



HAL
open science

Étude descriptive des connaissances des lycéens puydomois sur la pilule de contraception d'urgence en 2014

Fanchon Rivoire

► **To cite this version:**

Fanchon Rivoire. Étude descriptive des connaissances des lycéens puydomois sur la pilule de contraception d'urgence en 2014. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01338897

HAL Id: dumas-01338897

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01338897>

Submitted on 29 Jun 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DES CONNAISSANCES
DES LYCÉENS PUYDOMOIS SUR LA PILULE
DE CONTRACEPTION D'URGENCE EN 2014**

MEMOIRE PRESENTÉ ET SOUTENU PAR

Fanchon RIVOIRE

Née le 11 03 1991

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2015



**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DES CONNAISSANCES
DES LYCÉENS PUYDOMOIS SUR LA PILULE
DE CONTRACEPTION D'URGENCE EN 2014**

MEMOIRE PRESENTÉ ET SOUTENU PAR

Fanchon RIVOIRE

Née le 11 03 1991

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2015



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

REMERCIEMENTS

Je remercie, pour m'avoir soutenue dans la réalisation de ce mémoire :

Madame Johanne DEININGER, directrice de mémoire, ainsi que Madame Annick VIALON, co-directrice, pour leurs conseils et leur soutien.

Les directions des établissements scolaires qui ont accepté de participer, ainsi que les élèves, les professeurs, et les conseillers principaux d'éducation pour le temps qu'ils ont accordé à mon projet.

Les infirmiers scolaires, pour s'être impliqués dans cette étude et leur soutien dans mes démarches :

- Stéphanie SAVANNIER
- Véronique FAVIER
- Mickael MONTEL
- Christiane SYRMEN
- Monique BONAFOUS
- Lydie CUBIZOLLES

Ma famille, Hélène et Julien pour leur aide et leurs encouragements impérissables.

GLOSSAIRE

- A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- A.N.R.S. : Agence Nationale de Recherches sur le S.I.D.A. et les hépatites virales
- A.S.S.P. : Accompagnement, Soins et Services à la Personne
- C.S.F. : Contexte et Sexualité en France
- D.I.U. : Dispositif Intra-Utérin
- H.A.S. : Haute Autorité de Santé
- H.B.S.C. : Health Behaviour in School-Aged Children
- H.P.V. : Human Papillomavirus
- H.S.V. : Herpes Simplex Virus
- I.N.E.D. : Institut National des Etudes Démographiques
- I.N.P.E.S. : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- I.S.T. : Infections Sexuellement Transmissibles
- I.T.G. : Interruption Thérapeutique de Grossesse
- I.V.G. : Interruption Volontaire de Grossesse
- L.H. : Luteinising Hormone
- N.H.S. : National Health Service
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
- P.C.U. : Pilule de Contraception d'Urgence
- P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile
- P.P.T.T.C. : Prix Public Toutes Taxes Comprises
- R.C.O.G. : Royal College of Obstetricians and Gynecologists
- S.I.D.A. : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- V.I.H. : Virus d'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	2
<u>REVUE DE LA LITTERATURE</u>	5
I/ Etat des lieux de la contraception, de la contraception d'urgence et de la sexualité en France.....	6
II/ Historique et législation	17
III/ P.C.U. et conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés	25
<u>MATERIELS ET METHODE</u>	34
I/ Objectifs et type de l'étude.....	35
II/ Matériel.....	35
III/ Méthodes.....	37
IV/ Analyse statistique.....	40
<u>RESULTATS</u>	41
I/ Population étudiée	42
II/ Connaissances des élèves sur la P.C.U.	46
III/ Marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception selon les lycéens	63
IV/ Sources d'information des élèves.....	68
<u>DISCUSSION</u>	74
I/ Limites de l'étude	75
II/ Discussion des objectifs et de leur réalisation.....	76
III/ Discussion des résultats	78
IV/ Projet d'action.....	90
<u>CONCLUSION</u>	92

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Introduction

La contraception d'urgence désigne les méthodes de « rattrapage » utilisées après un rapport sexuel non ou mal protégé pour éviter une grossesse non prévue. [1] Les deux types de contraception d'urgence efficaces accessibles sont, d'une part, les pilules de contraception d'urgence (P.C.U.), et d'autre part, le dispositif intra-utérin (D.I.U.) au cuivre.

La contraception d'urgence est un réel enjeu de santé publique. En effet, en France, une grossesse sur trois est inopinée, et aboutit à une interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) une fois sur deux. [2,1]. En ce qui concerne les adolescents, les taux d'I.V.G. semblent augmenter ces dernières années.[3,4] La prévention des grossesses adolescentes non désirées pose des enjeux importants en termes de risques obstétricaux, mais aussi sociaux et psychologiques. Les échecs de contraception sont d'ailleurs assez fréquents chez les adolescents, d'où l'importance de s'intéresser à cette population. De plus, les adolescents sont une population plus à risque de contracter des infections sexuellement transmissibles.

La Haute Autorité de Santé (H.A.S.) recommande d' « informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence ».[1] La législation impose désormais cette information dans les établissements scolaires, à travers les programmes scolaires, mais aussi des interventions extérieures telles que celles menées par le planning familial.

La P.C.U. est plutôt largement utilisée par les jeunes en France. Cependant, elle se heurte à de nombreux obstacles qui peuvent entraver son utilisation en cas d'exposition à un risque de grossesse. En effet, la contraception, de manière générale, porte un lourd bagage historique et culturel qui en dessine encore aujourd'hui une image négative, taboue, et fait l'objet de beaucoup d'idées reçues. De plus, si la contraception est un concept ancien, la contraception d'urgence, elle, a vu le jour dans la deuxième partie du vingtième siècle, et la population a donc peu de recul quant à ces méthodes. [5]

Plusieurs études se sont donc intéressées aux freins qui posaient des réticences au recours à la P.C.U., et le frein principal retenu est la méconnaissance de ces méthodes. Ainsi, l'objectif principal de ce mémoire est d'identifier les connaissances des adolescents puydômois sur la P.C.U.

Le Code de la Santé Publique, de même que le Code de Déontologie des Sages-Femmes, indiquent que, l'information et la prescription d'une contraception et à fortiori de la contraception d'urgence, font partie intégrante des compétences et des missions de

la profession de sage-femme. [6,7,8] La sage-femme est d'ailleurs un interlocuteur essentiel qui va également avoir pour rôle de repérer les comportements à risque, et les situations de vulnérabilité et de détresse des femmes. [9]

Dans une première partie, une revue de la littérature exposera les problématiques actuelles de sexualité, contraception et contraception d'urgence en France. Elle explorera également des notions historiques sur la contraception, l'I.V.G., et la contraception d'urgence, qui permettront de discuter des composantes culturelles, religieuses et philosophiques des comportements contraceptifs. Puis, nous étudierons les textes réglementaires et législatifs qui s'appliquent au thème abordé, ainsi que le rôle des sages-femmes face à ces problématiques. Enfin, nous étudierons les P.C.U. actuellement disponibles sur le marché, et aborderons le thème de la prévention des infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) et de leur dépistage en cas de rapports sexuels non protégés.

Dans une seconde partie, nous exposerons les matériels et méthodes utilisés lors de la réalisation de ce mémoire, ainsi que les résultats produits par la diffusion de l'auto-questionnaire élaboré.

Dans une troisième partie, nous analyserons les données recueillies et apporterons des réflexions qui les mettront en rapport avec la revue de la littérature.

Revue de la littérature

I/ Etat des lieux de la contraception, de la contraception d'urgence et de la sexualité en France.

1. Etat des lieux de la sexualité et de la contraception des jeunes en France

Avant de s'intéresser à l'état des lieux de la contraception d'urgence en France, il est important d'aborder les conduites sexuelles des jeunes.

Selon l'enquête de Baromètre Santé effectuée par l'I.N.P.E.S. (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), en 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel était de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles. Depuis quelques années, il semble se stabiliser. Dans les années 1940, il était de 22 ans pour les filles et de 18 ans pour les garçons : cet âge a donc fortement chuté en 50 ans. [10]

Globalement, peu d'adolescents de moins de 15 ans sont concernés par une vie sexuelle active. Cependant, ceux qui sont concernés appartiennent à un groupe à risque élevé en termes de grossesses non désirées et d'I.S.T. [4] Une étude l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (I.N.P.E.S.) menée en 2010 sur la santé des collégiens en France a révélé que 17,8% des élèves scolarisés en classe de quatrième ou de troisième déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels, dont 22% de garçons et 13,7% de filles. 38,2% de ces élèves déclarent que ces rapports avaient eu lieu à 13 ans ou avant, dont encore une majorité de garçons (44,9% contre 27,9% de filles).[4] Si l'on s'intéresse de manière globale aux jeunes entre 14 et 17 ans, 38% des garçons et 29% des filles ont des rapports sexuels.[11]

La difficulté principale de la prévention est liée au caractère sporadique de la plupart des rapports sexuels chez les adolescents. En effet, les adolescents sexuellement actifs auraient, en moyenne, 5 à 15 rapports sexuels par an, dont 63% pendant les vacances. Ce rythme n'est pas propice à l'observance d'une contraception régulière et favorise de manière générale la prise de risque.[12]

Cependant, le fait que le nombre de naissances de mères adolescentes soit resté relativement stable malgré une augmentation importante de la population à risque suggèrerait que les adolescents sont relativement compétents en termes de contraception.[13] Une enquête menée en Avril 2007 dans un collège français indiquait

une certaine curiosité et un intérêt de la part des collégiens en matière de contraception, de risque infectieux, et des professionnels à qui s'adresser si besoin.[14]

En dehors du caractère occasionnel des rapports sexuels, cas dans lesquels environ 38% des filles n'ont recours à aucune contraception, le facteur qui semble le plus influencer la prise de risque et le comportement contraceptif chez les jeunes est l'information par les parents, qui entrainerait une multiplication par deux le taux d'utilisation d'une contraception lors du premier rapport.[11] Il est également important de noter qu'une jeune fille de moins de 18 ans sur huit est confrontée aux sévices sexuels, dont 8% sont de nature incestueuse. [12]

