importants. Il est nécessaire de mieux communiquer afin que les femmes puissent faire un choix informé de la contraception qui leur convient le mieux.

« Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2004, s'appuient sur une revue de la littérature scientifique, qui a conclu à l'absence de risque d'infertilité lié à l'utilisation de stérilet et à un risque d'infection pelvienne uniquement en cas d'infection active au moment de la pose, celle-ci pouvant être prévenue par un traitement antibiotique. Sur la base de ces résultats, la prescription de stérilet est recommandée pour toutes les femmes, qu'elles aient ou non des enfants. » (16)

L'efficacité du stérilet est supérieure aux méthodes nécessitant une vigilance quotidienne, causes d'échecs fréquents. L'indice de Pearl d'un dispositif intra utérin à la progestérone est de 0,1 % et de 0,6 % pour celui au cuivre, contre 0,5 % à 1,3 % selon le type de pilule avec une observance parfaite.

Depuis la loi HPST* du 21 juillet 2009, la sage femme peut pratiquer des consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention sous réserve que celle ci adresse la patiente à un médecin en cas de situation pathologique.

La sage femme, habilitée à prescrire un moyen de contraception, disponible et très à l'écoute joue un rôle extrêmement important dans la prescription de contraception chez les jeunes adolescentes. En effet, *« les adolescentes lors de leur première consultation gynécologique attendent beaucoup plus qu'une simple prescription de contraception et la réussite de cette première rencontre peut influencer leur comportement à l'égard de la prévention et de l'acceptation d'un suivi gynécologique ultérieur (Porret, 2005) »*. Les recommandations de l'HAS 2004 stipulent que le soignant doit être à l'écoute des femmes qui consultent et doit prendre en compte que la décision n'est pas homogène d'une femme à l'autre. Le choix doit être respecté quel que soit l'âge de la patiente.

De plus, le fait que les compétences des sages femmes soient récentes peut faire évoquer que les sages femmes déjà en exercice ont du toutes se former. Les informations sont donc réactualisées et valides (pose d'implant, pose d'un dispositif intra utérin chez les nullipares, contraception oestroprogestative...).

Les consultations pour une prescription de contraception se basent sur deux types d'approches complémentaires, le counseling et la démarche éducative.

Le counseling est une démarche de conseil et d'accompagnement pour favoriser l'expression du choix de la patiente. La démarche éducative est centrée sur la personne visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge.

Le counseling est un style coopératif dans lequel la femme guidée par un professionnel, prend ses propres décisions (OMS, 1987).

Les principes du counseling sont multiples :

- Bien traiter les patientes
- Instaurer un lien de confiance dès le début de la consultation
- Interactions avec elles
- Donner des informations appropriées, personnalisées
- Aider la patiente à se rappeler des instructions
- Etre disponible et à l'écoute si besoin

La méthode BERCER de l'OMS propose un déroulement de la consultation en 6 étapes :

- B comme Bienvenue : Il s'agit de se présenter, d'expliquer le déroulement de la consultation et d'assurer la confidentialité.
- E comme Entretien : Il faut recueillir les informations médicales, sociales, et culturelles grâce à une écoute active de la part du soignant.
- R comme Renseignements : Informer de manière claire, précise et personnalisée des moyens de contraception. Insister sur le mode d'emploi, les bénéfices, les risques, les contre indications ...
- C comme Choix : Aider la patiente à faire un choix mais la décision finale appartient à la consultante seule.
- E comme Explications : Expliquer les modalités d'utilisation de la méthode choisie, et parler du recours à la contraception d'urgence si besoin.
- R comme Retour : Planifier un rendez vous pour une consultation de suivi à 3 mois afin d'évaluer la méthode choisie et de vérifier que celle ci est adaptée à la femme.

4.4. Connaissance et utilisation de la contraception d'urgence par les jeunes

La contraception d'urgence est utilisée pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport sexuel non ou mal protégé. La pratique d'une contraception d'urgence s'est développée dans les années 80, de nos jours quelques améliorations ont été faites.

En avril 1999, le levonorgestrel, qui est un progestatif, obtient l'AMM* dans l'indication de contraception d'urgence sous le nom de Norvelo. Dès le mois de mai 1999, il est autorisé à la vente sans prescription médicale.

C'est la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence (19) qui va inscrire dans le code de la santé publique ces différentes mesures :

- contraception d'urgence délivrée sans ordonnance en pharmacie
- pour les mineures « désirant garder le secret », sans consentement des parents
- délivrance gratuite pour les mineures dans les pharmacies
- délivrance par les infirmières scolaires en cas d'urgence et de détresse

L'arrêté du 8 Août 2001 (19) inscrit le Norlevo sur la liste des médicaments remboursables sur prescription par l'assurance maladie au taux de 65%.

Administré sous forme d'un comprimé en prise unique, son mécanisme est pluriel et va dépendre du moment du cycle où il est administré. Il agit en bloquant ou retardant l'ovulation, mais aussi en modifiant la glaire cervicale ce qui perturbe la migration des spermatozoïdes. Il pourrait aussi empêcher l'implantation de l'oeuf fécondé dans l'utérus.

Son délai d'action est estimée à 95 % dans les 24h suivant le rapport, à 85 % entre 24h - 48h, et à 58 % entre 49h et 72 h. Selon l'AMM, le levonorgestrel doit être utilisé dans les 72 premières heures. (21)

Un second produit Ellaone à base d'ulipristal, a été commercialisé en France à partir d'Octobre 2009. Il ne peut être utilisé que sur prescription médicale. L'AMM d' Ellaone précise une efficacité jusqu'à 5 jours.

L'enquête de l'INPES en 2007 « Les Français et la contraception » (22) montrait que la contraception d'urgence était connue de la majorité des personnes mais seulement 5% d'entre elles en connaissaient précisément son délai d'action. Dans notre étude, le délai d'action de la contraception d'urgence était connu chez 31, 5 % des jeunes filles, cela reste encore trop faible.

L'ensemble des jeunes filles interrogées ont en général une bonne connaissance sur la contraception d'urgence. Néanmoins, quelques lacunes ont été relevées, 58,4 % d'entre elles pensent que la contraception d'urgence peut se prendre uniquement le lendemain d'un rapport non protégé. Le terme de contraception d'urgence a été volontairement utilisé tout le long du questionnaire et des séances, pour éviter d'éventuelles confusions en utilisant le terme « pilule du lendemain ». En général, au début des interventions, certaines jeunes filles demandaient si la contraception d'urgence était bien la même chose que la pilule du lendemain, ce qui montre bien qu'elles connaissaient en général plutôt le terme de pilule du lendemain.

Ce terme renvoie à une contraception qui devrait se prendre uniquement le lendemain d'un rapport sexuel à risque alors que le délai maximum de la contraception d'urgence peut aller jusqu'à 72 heures après un rapport non protégé.

L'enquête sociologique sur la contraception d'urgence en 2009 (23) souligne également une confusion des informations due à l'usage du mot « pilule du lendemain ». Il est stipulé que ce terme fait référence à une norme adulte du rapport sexuel ayant lieu la nuit, d'où une prise de la contraception d'urgence le lendemain.

En revanche, la plupart des jeunes ont des rapports sexuels la journée en l'absence des parents, ils n'ont donc pas forcément à attendre le lendemain pour prendre la contraception d'urgence si besoin. Le délai d'efficacité pourrait donc être minoré si les jeunes filles attendent le lendemain du rapport sexuel à risque.

En mars 2013, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations en faveur d'une meilleure information des hommes et des femmes sur la contraception d'urgence (16).

Dans le dernier Baromètre santé de 2010, le recours à la contraception d'urgence est plus élevé chez les femmes les plus jeunes. Chez les 15-19 ans, le pourcentage d'utilisation de la contraception d'urgence est passé de 12, 2 % en 2000 contre 42,4 % en 2010.

Dans notre étude, 67 % des jeunes filles avaient déjà utilisé la contraception d'urgence, 63 % d'entre elles prétextent l'avoir utilisé à cause d'une non utilisation d'un préservatif au moment du rapport et aucune protection contraceptive en cours, et 30 % d'elles l'ont déjà utilisés deux fois. Nous pouvons nous demander pourquoi autant de jeunes filles avec une activité sexuelle active n'utilisent aucun moyen de contraception ?

De plus, 22 % d'entre elles l'ont utilisés à cause d'un oubli de pilule. Ces résultats montrent bien une mauvaise observance de la pilule car trop de jeunes filles ont tendance à l'oublier.