En 1987, seulement 31% des adolescentes utilisaient un moyen contraceptif au cours de leur premier rapport sexuel.[12] Aujourd'hui, toutes les contraceptions sont accessibles dès l'adolescence. Beaucoup de recommandations encouragent la méthode « double Dutch », c'est-à-dire l'association d'une contraception orale avec le préservatif, méthode employée largement en Hollande où les taux d'I.V.G. et de naissances non désirées chez les adolescentes sont très bas, d'où son nom.[12] Selon l'étude menée par l'I.N.P.E.S. en 2000, 89,6 % des jeunes filles de 15 à 19 ans utilisent une contraception, contre 96,6 % des femmes entre 20 et 25 ans, mais seulement 75 à 80% des adolescents ont recours à une contraception lors de leur premier rapport sexuel. Le préservatif reste le moyen le plus utilisé à cette occasion, soit dans près de 80% des cas. Ce taux très important résulte des nombreuses campagnes de prévention contre les I.S.T. et notamment les infections à V.I.H. (Virus d'Immunodéficience Humaine). La contraception orale, elle, est largement utilisée et supasse toutes les autres contraceptions hormonales (patch, anneau, implant...) : Elle est employée par 38% des femmes qui utilisent une contraception au cours de leur premier rapport sexuel, et par 83% des adolescentes de manière générale.[12]

L'étude menée par l'I.N.P.E.S. en 2010 sur la santé des collégiens en France s'est également intéressée aux méthodes contraceptives des élèves, et révélait que 11,3% des adolescents sexuellement initiés n'avaient utilisé aucune contraception lors de leur dernier rapport sexuel. Parmi ceux qui ont pris des mesures de prévention d'une grossesse, 85,4% ont utilisé le préservatif, 33,1% la pilule contraceptive, 16,5% la pilule de contraception d'urgence, 7,4% la méthode de retrait.[4]

2. Grossesses non désirées et I.V.G.

En 2013, le taux de fécondité des femmes de 15 à 24 ans était de 0,30 pour toute la France, 0,27 en Auvergne, 0,22 dans le Puy-de-Dôme. Ces taux sont légèrement plus élevés dans le Cantal et la Haute-Loire (respectivement 0,29 et 0,28), et sensiblement plus important dans l'Allier, soit 0,40.[15] Concernant les mineures, le taux de fécondité des 12-17 ans a considérablement chuté dans les années 1980, soit une diminution de 5,4% par an. Le nombre de grossesses de mineures a diminué de 36% en 17 ans, passant de 20 710 en 1980 à 13 192 en 1997.[16]

En 1980, on comptait 350 000 grossesses inopinées par an, ayant abouti à 200 000 I.V.G., ainsi que 150 000 naissances mal planifiées et non désirées, souvent par absence ou mésusage d'une contraception.[2] Actuellement, et ce malgré la large diffusion de la contraception en France et une augmentation du recours à la contraception d'urgence, une grossesse sur trois est non prévue en France.[1] En moyenne, chaque femme connaît une grossesse inopinée au cours de sa vie, et procède à une I.V.G. une fois sur deux dans ces cas-là. [2]

En 2014, on compte 0,8 naissances pour mille femmes de 15 ans contre 0,7 pour mille en 2004, 2,3 naissances pour mille femmes de 16 ans contre 2,5 en 2004, et 5,2 naissances pour mille femmes de 17 ans contre 6 en 2004. On observe donc une baisse du taux de naissances chez les mères mineures, mais le nombre total de naissances mineures pour 1000 femmes en 2014 reste encore élevé, soit 8,3 pour mille femmes, et le taux de naissances survenant chez les moins de 20 ans est de 35,9 naissances pour mille femmes.[17] A l'échelle internationale, le taux de naissances chez les adolescents de 15 à 19 ans varie considérablement d'un pays à l'autre, de 3,9, 5,7 et 6,9 pour mille jeunes filles au Japon, en Suisse et en Italie, jusqu'à 54,3, 54,4 et 56,2 pour milles adolescentes en Ukraine, aux Etats-Unis et en Arménie.[13]

La prévention des grossesses adolescentes non désirées est un véritable enjeu de santé publique, d'une part pour ses implications socio-psychologiques, et d'autre part, car le pronostic obstétrical est plus défavorable dans ces cas-là. En effet, les complications liées à une grossesse adolescente sont principalement une augmentation du risque de pré-éclampsie, de fausses-couches, d'accouchement prématuré, de retard

de croissance intra-utérin et d'hypotrophie. Il y a également plus d'accouchements dans le secret dans cette population, avec toutes leurs conséquences psychologiques. [12] [18,19] On retrouve notamment un certain nombre de jeunes filles qui, pour des raisons culturelles, religieuses, ou simplement parce qu'elles ne savent pas à qui s'adresser ni quelle est la marche à suivre, cachent leur grossesse de tous dans la plus grande solitude.[2]

De manière générale, il a été montré qu'une maternité librement choisie apporte également un meilleur pronostic obstétrical, notamment parce que les grossesses sont mieux suivies médicalement, et que les patientes en prennent « plus soin » (observance des conseils hygiéno-diététiques, meilleure écoute de leur corps...). Le désir de grossesse aurait également une influence importante sur la qualité du lien mère-enfant.[2]

De manière globale, le recours à l'I.V.G. est stable ou en légère hausse dans les dernières années, mais reste plus faible que lors de sa légalisation en 1975. Nous avons pu observer une augmentation des I.V.G. entre 1976 et 1983, qui peut être attribuable à un meilleur accès aux données statistiques. Entre 1984 et 1991, une certaine stabilité s'établit, suivie d'une légère baisse au cours des dernières années.[2]

En effet selon l'Institut National des Etudes Démographiques (I.N.E.D.), pour toute femme confondue, le nombre moyen d'I.V.G. par femme est en baisse (0,66 en 1976 vs 0,52 en 2011), mais le nombre d'I.V.G. total augmente : 192 174 en 2000 vs 207 120 en 2012.[20] Il a cependant baissé en 2011 (209 000) et en 2012 par rapport à 2010 (213 000). En 2012, on comptait près de 219 000 I.V.G. effectuées sur le territoire français, dont 207 000 en métropole.[21]

L'Auvergne, elle, a vu réaliser 2394 I.V.G. durant l'année 2010.[22] Le recours à l'I.V.G. concerne toutes les catégories socioprofessionnelles. Les femmes les plus concernées appartiendraient au groupe d'âge de 20 à 24 ans, avec un taux d'I.V.G. de 27 pour 1000 femmes. On note d'importants écarts régionaux, avec des taux de recours à l'I.V.G. plus élevés en Ile-de-France et dans le sud de la France.[21]

A l'échelle européenne, la France se situe à une place moyenne ; on compte plus d'avortements qu'en Allemagne ou en Hollande (0,3 avortement par femme), mais moins qu'en Suède, Europe de l'Est, Royaume-Uni et États-Unis.[2]

Cependant, si les taux d'I.V.G. toute femme confondue reste plutôt stable voire en baisse, on observe une augmentation des I.V.G. chez les jeunes depuis le milieu des années 1990, avec une incidence annuelle qui est passée de 7,7/1000 à 10,5/1000 parmi les jeunes âgés de 15 à 17 ans et de 17,8 à 22,6/1000 parmi les 18–19 ans.[3] [4] Les années 1980 ont connu à la fois une diminution du nombre de naissances vivantes et une diminution du nombre d'I.V.G. dans cette tranche d'âge. Cependant, à partir des années 1990, alors que la fréquence des naissances chez les 12-17 ans continue de baisser et que les conceptions se stabilisent à 35 conceptions pour 1 000 adolescentes atteignant 18 ans, le nombre d'I.V.G., lui, semble ré augmenter d'en moyenne 2,8% par an.[16] Sur les 200 000 I.V.G. réalisées annuellement en France, environ 13 000 sont pratiquées chez des patientes mineures. [23]

Si l'on compare ces chiffres à ceux des autres pays, on peut dire que les taux d'I.V.G. chez les adolescentes sont assez peu élevés en France.[2] Par exemple, en Suisse, contre toute attente après les campagnes de prévention menées à bien, les taux d'I.V.G. chez les adolescentes ont augmenté. L'usage du préservatif comme seul moyen de contraception est ici mis en cause (30% des adolescentes faisant pratiquer une I.V.G. avaient utilisé le préservatif seul). Il en est de même en Grande-Bretagne, où il semblerait que le préservatif soit responsable de 43% des I.V.G. [11]

Toutefois, il est souvent discuté dans la littérature que l'augmentation du taux d'I.V.G. chez les jeunes depuis les années 1990 peut être attribuée, non pas à une augmentation de prise de risque de la part des adolescents, mais à une plus forte probabilité de recours à l'I.V.G. en cas de survenue d'une grossesse inopinée, ce qui est cohérent avec la forte diminution de la prévalence des naissances vivantes de mères adolescentes. [3,11,2] D'autres explications de cette augmentation ont été évoquées, mettant également en cause l'usage, ou plutôt le mésusage du préservatif, souvent un peu aléatoire, ainsi que certains phénomènes psychologiques des adolescentes, qui pourraient désirer une grossesse (et non un enfant) pour se sentir femme, pour faire réagir son entourage ou bien pour des raisons plus concrètes comme stabiliser une relation amoureuse ou acquérir un statut social. [12]

3. Echecs de Contraception

Les échecs de contraception sont assez courants chez les adolescents, nettement plus que chez les femmes adultes. Les facteurs principalement mis en cause sont, d'une part, leur fertilité intrinsèque plus élevée (toutes les méthodes de contraception, y compris le D.I.U., seraient moins efficaces chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées), et d'autre part, des facteurs davantage liés à l'état psychique et aux comportements qui accompagnent souvent l'adolescence : croyance « d'invincibilité », dénégation de la réalité du risque de grossesse, image romantique du rapport sexuel détaché de toute notion de reproduction, impression que l'acquisition d'une contraception « officialiserait » une relation amoureuse... [11,19,18]