Il semblerait que la pilule ne soit pas la contraception la plus adaptée pour les jeunes filles car elles s'exposent à un risque de grossesse non désirée à chaque oubli d'un comprimé. Sont-elles moins assidues « grâce à » ou « à cause de » la facilité d'accès de la contraception d'urgence ?

En conclusion, l'utilisation croissante de la contraception d'urgence depuis quelques années peut s'expliquer dans un premier temps par une mauvaise protection contraceptive des jeunes filles avec une activité sexuelle active et ensuite par la mauvaise observance de la pilule.

La contraception d'urgence doit rester un moyen de rattrapage pouvant éviter une éventuelle grossesse lors d'un accident, comme un oubli de pilule ou un préservatif qui se déchire, mais dans aucun cas elle doit devenir un moyen de contraception habituel.

4.5. Propositions d'améliorations

Le taux d'IVG est le plus élevé dans la tranche 20 - 24 ans, donc il y a un problème d'information ou de compréhension en amont de cette tranche d'âge. Il faut absolument maintenir les trois séances obligatoires par an, plus particulièrement au lycée dans les classes de seconde, première et si possible dans les classes de terminale. Il serait intéressant de faire pendant ces séances, des questions - réponses anonymes de la part des élèves, leur permettant de répondre à leurs questions sans avoir de jugement de la part des autres.

La méthode « peer to peer » a montré son efficacité en Angleterre, il serait bien de faire plus souvent intervenir les étudiants sages femmes pour mener des séances d'éducation pour la santé, afin de répondre aux attentes des jeunes.

L'étude a pu mettre en évidence que les jeunes filles étudiées du lycée étaient une population à plus haut risque que celles du CAP :

- 14 jeunes filles n'utilisent jamais de préservatif et 11 d'entre elles sont au lycée
- ensuite 15 jeunes filles ont déjà utilisés la contraception d'urgence plus de 6 fois et 10 d'entre elles sont au lycée
- enfin 10 jeunes filles ont l'habitude d'utiliser la contraception d'urgence et 7 d'entre elles sont au lycée.

Au vu de ces résultats, il serait important de maintenir impérativement les séances d'éducation dans le lycée Vauvenargues en particulier, et de questionner un an après notre étude ces élèves pour savoir si notre intervention a été bénéfique par rapport à leurs pratiques contraceptives.

De plus, compte tenu de la mauvaise observance de la pilule par les jeunes filles, il faudrait orienter les jeunes sur d'autres méthodes contraceptives, et ne pas prescrire systématiquement la pilule en première intention. Cela permettrait sûrement de lutter contre les oublis, et serait plus pratique pour elles.

Il faudrait multiplier les campagnes d'information sur les moyens de contraception efficaces mais peu connus, auprès des jeunes mais aussi des professionnels, comme par exemple l'implant ou le stérilet chez les nullipares. Mais, également faire des campagnes de communication sur les CPEF afin que les jeunes soient au courant de l'existence de ces centres.

Il aurait été aussi constructif de savoir lors du questionnaire pourquoi tant de jeunes filles avec une activité sexuelle active n'avaient pas de contraception en cours. Savoir si c'était un choix de leur part, ou bien si elles n'osaient pas en parler à leurs parents, ou bien si elles n'étaient pas au courant du praticien vers qui se tourner pour avoir une prescription anonyme ... Orienter une nouvelle étude qualitative avec des entretiens pourrait répondre à ces interrogations.

5. CONCLUSION

L'étude réalisée auprès des jeunes filles scolarisées dans deux établissements d'Aix en Provence, a permis de montrer que les élèves avaient en général de bonnes connaissances concernant la contraception hormis le délai maximum d'utilisation de la contraception d'urgence.

Les séances d'éducation annuelles ne sont pas toujours respectées et les intervenants font souvent partis de l'enceinte des établissements, comme les professeurs d'SVT, ou les infirmières scolaires. La méthode « peer to peer » a montré son efficacité, le CODES* devrait donc faire intervenir les étudiants sages-femmes par exemple, qui correspondent aux intervenants attendus par les élèves pour mener ces actions d'éducation pour la santé.

Cette étude révèle également les failles de l'utilisation des méthodes contraceptives, qui bien qu'extrêmement efficaces et diversifiées, sont parfois mal utilisées. Bien que nous ayons un éventail contraceptif étendu et facilement disponible, ceci n'exclut pas le recours important à la contraception d'urgence et à l'IVG.