En effet, il a été signifié que la prise de risque et le manque de précautions étaient corrélés à la précocité de l'entrée dans la vie sexuelle active, avec notamment un moindre recours aux préservatifs lors des premiers rapports sexuels. [4] Par ailleurs, submergés par le tourbillon de tourments affectifs et psychologiques de l'adolescence, la différence entre désir de grossesse et désir d'enfant serait d'autant plus floue chez les jeunes. De manière très théorique, il a été calculé que, si on augmentait la prévalence contraceptive de 50%, le nombre d'I.V.G. ne diminuerait que de 32%. [2]

Une étude centrée sur la comparaison des échecs de contraception entre adolescents et adultes a révélé que les adolescentes étaient plus sujettes aux échecs de préservatifs (17,8 contre 11,5 % chez les adultes). D'après la même étude, les adolescentes sont également plus nombreuses à n'avoir recours à aucun mode de contraception, soit 9,4 contre 3,6 % chez les adultes.[11]

Le motif principal (soit 60%) de recours à la P.C.U. s'adresse à des échecs de contraception régulière, soit un oubli de pilule, soit une rupture de préservatif, alors que l'absence complète de méthode contraceptive n'intervient que pour environ 17 % des recours.[1] Globalement, sur 100 grossesses accidentelles, 53 seraient la conséquence de rapports mal protégés, 15 d'un oubli de contraception habituelle et 32 de méthodes peu fiables ou mal utilisées.[2] Si l'on s'attache aux contraceptions habituelles, on observe que la pilule et le préservatif sont équitablement fautifs : selon la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), les motifs principaux de recours à la P.C.U. seraient dans 30,7% des cas liés à un oubli de contraception orale et dans 31% des cas à un mésusage ou une rupture de préservatif.[24]

La contraception la plus utilisée de manière habituelle par les adolescentes est la pilule contraceptive. Elle n'a pas été dépassée, ni par le préservatif, ni par les autres contraceptions hormonales comme le patch, l'implant ou l'anneau vaginal. 83% des adolescentes l'utilisent. [12] Or, les oublis de la contraception hormonale sont responsables, en France, du quart des I.V.G. réalisées en France. [25]

Chez les adolescentes, la contraception orale pose un certain nombre de problèmes d'observance : rapports sexuels souvent irréguliers, imprévisibles entraînant chez l'adolescente une impression de « mauvaise rentabilité » et donc des arrêts ou des pauses intempestifs, et ceci associé au sentiment d'invincibilité évoqué précédemment, la pensée merveilleuse que « cela ne peut arriver qu'aux autres... » [12]. L'enquête H.B.S.C. (Health Behaviour in School-Aged Children) menée entre 2002 et 2006 témoignait de l'imperfection de la protection des jeunes filles utilisatrices de pilule contraceptive.[4]

La Haute Autorité de santé (H.A.S.), à l'époque encore dénommée A.N.A.E.S. (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), a publié des recommandations à appliquer en cas d'oubli de contraception orale. Des études se sont, par la suite, intéressées à l'observance par les femmes de ces recommandations. En réalité, seulement 21% des femmes interrogées adoptaient l'attitude recommandée par l'A.N.A.E.S. en cas d'oubli, et juste 17% se protégeaient avec une autre contraception dans les jours suivant l'oubli. Les causes évoquées pour expliquer cette situation seraient, en particulier, le manque de connaissances de ces recommandations de la part des femmes voire de la part des professionnels de santé, ainsi que l'applicabilité de ces recommandations. Ainsi, différentes sociétés savantes de divers pays se sont prononcées sur ce sujet proposant différentes recommandations. Certaines d'entre elles, prenant en compte notamment la période du cycle au moment de l'oubli, le type de pilule etc., sont, du fait de leur complexité, beaucoup moins suivies par les femmes que les recommandations plus pragmatiques qui apporteraient une meilleure efficacité en termes de prévention des grossesses non désirées.[25] Ceci est d'autant plus vrai lorsque les personnes concernées sont des adolescentes.

En ce qui concerne les échecs de préservatif, nous pouvons remarquer que, si son usage est crucial dans la prévention des I.S.T., le préservatif utilisé isolément constitue une méthode insuffisamment efficace chez les jeunes en ce qui concerne la prévention des grossesses non désirées.[11,2,3] Il s'agit principalement d'un manque

d'observance systématique et d'un mésusage, qui touche particulièrement les jeunes, inexpérimentés dans son utilisation. Ici, plusieurs phénomènes psychiques entrent en jeu : D'une part, le recours au préservatif peut être perçu comme un manque de confiance en l'autre ; il jetterait un doute sur sa fidélité ou son passé sexuel. D'autre part, dans les représentations populaires, le préservatif est souvent associé au S.I.D.A., ce qui peut poser un frein chez les jeunes convaincus de leur invulnérabilité. En outre, s'ajoute l'envie de faire plaisir à l'autre et d'augmenter son propre plaisir. En effet, selon l'enquête menée par l'A.N.R.S. en 2004, 40% des utilisateurs de préservatifs (tous âges confondus) déclarent qu'il diminue le plaisir sexuel. [12,3]

Enfin, nous ne pouvons pas parler d'échec de contraception sans évoquer les freins culturels et religieux qui peuvent entraver leur utilisation. En effet, la contraception (et par extension la contraception d'urgence) est souvent considérée comme une œuvre de mort, on « empêche » à une vie de se créer.

Malgré une certaine évolution ces dernières années, l'Eglise catholique interdit l'usage de contraceptifs car, pour elle, sexualité et procréation sont indissociables. Les Eglises réformées et luthériennes sont beaucoup plus libérales, autorisant non seulement la contraception, mais aussi l'I.V.G. tant que celle-ci reste exceptionnelle. Dans le judaïsme, de même que dans le catholicisme, la procréation est la seule finalité de la sexualité. Cependant, la loi talmudique-rabbinique n'interdit pas la contraception, mais interdit les I.V.G., avec pour seule exception l'ITG, c'est-à-dire les cas où la grossesse mettrait en danger la vie de la future mère. Contrairement aux idées reçues, la Charia, soit la loi islamique, tolère l'avortement jusqu'au 120e jour de vie in utero, date à partir de laquelle l'embryon acquiert une existence, et au-delà si la grossesse met la santé physique de la mère en danger. Certains pratiquants s'opposent malgré tout à la contraception et, a fortiori à l'I.V.G., car les règles de l'Islam somment de ne pas contrevenir aux lois de la nature d'une part, et recommandent d'avoir beaucoup d'enfants dans le mariage d'autre part. Ainsi, bien que la Charia ne mentionne pas directement la contraception, celle-ci n'est pas tolérée par les intégristes. Chez les bouddhistes, le respect de la vie est une valeur sacrée et l'avortement entraverait les cycles de la réincarnation. En revanche, la contraception est autorisée.[2]

4. Recours à la pilule de contraception d'urgence et échec de la P.C.U.

Rappelons que le terme contraception d'urgence désigne toutes les méthodes de rattrapage permettant d'éviter la survenue d'une grossesse après un rapport non protégé ou un oubli, une absence ou un mésusage de contraception. Il inclut donc le D.I.U. au cuivre, qui ne sera pas traité dans cet ouvrage. La P.C.U., elle, constitue une étape essentielle entre l'erreur contraceptive et le recours à l'I.V.G. En effet, correctement employée, elle pourrait prévenir plus de trois grossesses non désirées sur quatre. [5] Assez peu d'articles d'intéressent aux comportements des adolescents vis à vis de la P.C.U., alors que ce sont pourtant eux les plus concernés par son utilisation.

La P.C.U. est largement utilisée par les jeunes en France. Son recours a vu une forte augmentation depuis qu'elle n'est plus soumise à prescription médicale obligatoire en 1999. [1] Il est d'environ 14% chez les moins de 25 ans en 2006, comme l'a rapporté l'étude Baromètre Santé, et près d'une femme sur quatre en âge de procréer avait déjà utilisé la P.C.U. au cours de sa vie en 2010. [4,1] Une étude menée en 2001 sur le lycée d'Orly s'est intéressée à la délivrance des pilules d'urgences par les infirmières scolaires. Celles-ci rapportaient une progression dans la demande de P.C.U., qui était plus importante en filière professionnelle qu'en filière générale. [26] Cependant, l'obtention de la P.C.U. via l'infirmerie scolaire représente moins de 3% de l'ensemble des P.C.U. délivrées aux mineures ; dans 90% des cas, l'accès à la P.C.U. pour les mineures se fait via une pharmacie. [24]

Cependant, la P.C.U. se heurte à de nombreux obstacles qui entravent son utilisation. Premièrement, sa dénomination courante de « pilule du lendemain » est inappropriée car elle donne une fausse idée de son délai d'efficacité. Certaines femmes auraient ainsi des hésitations à la prendre si le rapport sexuel date de plus de 24h. [27,19] Selon l'H.A.S., le recours à la P.C.U. est indépendant de l'âge, du niveau d'éducation, de la localisation géographique et des comportements sexuels à risque des femmes. [24] Les principaux obstacles à l'utilisation de la P.C.U. en cas de situation à risque sont le manque de perception de risque de grossesse, le manque de connaissance de la P.C.U. et de son délai d'efficacité et de ses moyens d'obtention, les fausses idées dessinant une image négative de la P.C.U., les craintes du regard des autres et la crainte des effets indésirables. [1,24]

Globalement, les adolescentes ont connaissance de l'existence de la P.C.U., cependant l'information dont elles disposent en Europe comme aux Etats-Unis est souvent limitée, en particulier sur le délai d'efficacité, les effets secondaires ou le lieu où elles peuvent se la procurer.[19]