En effet, l'accès à la contraception reste tout à fait abordable mais au vu des résultats de l'étude de réels progrès peuvent être faits. Ces progrès peuvent débuter par la multiplication des campagnes d'information, de communication ou de prévention par l'INPES sur les moyens de contraception peu utilisés comme le dispositif intra utérin chez les nullipares ou l'implant.

En conclusion, notre étude a pu mettre en évidence que les plus grandes utilisatrices de la contraception d'urgence sont les jeunes filles n'utilisant aucune protection contraceptive. En outre, une mauvaise observance de la pilule a été mise en avant avec également un report sur la contraception d'urgence, qui en principe est une méthode de « secours ». C'est pourquoi l'utilisation de la contraception d'urgence est depuis quelques années en constante augmentation.

La contraception d'urgence reste un moyen de rattrapage formidable et efficace mais son utilisation doit rester exceptionnelle. Afin de limiter son utilisation abusive, il est nécessaire de proposer plus souvent aux jeunes adolescentes des moyens de contraception indépendant du facteur comportemental humain.

6. BIBLIOGRAPHIE

(1) INED, l'âge du premier rapport sexuel :

«http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/naissances_natalite/age_premier_rapport_sexuel/ »

(2) Rapport de la DREES, études et résultats n°843 juin 2013, les interruptions volontaires de grossesse : « www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2011,111149.html »

(3) Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001, article 22, l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception,

« <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&dateTexte=&categorieLien=id> »

(4) Article L312-16 du code de l'éducation modifié par la loi n°2004-806 du 9 Août 2004,

«http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=0EA34D6BA7AACD6DB62B05D4BB57D7ED.tpdjo07v_1cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000006524777&dateTexte=20140306&categorieLien=id#LEGIARTI000006524777»

(5) Circulaire n°2003-027 du 17 Février 2003 sur l'éducation à la sexualité dans les écoles collèges et les lycées. « <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>»

(6) INSEE « Portrait Social de la France, édition 2013

(7) Kervella S. Information contraceptive délivrée en milieu scolaire dans le cadre de l'éducation à la sexualité. *Vocation sage femme* 2013 Oct; 12(104): 24-8

(8) Trichet J. L'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire, des difficultés de mise en oeuvre à surmonter. *Vocation sage-femme* 2014 Sept-Oct; 13 (110): 34-7

(9) Kervella S. Information contraceptive délivrée en milieu scolaire dans le cadre de l'éducation à la sexualité. *Vocation sage-femme* 2013 Oct; 12 (104): 24-8

(10) Picod C. Education à la sexualité au collège et lycée. *Revue de santé scolaire et universitaire* 2013 Mars; 4 (20): 13-6

(11) Verdure F., Rouquette A., Delori M., Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Archives de pédiatrie 2010 Mars; 17 (3): 219-25

(12) Bretelle F. La contraception. Priorités Santé 2011 Sept./Déc; 32 : 5

(13) Assurance maladie. La contraception pour les jeunes filles mineures :
« <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/contraception/la-contraception-pour-les-jeunes-filles-mineures.php> »

(14) Alvin P., Buceta A., Dailland F. Santé, sexualité et Internet. Un portail d'adresses utiles pour les adolescents. Archives de pédiatrie 2003 fév; 17 (3) : 185-7

(15) Will S. La contraception d'urgence dans la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence, mémoire sage femme Juin 2005

(16) CRIPS Données sur la contraception, la contraception d'urgence et l'VG en France.
« <http://paca.lecrisps.net/spip.php?article249> », Mai 2014.

(17) INPES. Gall B., Jouannic E. Les français et la contraception 2007 Mars.
« http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf »

(18) Bajos N., Bohet A., Le guen M., Moreau C., équipe de l'enquête fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?. Population & Sociétés, 2012, n°492, 4p.

(19) Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. Journal officiel de la République française, 2000, n°289, p.19830.

(20) Arrêté du 8 Août 2001 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. Journal officiel de la République française, 2001, n°190, pp. 13304-13305.

(21) <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>

(22) Institut national de prévention et d'éducation à la santé. « Contraception : que savent les Français ? ». Saint-Denis : INPES, 2007, 10p.

(23) Amsellem - Mainguy Y. Recours et résistance à l'utilisation de la contraception d'urgence. La santé de l'homme, 2009, n°399, pp. 8-10.