Une étude menée en 1996 en Ecosse incluait huit écoles publiques et deux écoles privées, regroupant au total 1206 élèves (612 garçons et 594 filles) et leur a présenté un questionnaire sur la P.C.U. Les connaissances sur le délai efficace d'utilisation de la P.C.U. était pauvre : 318 (soit 26,4%) élèves ont bien répondu, 271 (22,4%) ne savaient pas, 173 (14,3%) pensaient que la P.C.U. devait être utilisée au plus tard dans les 48h et 332 (27,3%) dans les 24h. 925 élèves, soit 82,5% d'entre eux pensaient que la P.C.U. était efficace à 100%. 398, soit 35,5% des élèves, étaient d'accord avec l'affirmation que l'utilisation de la P.C.U. deux fois par an était dangereuse pour la santé. 91 élèves, soit 8%, croyaient que l'infertilité à long terme était l'un des risques potentiels de la P.C.U. [28]

Une étude plus récente, conduite à Sao Paulo en 2014 montrait que la vie en couple, ainsi qu'une ambivalence dans la planification d'une naissance étaient des facteurs favorisant l'absence de recours à la P.C.U. Paradoxalement, elle a indiqué que le niveau de connaissances sur cette méthode, le niveau d'éducation, la classe socio-économique, les antécédents obstétricaux ne semblaient pas corrélés au recours à la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés. [29]

Par ailleurs, d'autres obstacles plus pragmatiques peuvent limiter le recours à la contraception d'urgence, comme par exemple les difficultés d'accès géographique, l'impossibilité de se déplacer dans un pharmacie ou un centre de planification familiale. [1]

Un autre frein fréquemment évoqué provient des professionnels de santé eux-mêmes. En effet, il demeurerait une certaine méconnaissance de la P.C.U., un manque d'information et parfois des attitudes moralisatrices qui limiteraient la transmission des informations pertinentes aux patientes. [1,24] Certains professionnels expliquent leur choix de limiter cette information par une crainte d'utilisation abusive de la P.C.U. et d'augmentation des comportements à risque et d'absence de contraception régulière. Néanmoins, une étude a montré, qu'après avoir reçu une information détaillée sur la

P.C.U., 97% des jeunes femmes ne l'utiliseraient que dans des situations d'urgence, et seulement 2% l'auraient adopté comme méthode de contraception habituelle. [19]

Un bon exemple d'obstacle au recours à la P.C.U. est apporté par une étude menée à bien sur Nice entre le 1er juillet et le 31 août 2006. 53 pharmacies ont été choisies de manière aléatoire, dans lesquelles 4 mineures ont été envoyées pour demander une contraception d'urgence (avec leur accord et accord parental pour la participation à cette étude). L'objectif était d'examiner la prise en charge des adolescentes en demande de P.C.U. par les pharmaciens. Dans 86,8% des cas (n=46), l'entretien avait lieu dans un endroit n'offrant aucune intimité. 20 pharmacies, soit 37,7%, ont refusé de leur délivrer la P.C.U. gratuitement. Les principaux motifs de refus de délivrance de la P.C.U. étaient la rupture de stock, l'exigence de paiement et les refus « par principe ». Un tiers des pharmacies qui ont accepté de leur délivrer la P.C.U. ont exigé la présentation d'une pièce d'identité pour prouver la minorité. Moins de la moitié (48,5%) ont fourni des informations sur son utilisation et ses effets indésirables. Aucune pharmacie n'a fourni d'explication ni d'information sur la contraception régulière, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles, sur l'intérêt d'un suivi médical, ni n'a communiqué à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche. L'étude a par ailleurs montré une différence statistiquement significative dans la prise en charge des mineures selon le sexe du pharmacien qui les recevait, avec 53,5% des femmes (n=23) qui ont accepté de délivrer gratuitement la P.C.U. aux mineures contre 100% des hommes (n=10).[23]

Une solution intermédiaire souvent évoquée et récemment débattue par l'H.A.S. serait la prescription d'une P.C.U. à l'avance à titre préventif, ce qui retirerait plusieurs obstacles, notamment la facilité et la rapidité d'accès, et assurerait qu'une information exhaustive ait été délivrée, au moment de la prescription. La conclusion de l'H.A.S. était finalement d'évaluer l'utilité de cette prescription à l'avance au cas par cas. [19] [30]

II/ Historique et législation

1. Historique

La question de la régulation des naissances ne date pas d'hier : Des données archéologiques ont révélé que, dès l'Antiquité, les femmes utilisaient des moyens, principalement locaux tels que des éponges ou même des stérilets, pour limiter la survenue de grossesses. Cependant, ces méthodes étaient peu efficaces. Face à ces échecs, étaient courants les abandons de nouveau-nés, les infanticides, et l'avortement. [2]

Au début du II^{ème} siècle après Jésus-Christ, au commencement du Christianisme, ces trois pratiques, de même que la contraception elle-même, deviennent interdites. Cependant, jusqu'au seizième siècle, l'Eglise reste assez tolérante, particulièrement envers les jeunes filles et les prostituées. C'est à partir du 16^e siècle, sous Henri II, qu'une sévérité implacable s'abat sur les femmes, qui sont désormais punies de mort en cas d'avortement, ainsi que toute personne ayant concouru à cet avortement. [2]

Cette peine de mort est levée au 18^e siècle, sous l'influence de certains philosophes tels que Jacques Rousseau. C'est à la même époque que se substituent aux mariages arrangés les mariages d'amour, bouleversant fondamentalement la notion de sexualité. [2]

Cependant, face à une chute importante de la natalité, l'avortement devient à nouveau interdit en 1810, et réprimé par le Code Pénal dans son article 317. Cet évènement constitua un véritable tremplin vers un mouvement des femmes qui commencèrent à se réunir pour revendiquer leurs droits à la contraception et à l'avortement. Elles furent soutenues par plusieurs idéologues, notamment Thomas Robert Malthus, un pasteur anglican (1766-1834), qui préconise alors la limitation des naissances pour les pauvres, plutôt que de les entretenir par des assistances matérielles. De ses idées est né un mouvement : le néo-malthusianisme, promu notamment par Paul Robin, pédagogue libertaire français, qui se charge de la propagande de limitation des naissances entre 1870 et 1875. En 1905, Gabrielle Petit crée un journal dans lequel elle présente et soutient les différentes mesures contraceptives, ce qui provoqua un véritable scandale à l'époque. [2]

Ce mouvement a cependant à nouveau reculé lorsque, à l'issue de la première guerre mondiale et en vue de repeupler la France dévastée par la guerre ; suite à l'apparition des courants politiques comme les Moralistes ou les Natalistes, courants soutenus par l'Eglise catholique, la loi du 23 Juillet 1920 est éditée, réprimant la contraception de même que l'avortement. Ce mouvement anti-contraception et anti-I.V.G. va très loin, puisqu'en 1942, l'avortement est assimilé à un crime contre la sûreté de l'Etat et puni de guillotine. Cependant, les femmes, revendiquant de ne plus être cantonnées au seul rôle de procréatrices, résistent, et continuent à faire circuler des informations sur les méthodes contraceptives. [2]

Après la seconde guerre mondiale, la situation évolue brusquement : En effet, les années 1950 marquent, d'une part, une baisse importante de la mortalité maternelle et infantile devant les progrès de la médecine, et, d'autre part, la découverte des oestroprogestatifs et du D.I.U. On parle de liberté de choisir, de maternité heureuse. En 1960, le Mouvement Français pour le Planning Familial est créé, et en 1967, la loi Neuwirth autorise la vente de contraceptifs en France. Cependant, dans la pratique, l'accès à la contraception et aux informations sur celles-ci n'est pas performant : le consentement des parents est obligatoire pour les mineures, les contraceptifs doivent être inscrits sur des carnets à souche dans les pharmacies, et la publicité est interdite. La détermination des femmes, elle, reste inébranlable, comme le prouvent l'ascension des mouvements féministes, le célèbre « manifeste des 343 salopes », la véritable révolte qui suivit le procès de Bobigny en 1972, et la création du Mouvement de libération de l'avortement et de la contraception en 1973, regroupant des associations féminines, des syndicats et des partis politiques. Grâce en autres au soutien des médecins, le gouvernement sous Valéry Giscard d'Estaing prend la conviction qu'une loi libéralisant l'avortement et facilitant l'accès à la contraception s'impose : il confie cette mission à Simone Veil, qui produit le 17 Janvier 1975, la loi n° 75-17 relative à l'interruption volontaire de la grossesse autorisant officiellement la pratique de l'I.V.G. en France, parue dans le journal officiel du 18 Janvier 1975. [2,31]

Les premiers essais de contraception d'urgence datent des années 1940. Mais il faudra cependant attendre les années 1960 pour que les premières études soient publiées. Morris et Van Wagenen sont les premiers à conduire, en 1963, des essais sur des jeunes femmes victimes de viol à qui ils administraient une forte dose de diéthylbestrol. [5] L'année suivante, Haspels et al. administrent une forte dose

d'œstrogènes à une jeune fille de 13 ans victime d'un viol pour prévenir la survenue d'une grossesse. [19]

La première contraception d'urgence associait oestrogènes et progestatifs, connue sous le nom de méthode Yuzpe, qui n'apparaît plus dans le Vidal depuis 2006. [5] Cette méthode a commencé dans les années 1970 : Yuzpe menait des essais de contraception d'urgence en combinant 50mg d'éthinylestradiol et 250mg de lévonorgestrel, et en les administrant dès que possible après les rapports sexuels non protégés, dans la limite de 72h de délai, suivie d'une seconde prise de deux comprimés de la même composition 12h plus tard. [19,5] En 1998, la méthode Yuzpe est commercialisée en France sous le nom de Tétragynon[®], sous forme de deux comprimés constitués de 100µg d'éthinylestradiol et de 500µg de lévonorgestrel à prendre dès que possible et à 12h d'intervalle l'un de l'autre. Tétragynon[®] était soumise à prescription médicale obligatoire et remboursée à 65% par la sécurité sociale. Ce traitement s'exposait à de nombreuses contraindications du fait des fortes doses d'éthinylestradiol, ce qui limitait son utilisation. [32] Très vite, les chercheurs se sont rendus compte que l'utilisation de progestatifs seuls était également très efficace, et ont aussi découvert la possibilité du D.I.U. au cuivre en tant que contraception d'urgence. [19] Aussi, la méthode Yuzpe a été reléguée en deuxième intention par la H.A.S. en 2004. [32]

En mai 1999, Norlevo[®] est ainsi commercialisée, composée initialement de deux comprimés de 0,75mg de lévonorgestrel, devant être pris dès que possible et à 12 à 24h d'intervalle l'un de l'autre. Cette méthode a ensuite été remplacée par une unique prise d'un comprimé de 1,5mg. Il a été montré que Norlevo[®] était plus efficace que Tétragynon[®], avec 3,2% de grossesses après la prise de Tétragynon[®] pour 1,18% après la prise de Norlevo[®]. Elle peut être obtenue sans ordonnance, présente beaucoup moins de contraindications que Tétragynon[®], et moins d'effets indésirables sont décrits. C'est ainsi qu'en 2008, le Tétragynon[®] a été retiré définitivement du marché. [32,33,34]

En mars 2002, HRA Pharma commercialise Vikela[®], de même composition que Norlevo[®], non remboursé et dont le prix était le double. Cependant, la campagne d'information menée par le laboratoire pour appuyer sa vente a été accusée de publicité mensongère, en banalisant la contraception d'urgence et la prise de risque. En outre, il lui a été reproché d'occulter presque totalement la prévention des I.S.T., et Vikela[®] a été retirée du marché en 2004. [32]

En 2007, lévonorgestrel Biogaran[®] est mise sur le marché, commercialisée par les laboratoires britanniques Medimpex. Cette P.C.U. est encore disponible ce jour. Elle dispose de la même composition, et des mêmes indications que Norlevo[®]. [35]

Ce n'est qu'en Mai 2009 que l'ulipristal acétate, commercialisé sous le nom d'EllaOne[®], voit le jour. Elle est souvent surnommée, à tort, « pilule du surlendemain » du fait de son délai maximal d'action supérieur à celui du lévonorgestrel, soit de 120h ou 5 jours après les rapports sexuels non protégés. Il s'agit d'un dérivé stéroïdien, modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone. Néanmoins, contrairement au lévonorgestrel, EllaOne[®] est soumise à prescription médicale. Elle est remboursée à 65% par la sécurité sociale depuis septembre 2010.[32,33]

Le Comité des médicaments à usage humain (C.H.M.P., « Committee for Medicinal Products for Human Use ») de l'Agence Européenne des Médicaments (« European Medicines Agency », E.M.A.) a publié le 21 Novembre 2014 un communiqué de presse dans lequel il recommande l'accès à l'ulipristal acétate sans prescription médicale dans l'Union Européenne (U.E.). L'E.M.A. déclare dans ce communiqué que le profil de sécurité de l'ulipristal acétate est comparable aux contraceptifs d'urgence composés de lévonorgestrel, et souligne l'importance de la facilité d'accès aux contraceptifs d'urgence dans la prévention des grossesses inopinées. [36] Les recommandations du C.H.M.P. ont été envoyées à la Commission Européenne qui les a validées. Ainsi, le 8 Janvier 2015, HRA-Pharma annonce que la Commission Européenne a autorisé la délivrance d'EllaOne[®] sans prescription médicale.[37]

Plus récemment, deux autres molécules ont été étudiées dans l'indication de contraception d'urgence : le Danazol[®], immédiatement abandonné, et la mifépristone aussi appelée RU486[®] qui s'avérant très efficace (taux d'échec de 0,1 à 0,2%), et est déjà commercialisée en Chine et en Russie comme contraception d'urgence. En Europe, elle est associée à l'I.V.G. et sa mise sur le marché en vente libre ne semble pas probable dans un futur proche. [32,19,33]

2. Législation et recommandations

La H.A.S. recommande d'« informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence, les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les possibilités d'accès, à l'occasion de tout contact relatif à la

contraception, la sexualité ou la délivrance de préservatifs avec des professionnels de santé, des relais associatifs, les dispositifs d'éducation à la santé ou les programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire ».[1,24]

Pour la H.A.S., les stratégies à suivre pour éviter les grossesses non désirées sont « l'information et l'éducation sexuelle dès le plus jeune âge, le développement des moyens contraceptifs, l'utilisation correcte de la contraception régulière, l'utilisation de la contraception d'urgence et le recours à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) ».[1]

Des recommandations concernant la conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage d'une pilule contraceptive régulière ont été publiées par l'A.N.A.E.S., en collaboration avec l'I.N.P.E.S. en 2004. L'O.M.S. a publié la même année des conduites à tenir en cas d'oubli de contraception régulière, qui prenaient en compte le dosage de la pilule oestroprogestative, le nombre de comprimés oubliés et le moment de l'oubli dans le cycle menstruel. La définition de l'oubli est également différente pour l'O.M.S. ; elle ne considère utile de prévenir une grossesse que si l'oubli de la pilule oestroprogestative est supérieur à 24 heures. Les recommandations du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (R.C.O.G.) publiées en mai 2011 sont proches de l'O.M.S., prenant en compte de nombreux facteurs. Le R.C.O.G., cependant, considère qu'il n'est nécessaire de prendre une P.C.U. que s'il y a eu oubli de deux comprimés successifs ou plus. Le *National Health Service* (N.H.S.) est moins précis, ne prenant pas en compte la période du cycle au moment de l'oubli. Cependant, les recommandations de l'A.N.A.E.S., qui ont le mérite de la simplicité de leur mise en œuvre, semblent être proposées par les professionnels de santé de manière prépondérante. [25]

Un argumentaire rédigé par l'H.A.S. s'est récemment intéressé à l'intérêt d'une prescription à l'avance d'une P.C.U. par les professionnels de santé chargés du suivi gynécologique de prévention des femmes. Sa conclusion n'était pas favorable à une prescription à l'avance de manière systématique, mais à préconiser au cas par cas, selon l'évaluation du praticien. Elle précise cependant que la délivrance à l'avance d'une prescription doit absolument s'accompagner d'une information personnalisée sur l'utilisation de la P.C.U., ainsi que sur la contraception régulière et sur la prévention des I.S.T. [24]

En outre, en ce qui concerne la prévention des I.S.T., un groupe d'experts sous la direction du Pr Patrick Yeni a actualisé les recommandations sur les modalités de prise en charge des personnes exposées à un risque de contamination par le V.I.H. en Juillet 2010. Ces recommandations sont inscrites dans un rapport publié tous les deux ans et constitue une référence nationale pour l'ensemble des professionnels de santé concernés par l'infection par le V.I.H. ainsi que pour les usagers. Cependant, il se rapporte davantage aux situations d'accidents d'exposition au sang contaminé, et offre peu de précisions sur les cas de rapports sexuels non protégés, avec un statut sérologique du partenaire souvent inconnu. [33]

Plusieurs mesures législatives ont été mises en place pour améliorer l'information et l'accès à la P.C.U. Par exemple, le décret de 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence impose aux pharmaciens la délivrance de cette contraception de manière gratuite et anonyme aux mineures répondant aux critères d'urgence et en faisant la demande.[23] Cette notion est reprise par le code de la santé publique, à l'article L. 5134-1 qui stipule que « la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. » [6] Le même article rajoute que « le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. » [6] L'article D. 5134-2 du Code de la Santé Publique précise que la jeune fille mineure justifie sa minorité par simple déclaration orale. Les pharmaciens ne peuvent donc pas les obliger à présenter une pièce d'identité avant de leur délivrer la P.C.U. [38]

Dans l'optique d'améliorer l'information des adolescents, il est désormais inscrit dans le code de l'éducation depuis 2004, à l'article L312-16, qu'une éducation à la sexualité doit être dispensée dans les écoles, les collèges et les lycées, « à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. »[39]

Par ailleurs, l'accès à la P.C.U. pour les adolescents a été grandement amélioré par l'autorisation de délivrance du lévonorgestrel (ce qui n'est pas le cas, à ce jour, de l'ulipristal acétate) par les infirmières scolaires d'une part, et par les centres de planification et d'éducation familiale d'autre part. Les premières sont habilitées à

délivrer la P.C.U. dans les établissements du second degré depuis le décret n° 2001-258 publié le 27 mars 2001, comme énoncé dans la partie législative du code de la santé publique à l'article L. 5134-1, qui précise que « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel [...] dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. » [6,4] Ainsi, les infirmiers scolaires peuvent fournir une P.C.U., sous certaines conditions de respect de confidentialité, d'information éclairée sur la P.C.U. et sur la prévention des I.S.T., d'adresser l'élève vers des structures d'aide compétentes, de proposer un contact avec l'autorité parentale, et de répertorier les demandes à des fins statistiques.[26] Ces notions sont détaillées dans l'article D5134-8 du Code de la Santé Publique, qui précise que « l'infirmier ou l'infirmière peut, à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence à l'élève concernée aux fins de permettre d'éviter une grossesse non désirée à un âge précoce. » [8] L'article D. 5134-6 du même code énonce : « Peuvent administrer la contraception d'urgence [...] les infirmiers et les infirmières rattachés à un établissement et y disposant d'un local permettant le respect de la confidentialité. » [40] La législation précise également dans l'article L. 5134-1 du Code de la Santé Publique que les infirmiers doivent s'assurer de l'accompagnement psychologique de l'élève et veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical. [6]

Certains conseils généraux, comme par exemple celui de la Seine-Saint-Denis, approvisionnent gratuitement les infirmeries des collèges et lycées en P.C.U. de lévonorgestrel, mais dans les cas contraires, ce sont les établissements qui doivent inclure l'achat de P.C.U. dans leur budget global alloué aux fournitures de l'infirmerie, ce qui parfois peut créer des soucis de rupture de stock. [41]