(24) Powell C. Organisation Mondiale de la Santé, le dernier rapport sur le VIH/Sida met en évidence une ignorance alarmante chez les jeunes.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release56/fr/>

RESUME

Introduction : L'adolescence, période d'incertitude qui accompagne la transition entre le monde de l'enfance et celui des adultes, justifie la réalisation de séances d'éducation pour la santé. En effet, la loi du 4 Juillet 2001 prévoit « trois séances annuelles d'éducation pour la santé et par groupes d'âges homogènes ».

Parallèlement, la France, est l'un des pays d'Europe le plus prescripteur de pilule oestroprogestative. Pourtant, le taux d'utilisation de la contraception d'urgence chez les 15 -19 ans a été multiplié par 4 en dix ans. L'objectif principal de ce mémoire est donc de cerner le comportement des jeunes de 15 à 19 ans, à propos de la contraception d'urgence.

Matériel et méthode : Etude transversale réalisée à Aix-en-Provence auprès de jeunes filles de 15 à 19 ans scolarisées au lycée Vauvenargues et au CAP esthétique Françoise Morice.

Résultats : Cette étude montre que certaines jeunes filles avaient une activité sexuelle à risque de grossesse non désirée mais aussi de maladies sexuellement transmissibles par la non utilisation d'un moyen de contraception (y compris le préservatif). De plus, une mauvaise observance de la pilule a été mise en avant avec une utilisation fréquente et croissante de la contraception d'urgence. En général, les jeunes filles ont de bonnes connaissances en matière de contraception, à l'exception du délai maximal d'utilisation de la contraception d'urgence.

Analyse : Les élèves souhaitent des intervenants plus proches d'eux pour les séances d'éducation à la santé. Il est primordial de s'assurer du maintien de ces séances au cours de l'adolescence. En outre, l'accès à la contraception reste tout à fait abordable mais au vu des résultats de l'étude de réels progrès peuvent être faits. Ces progrès peuvent débuter par la multiplication des campagnes de communication sur les moyens de contraception peu utilisés comme le dispositif intra utérin chez les nullipares ou l'implant. De plus, il serait intéressant de pouvoir identifier les habitudes de prescription des professionnels lors de consultations pour une contraception chez les adolescentes.

Conclusion : La contraception d'urgence reste un moyen de rattrapage formidable et efficace mais son utilisation doit rester exceptionnelle. Afin de limiter son utilisation abusive, il est indispensable de proposer plus souvent aux jeunes adolescentes des moyens de contraception indépendants du facteur comportemental humain.

Mots clés : Contraception, contraception d'urgence, adolescence.

ABSTRACT

Introduction : Adolescence is a period of uncertainty, the transition between the world of childhood and that of adults, justifies the réalisation of health education sessions. The law of July 4th, 2001 plans for "three annual sessions for health education, in homogeneous age groups". France, is one of the countries in Europe that prescribes a high percentage of the oestrogen-progesterone pill. Nevertheless, the rate of use of the emergency contraception for the 15 to 19 age group has increased fourfold in ten years. The main objective of this report is to identify the behavior of the young girls from 15 to 19 years old, regarding the emergency contraception.

Tools and methods : The Study is of young girls in Aix-en-Provence, aged between 15 and 19 years old. In full time education at the high school Vauvenargues and at the CAP School of beauty therapy Françoise Morice.

Results : This study shows that certain girls took risks with their sexual activity, the risk of unwanted pregnancy but also of sexually transmitted diseases by not using a means of contraception (including the condom). Furthermore, irregular use of the pill was observed with a frequent and increasing use of the emergency contraception. Generally, the girls had a good knowledge regarding contraception methods, with the exception of the maximal deadline for the use of the emergency contraception.

Analysis : The pupils would prefer health professionals more in tune with them for the health educational sessions. It is essential to make sure that these sessions during the adolescence are maintained. Even though the access to contraception remains affordable and easily available, in view of the results of the study progress can be made with more advertising campaigns for alternative contraception means such as the intra uterine for nullipares or implant. Furthermore, it would be interesting to be able to identify the habits of the health professionals during consultations for contraception for teenagers and their prescriptions.

Conclusion : The emergency contraception remains an effective means to prevent unwanted pregnancies, but its use has to remain exceptional. To limit its excessive use, it is essential to make more available for the young teenagers a means of contraception and more knowledge though sexual education.

Keywords : Contraception, emergency contraception, adolescence