Par ailleurs, les enjeux d'une information en matière de sexualité et contraception dans les écoles ont été de plus en plus pris au sérieux par les établissements scolaires, interpellés par l'apparition de l'épidémie de S.I.D.A., la diffusion de la pornographie, les violences sexuelles, et la nécessité d'une lutte contre l'homophobie. Cette prise de conscience a été soutenue par la loi du 4 Juillet 2001 imposant trois séances annuelles d'éducation à la sexualité. Il était préconisé que ces interventions soient effectuées en binôme, constitué d'une conseillère conjugale et familiale et d'un professionnel de santé, soit infirmière scolaire, médecin ou sage-

femme. [41] Les établissements scolaires ont ainsi ouvert leurs portes à des interventions menées par des médecins, des sages-femmes et des infirmières participant à certains programmes tels que Info-ado ou le Planning Familial. Ces interventions ont notamment pour objectif d'apporter une éducation à la sexualité et aux risques auxquels cette sexualité peut exposer. Il est très difficile de réellement chiffrer l'impact de ces interventions et peu d'études s'y sont intéressées. [2]

Trouvant leur origine dans la loi Neuwirth de 1967, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont aujourd'hui au nombre d'environ 1200 sur le territoire national. Ils assurent une fonction irremplaçable d'information, de conseil et de prévention. [41] Les centres de planification et d'éducation familiale sont également habilités à délivrer des P.C.U., selon l'article R. 5124-45 du Code de la Santé Publique, de même qu'à pratiquer les I.V.G. médicamenteuses dans le respect des règles établies par la loi. [40]

3. Les sages-femmes et la P.C.U.

Selon l'article L. 5134-1 du Code de la Santé Publique, « les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. » [6] Le code de déontologie des sages-femmes inclut bien d'ailleurs la contraception dans son article R4127-318 qui décrit leurs compétences. [7] Ce champ de compétences alloué à la sage-femme lui confère des responsabilités et un rôle bien spécifique : celui d'accompagner les femmes dans leur suivi gynécologique de prévention tout au long de leur vie, et notamment de leur prescrire une contraception, et de leur apporter les informations nécessaires à l'utilisation d'une contraception d'urgence en cas d'échec de cette contraception. L'article D. 5134-8 du code de la santé publique précise d'ailleurs que, dans le cas où une infirmière est confrontée à une jeune fille en demande de P.C.U., elle doit lui proposer de consulter un médecin *ou une sage-femme*. [8]

Que son exercice soit hospitalier, libéral ou de P.M.I., elle peut prescrire et délivrer toutes les formes de contraception d'urgence. La sage-femme a également dans ce cadre un rôle important de prévention et d'éducation pour prévenir les I.S.T., et non uniquement les infections au V.I.H. [42] Elle repère en outre les comportements à risque, et les situations de vulnérabilité et de détresse des femmes. [9] Son rôle inclut

alors d'adapter la contraception, en exposant les différentes formes de contraception possibles, en expliquant la physiologie de la fécondité et des cycles féminins afin d'améliorer la qualité de l'observance de la patiente. [9]

III/ Pilules de contraception d'urgence et conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés.

Aujourd'hui, trois spécialités sont commercialisées en France avec l'indication de contraception d'urgence : Norlevo[®] et Levonorgestrel Biogaran[®], composés de lévonorgestrel, et EllaOne[®], composée d'ulipristal acétate.

1. Les pilules de contraception d'urgence disponibles sur le marché français

1.1. Norlevo[®]

1.1.1. Composition, indications, contrindications, administration

Norlevo[®] est composée de 1,5mg de lévonorgestrel. Elle est indiquée comme contraception d'urgence dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.

La seule contrindication de Norlevo[®] est une hypersensibilité au lévonorgestrel ou à l'un des excipients. [43] En effet, malgré l'administration d'une dose élevée d'hormones en une seule prise, la P.C.U. ne représente qu'un cinquième d'une plaquette de contraception orale régulière. Son utilisation est donc possible sans restriction particulière chez les femmes, y compris les adolescentes. [19] Son utilisation est également possible pendant l'allaitement maternel, il est cependant recommandé de ne pas allaiter dans les 8h suivant la prise du comprimé, et des troubles transitoires de production de lait ont été décrits. [44] Même si aucun effet indésirable grave n'a été mis en évidence, il n'est pas conseillé de prendre plusieurs fois Norlevo[®] au cours d'un même cycle menstruel en raison du taux élevé d'hormones et de la possibilité de perturbations importantes du cycle menstruel. [43]

Il s'agit d'un comprimé administré par voie orale en une prise unique. Le Vidal précise que l'efficacité du traitement est d'autant plus grande qu'il est mis en route rapidement après le rapport non protégé. Norlevo[®] doit donc être prise si possible dans les 12 premières heures suivant le rapport sexuel, et aux plus tard 72h, soit 3 jours, après

ce rapport. Elle peut être prise à n'importe quel moment du cycle menstruel. [43] En effet, si il est démontré que la période la plus à risque en cas d'oubli de contraception hormonale est la première semaine du cycle contraceptif, les études ont montré que la « fenêtre fertile » de la femme est imprévisible. De plus, la durée de vie des spermatozoïdes dans le vagin est mal évaluée. Sharpe a montré, en 1963, que les spermatozoïdes restaient mobiles en moyenne trois heures, et exceptionnellement jusqu'à quatre voire 5 jours, puis se dégradent progressivement. [25]

Il est précisé qu'en cas de survenue de vomissements dans les trois heures suivant la prise du comprimé, un second comprimé doit immédiatement être pris.

Une contraception locale telle que le préservatif est préconisée jusqu'aux menstruations suivantes, avec la poursuite tout de même de la contraception régulière. En cas de retard de règles, il faudra éliminer l'éventualité d'une grossesse. [43]

1.1.2. Mécanisme d'action

Théoriquement, le lévonorgestrel prévient les grossesses via plusieurs mécanismes. Le plus prépondérant est l'inhibition ou le retardement de l'ovulation par action sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. Il a également été question de modifications de l'endomètre qui pourraient réduire les capacités d'implantation de l'œuf, mais des études récentes ont montré que la P.C.U. n'avait aucune action de ce genre. D'autres mécanismes évoqués sont une interférence avec la fonction du corps jaune, un épaissement de la glaire cervicale, et une altération des mouvements ciliaires, mais aucune donnée clinique ne prouve la véracité de ces possibilités. Au total, l'inhibition de l'ovulation pourrait bien être le seul mécanisme d'action du lévonorgestrel. [44,25]

Le lévonorgestrel bloque et/ou de retarde l'ovulation par la suppression du pic de l'hormone lutéinisante (LH). Il interfère avec le processus d'ovulation uniquement s'il a été administré avant l'augmentation initiale du taux de LH. Le lévonorgestrel n'a pas d'effet contraceptif d'urgence s'il est administré plus tard au cours du cycle. [43] Contrairement à certaines allégations qui assimilent la P.C.U. à une méthode abortive, le lévonorgestrel, de même que l'ulipristal acétate, n'est plus efficace après la nidation ; il ne peut donc pas induire d'avortement. [19]

1.1.3. Effets indésirables

Les effets indésirables les plus probables décrits par le Vidal sont les vertiges, céphalées, nausées, douleurs abdominales, diarrhée, vomissements, douleurs pelviennes, tension mammaire, retard de règles, règles abondantes, métrorragies et dysménorrhée. [43]

Aucune tératogénécité n'a été démontrée en cas d'échec de la P.C.U., et contrairement aux idées reçues, aucune incidence sur la fertilité future de la femme n'a été mise en évidence. [19]

Après la prise de Norlevo[®], le retour des règles s'effectue à la date habituelle et l'abondance est peu modifiée, mais il existe parfois une avance ou un retard de quelques jours. Il est fortement recommandé de consulter un professionnel de santé compétent pour démarrer ou réadapter une contraception régulière. [43]

1.1.4. Efficacité

Norlevo[®] est d'autant plus efficace qu'elle est prise précocement après le rapport non protégé. En effet, elle préviendrait 95% des grossesses lorsqu'elle est prise dans les 24h, contre 58% si elle est prise entre 48 et 72h. [33] Lors des études cliniques, l'efficacité de Norlevo[®] dépendait également du poids de la femme qui la prenait : l'effet contraceptif était réduit chez les femmes dont le poids est supérieur ou égal à 75 kg et le lévonorgestrel n'était plus efficace chez les femmes dont le poids était supérieur à 80 kg. [43]

Par ailleurs, du fait des mécanismes d'action cités précédemment, si la femme a déjà eu un premier rapport sexuel non protégé dans le même cycle qui date de plus de 72 heures, une fécondation liée à ce premier rapport sexuel est possible. Le traitement par Norlevo[®] suivant un deuxième rapport sexuel pourrait être alors inefficace pour prévenir une grossesse. [43] En effet, la pilule d'urgence minimise le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé, mais elle ne prévient pas du risque que présenterait un rapport sexuel ultérieur à sa prise. [25]

Si la majorité des études rapportent un délai maximal d'efficacité de 72h après le rapport sexuel, certains auteurs estiment que son action est suffisante jusqu'à 6 jours après un rapport non protégé, et qu'elle devrait être prise même si le délai est dépassé. [19]

Enfin, l'ulipristal acétate étant un modulateur du récepteur à la progestérone, il peut interagir avec l'action progestative du lévonorgestrel et la rendre inefficace. Il faut donc bannir l'utilisation concomitante de lévonorgestrel et d'ulipristal acétate. [43] Il est également important de noter l'interaction entre la P.C.U. et les antirétroviraux : les inducteurs enzymatiques réduisent l'effet de la P.C.U., qu'il s'agisse de lévonorgestrel ou d'ulipristal acétate. [33]

1.1.5. Modalités d'accès

Norlevo[®] est en vente libre dans les pharmacies. Son prix de base est de 7,41 euros. Si elle est prescrite, elle est remboursée à 65% par la sécurité sociale. Elle est délivrée à titre anonyme et gratuit aux mineures, selon le décret n° 2002-39 du 9 Janvier 2002.[43,34]

Elle est également accessible aux élèves scolarisés dans les établissements du second degré sur délivrance des infirmiers scolaires [6,4,40], ainsi que dans les centres de planification et d'éducation familiale. [40]

1.2. Lévonorgestrel Biogaran[®]

Cette spécialité étant de la même composition que Norlevo[®], les indications, contrindications, conseils d'administration, effets indésirables et efficacité sont sensiblement identiques. Cependant, elle ne possède pas la mention qui lui permet la délivrance gratuitement aux mineures. Son prix est de 5,30 euros, remboursé à 65% par la sécurité sociale si elle est prescrite. [35]

1.3. EllaOne[®]

1.3.1. Composition, indications, contrindications, administration

Elle est composée de 30mg d'ulipristal acétate. Elle est indiquée comme contraception d'urgence dans les 120 heures (5 jours) suivant un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive. De même que pour le lévonorgestrel, la seule contreindication à EllaOne[®] décrite dans le Vidal est l'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, de même que l'existence d'une grossesse en cours.[45]

Elle se présente sous la forme d'un comprimé unique, à prendre en une seule fois, par voie orale, le plus tôt possible et au plus tard 120h, soit 5 jours, après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive. Elle peut être prise à n'importe quel moment du cycle menstruel. [45]

Elle doit être immédiatement reprise en cas de vomissements dans les trois heures suivant la première prise. Il est conseillé que les rapports sexuels ultérieurs soient protégés par une méthode de contraception barrière jusqu'au début des règles suivantes. [45]

En matière d'allaitement maternel, en raison d'absence d'études démontrant son innocuité, l'ulipristal acétate est déconseillé chez les femmes allaitantes.[44] Après la prise d'EllaOne®, il est recommandé de suspendre l'allaitement maternel pendant une semaine. [45]

1.3.2. Mécanisme d'action

L'ulipristal acétate est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone qui agit en se liant avec une forte affinité aux récepteurs de la progestérone humaine. De même que le lévonorgestrel, son mécanisme d'action primaire est l'inhibition ou le retard de l'ovulation. Des études ont montré qu'il était capable de retarder la rupture folliculaire même s'il est pris juste avant la date d'ovulation prévue. [45]

1.3.3. Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont les maux de tête, les nausées, les douleurs abdominales et la dysménorrhée. Les autres effets indésirables assez fréquents sont les troubles de l'humeur, les céphalées, les sensations vertigineuses, les nausées, les douleurs abdominales, les vomissements, les myalgies, les douleurs dorsales, les dysménorrhées, les douleurs pelviennes, une sensibilité des seins, et une asthénie. [45]

Après la prise d'ulipristal acétate, la date des règles peut être modifiée : Chez approximativement 7 % des femmes, les règles avaient plus de 7 jours d'avance et, chez approximativement 18,5 % des femmes, plus de 7 jours de retard. [45]

De plus, même si la prise d'ulipristal acétate ne constitue pas en soi une contreindication à l'utilisation de contraception hormonale régulière, il est susceptible de réduire son action contraceptive. [45]

Aucun effet tératogène n'a été décrit à ce jour, mais les données sont, à ce jour, insuffisantes pour pouvoir l'affirmer. Il n'y a pas de surdosage possible. Bien que cette pilule soit contreindiquée chez la femme enceinte, elle n'interrompt pas une grossesse en cours. [45,19]

Globalement, la tolérance de l'ulipristal acétate est comparable à celle du lévonorgestrel. [46]

1.3.4. Efficacité

Les études ont montré que l'efficacité de l'ulipristal acétate n'était pas inférieure à celle de lévonorgestrel chez les femmes qui prenaient la pilule d'urgence dans les 72h suivant les rapports sexuels. Le risque de grossesse serait, au contraire, réduit de façon significative avec l'ulipristal acétate. [45] En effet, l'utilisation d'ulipristal acétate comme contraception d'urgence diviserait par trois le risque de grossesse si le rapport sexuel a eu lieu depuis moins de 24h, et par deux s'il a eu lieu depuis moins de 72h. [46] De plus, alors que l'efficacité des pilules à base de lévonorgestrel est directement corrélée avec le délai de prise, l'efficacité de l'ulipristal acétate diminue moins fortement avec le temps. [44]

Le lévonorgestrel s'est révélé inefficace dans l'inhibition de l'ovulation dès lors que la taille du follicule atteint 18mm. A l'inverse, l'ulipristal acétate peut encore inhiber ou retarder la rupture folliculaire même lorsque le diamètre du follicule dominant atteint 18 à 20mm (soit une survenue d'ovulation dans les 48h). [25] A ce stade-là, l'ulipristal acétate est efficace dans 59% des cas. [44] Aucune donnée n'est disponible sur l'efficacité de l'ulipristal acétate au-delà d'un délai de 120h après les rapports sexuels non protégés. [45]

De même que pour le lévonorgestrel, le poids de la patiente influe sur l'efficacité du comprimé. En revanche, un indice de masse corporelle élevé diminue plus fortement l'efficacité du lévonorgestrel que celle de l'ulipristal acétate. En effet, en cas de

surpoids, le risque relatif de grossesse est de 2,09 sous lévonorgestrel contre 0,97 sous ulipristal acétate. En cas d'obésité, le risque relatif de grossesse est de 4,41 avec utilisation de lévonorgestrel contre 2,62 avec l'ulipristal acétate. [46]

Comme précisé précédemment, l'utilisation simultanée d'ulipristal acétate et de lévonorgestrel est fortement déconseillée.[45]

A la suite de la prise d'ulipristal acétate, une couverture contraceptive efficace de 7 jours est recommandée. [25] En cas de retard de règles de plus de sept jours, de saignements anormaux ou de signes mnésiques de grossesse, un test de grossesse doit être effectué. [45]

Avec un taux d'échec de 0,1 à 0,2%, l'insertion d'un D.I.U. au cuivre est établie comme étant d'une efficacité supérieure à celle du lévonorgestrel. En revanche, aucune étude comparative ne permet d'évaluer l'efficacité relative de cette méthode à l'ulipristal acétate comme contraception d'urgence.[33]

1.3.5. Accessibilité

EllaOne[®] était, jusqu'à récemment, inscrite sur la liste I des produits pharmaceutiques. Elle était donc obligatoirement soumise à prescription médicale. Elle est alors remboursée à 65% par la sécurité sociale. Son prix unitaire est de 23,50 euros. [45] Cependant, son prix a été revisité le 16 mars 2015 pour passer à 18,88€ P.P.T.T.C. (prix public toutes taxes comprises).[47] Elle est également devenue accessible sans ordonnance et gratuitement pour les mineures. [48]

2. Risque et prévention des I.S.T.

L'étude du recours à la P.C.U. semble indissociable d'une étude de la prévention des I.S.T.

D'après l'O.M.S., les taux les plus élevés d'I.S.T. sont souvent observés chez les 20-24 ans suivis par les 15-19 ans. [18] Ces taux sont probablement sous-estimés, car la plupart de ces infections sont asymptomatiques. [4]

A l'heure actuelle, il est fortement recommandé d'utiliser le préservatif au début de toute relation sexuelle, car il s'agit actuellement du seul et unique moyen de protection efficace contre les I.S.T. [12]

Il est préférable, non seulement pour son effet protecteur contre les I.S.T. et contre les lésions précancéreuses génitales, mais aussi pour son efficacité contraceptive dès lors qu'il est utilisé de manière irréprochable. C'est bien sur cette notion que réside le problème. Comme vu précédemment, les adolescents sont rarement de parfaits utilisateurs du préservatif : son utilisation est inconstante, souvent il fait l'objet d'un mésusage, mis non pas au début des rapports mais seulement au moment de l'éjaculation... [18,12]

C'est pourquoi la méthode la plus souvent préconisée chez les adolescents est le « double Dutch », c'est-à-dire l'association du préservatif et de la contraception hormonale. [18]

Depuis les campagnes de prévention organisées en France et en Europe, le taux d'utilisation du préservatif pendant les premiers rapports sexuels a fortement augmenté : 90% des filles et des garçons de moins de 30 ans déclarent l'avoir utilisé à cette occasion. Toutefois, son usage est souvent relâché lorsqu'il s'agit d'y avoir recours en routine. Une enquête menée par le groupe CSF en 2010 a révélé que, dès lors que la relation avec le premier partenaire avait duré plus de 3 mois, 65% des femmes et 55% des hommes ont arrêté de l'utiliser. 6% des femmes et 11% des hommes l'ont arrêté au cours du premier mois. Ainsi, le préservatif est rapidement abandonné par les adolescents qui s'exposent alors à des risques de transmission des I.S.T. Cet abandon semble d'autant plus rapide que les jeunes filles prennent une pilule contraceptive en plus du préservatif. [3] Le préservatif féminin a une efficacité comparable à celle du préservatif masculin, mais son acceptabilité, et particulièrement chez les adolescentes, est assez médiocre. [18]

Les adolescentes sont une population à haut risque d'I.S.T. Les germes les plus fréquents mis en cause, sont les Human Papillomavirus (H.P.V.), les Herpès Simplex Virus (H.S.V.) et Chlamydia Trachomatis. [18]

Une étude menée chez 960 femmes française a affiché des taux d'infection au papillomavirus maximaux chez les moins de 20 ans. En France, la fréquence du portage d'H.P.V. dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans se trouve entre 15,3% et 16,6% selon les

études. [12] Cependant, le préservatif serait une protection relativement inefficace contre ce germe.

En ce qui concerne Chlamydia Trachomatis, des analyses réalisées en France entre 2007 et 2009 ont révélé que les jeunes de moins de 25 ans constituaient l'essentiel des personnes atteintes, et ces chiffres sont en augmentation constante depuis 2005.[4] En France, la prévalence actuelle des chlamydioses génitales serait comprise entre 0,5 et 9,1 % chez les adolescentes asymptomatiques et entre 10,2 et 18 % chez celles présentant une symptomatologie évocatrice d'infection urogénitale. [12] Chlamydia Trachomatis serait en outre responsable de la majorité des grossesses extra-utérines dans les pays développés et constituerait une cause essentielle d'infertilité tubaire.

Les autres I.S.T. fréquentes sont les condylomes génitaux, la syphilis et les infections à VIH, qui reste marginale chez l'adolescente, mais est favorisée par la vulnérabilité de la muqueuse vaginale. [12,18]

Si l'on se focalise sur le groupe des adolescentes s'exposant à des conduites à risque telles que les prostituées et les toxicomanes, les agents infectieux les plus récurrents sont Treponema pallidum, le V.I.H. et le gonocoque. [12]

Matériel et méthode

I/ Objectifs et type de l'étude

Une étude observationnelle transversale descriptive a été réalisée.

Objectif principal :

L'objectif principal était d'identifier les connaissances des lycéen(e)s en classe de terminale en filière générale et professionnelle sur la pilule de contraception d'urgence sur des établissements du Puy-de-Dôme par une étude descriptive transversale.

Objectifs secondaires :

Le premier objectif secondaire était de comparer les connaissances des garçons et celles des filles parmi les lycéen(ne)s en classe de terminale sur la pilule de contraception d'urgence.

Le second objectif secondaire était de comparer les connaissances des lycéen(ne)s selon leur filière générale et technologique ou professionnelle.

Le troisième objectif secondaire s'intéressait à la comparaison des connaissances des lycéennes ayant débuté un suivi gynécologique avec celles des lycéennes n'ayant jamais eu de consultation gynécologique.

Le quatrième objectif secondaire était de s'enquérir de la satisfaction et de la demande de la part des lycéen(ne)s quant aux interventions scolaires et extra-scolaires d'information sur la pilule de contraception d'urgence.

Le dernier objectif secondaire était d'identifier les connaissances des lycéen(ne)s concernant la conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés, notamment en termes de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles.

II. Matériel

1. Critères d'inclusion

La population étudiée regroupait les élèves en classe de terminale scolarisés dans le département du Puy-de-Dôme en lycée général ou professionnel, ayant donné leur accord pour participer à cette étude.

Cette population a été étudiée dans cinq lycées du Puy-de-Dôme, à savoir :

- Le lycée Ambroise Brugière, à filière générale
- Le lycée Lafayette, à filière générale
- Le lycée Camille Claudel, à filières professionnelles, soit : Agent de sécurité et électrotechnique
- Le lycée Marie Curie, à filières professionnelles, soit : A.S.S.P. (Accompagnement, Soins et Services à la personne), esthétique, coiffure et environnement
- Le Lycée de Chamalières, à filières à la fois générales et professionnelles, dont : cuisine, hôtellerie et service.

L'échantillonnage s'est appuyé principalement sur l'accord des lycées : En effet, une lettre de demande adressée au proviseur d'établissement adjointe d'une fiche récapitulative du protocole de recherche de l'étude avec notamment les objectifs et intérêts de l'étude ont été envoyées dès le mois de Janvier 2014 à neuf établissements scolaires de Clermont-Ferrand et de Chamalières. Quatre établissements ont refusé de participer, dont un qui n'a pas souhaité fournir d'explication, et trois qui ont refusé de participer pour des raisons d'organisation et d'aménagement des emplois du temps. Ces quatre établissements n'ont donc pas pu être inclus.

Au sein des établissements, les classes interrogées ont été sélectionnées uniquement selon les possibilités d'aménagement des emplois du temps de la part des administrations. Seul le lycée de Chamalières a pu s'organiser de telle sorte à ce que toutes les classes de terminales puissent participer.

2. Critères d'exclusion

Les élèves, ou les parents d'élèves en cas de minorité, ayant refusé de participer à cette enquête en ont été exclus de l'étude.

3. Aspects éthiques et règlementaires

Les questionnaires ont été distribués aux élèves si leur consentement était recueilli. Sur ce point, les proviseurs d'établissements avaient des exigences différentes.

La direction du lycée Lafayette a opté de faire parvenir aux parents d'élèves mineurs une information sur cette étude, en leur donnant la possibilité d'envoyer une demande de désaccord dans un délai de 15 jours après réception s'ils ne souhaitaient pas la participation de leur enfant.

Pour le lycée Ambroise Brugière, une autorisation de diffusion de questionnaire a été signée par le proviseur d'établissement et l'Ecole de Sages-Femmes et le projet a été présenté devant le conseil d'administration du lycée le 7 Avril 2014 pour approbation et a été validé. Aucun consentement supplémentaire n'était requis par la direction, y compris vis-à-vis des élèves mineurs ; les élèves ont tous reçu une information sur l'étude et avaient le droit de refuser de participer.

En ce qui concerne les lycées de Chamalières et Marie Curie, une feuille de consentement n'était pas requise par la direction des établissements concernés, y compris pour les mineurs, étant donné le caractère totalement anonyme des questionnaires. Les élèves avaient néanmoins, après avoir reçu une information sur l'étude, le droit de refuser de participer.

Le lycée Camille Claudel a pris la même position que les lycées précédents concernant les consentements, cependant, une case « j'accepte de participer à cette étude » était rajoutée en haut des questionnaires et devait être cochée pour que le questionnaire puisse être inclut dans l'étude.

III/ Méthodes

1. Critères de jugements

Le critère de jugement principal était le taux de réponses justes aux propositions qui concernaient les connaissances des lycéens sur la P.C.U.

Pour répondre à l'objectif secondaire de comparer les connaissances des garçons et celles des filles parmi les lycéen(ne)s en classe de terminale sur la pilule de contraception d'urgence, le critère de jugement était le taux de réponses correctes, selon le sexe.

Pour répondre à l'objectif secondaire de comparer les connaissances des lycéen(ne)s selon leur filière générale et technologique ou professionnelle, le critère de jugement choisi était le taux de réponses correctes, selon la filière.

Le troisième critère de jugement, permettant de comparer les connaissances des lycéennes ayant débuté un suivi gynécologique avec celles des lycéennes n'ayant jamais eu de consultation gynécologique, était également le taux de réponses correctes.

Afin de s'enquérir de la satisfaction et de la demande de la part des lycéen(ne)s quant aux interventions scolaires et extra-scolaires d'information sur la pilule de contraception d'urgence, le critère de jugement était le pourcentage de personnes ayant considéré les interventions utiles ou très utiles, et taux de personnes les trouvant pas assez fréquentes.

Enfin, pour répondre à l'objectif secondaire d'identifier les connaissances des lycéen(ne)s concernant la conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés, notamment en termes de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles, le critère de jugement était le taux de réponses justes aux propositions qui traitaient de ce sujet.

2. Recueil des données

L'étude a été menée du 24 février au 13 Juin 2014.

Les élèves ont été interrogés de façon anonyme par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire (Annexe I) comportant 20 questions.

2.1. Les variables recueillies

Le questionnaire était organisé de la manière suivante :

- La première partie s'intéressait à la population étudiée, des questions 1 à 7 incluse. Cette partie incluait 3 questions réservées aux filles puisqu'elles traitaient de la contraception et des antécédents de consultation gynécologiques et de grossesse.
- La deuxième partie s'intéressait aux connaissances des élèves sur la P.C.U., des questions 8 à 14 incluse.

- La troisième partie s'intéressait à la conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés et motifs de non recours à la P.C.U., des questions 15 et 16.
- La quatrième partie s'intéressait aux sources des informations dont disposaient les élèves, avec des questions sur le nombre d'interventions qu'ils estimaient avoir eu au cours de leur parcours, leur satisfaction concernant ces interventions, et leur impression sur la nécessité d'en augmenter ou diminuer le nombre. Cette partie s'étendait sur les questions 17 à 20.

2.2. Mode de recueil des données

Les questionnaires ont été distribués directement, en personne, dans certains établissements qui souhaitaient qu'une information auprès des élèves soit apportée (Lafayette, Camille Claudel et Chamalières), et par les professeurs principaux des élèves, ou les infirmiers scolaires dans les établissements qui ne souhaitaient pas ma présence pour la distribution et le recueil des questionnaires (Ambroise Brugière et Marie Curie).

Pour les établissements pour lesquels la distribution et le recueil des questionnaires n'ont pas été effectués en personne, un document expliquant les objectifs de l'étude et comprenant des consignes sur les modalités de remplissage des questionnaires (Annexe II). Pour ces établissements, les questionnaires ont été confiés à l'infirmier scolaire.

La répartition du nombre de questionnaires distribués dans chaque établissement et dans chaque classe a dépendu exclusivement des disponibilités et possibilités matérielles et organisationnelles des établissements :

- 214 questionnaires au lycée Ambroise Brugière, soit 7 classes
- 90 questionnaires au lycée Lafayette, soit 3 classes
- 70 questionnaires au lycée Marie Curie, soit 3 classes
- 38 questionnaires au lycée Camille Claudel, soit 2 classes
- 259 questionnaires au lycée de Chamalières, soit l'ensemble des classes de terminale du lycée (8 classes).

Le recueil s'est effectué à chaque fois dans des circonstances similaires, soit, en classe, de manière individuelle, sans indication orientant sur la réponse de la part de la personne surveillant le recueil.

Pour un maximum d'anonymat et de confidentialité, les élèves avaient pour instruction de ne pas inscrire leur nom, ou toute autre marque distinctive sur les questionnaires, et, une fois le questionnaire rempli, de le plier en deux de telle sorte à ce que les réponses ne soient pas visibles par la personne qui les recueille. Aucune donnée recueillie dans le questionnaire ne permettait de retrouver l'identité de son auteur.

IV/ Analyse statistique

Les données ont été saisies avec le logiciel Microsoft Excel. Elles ont ensuite été analysées avec le logiciel R.

Pour mettre en évidence un lien entre une variable quantitative comme un nombre de réponses correctes, et une variable binaire comme le sexe, la filière, ou le suivi gynécologique, un test de Student, a été réalisé. Ce test permettra de calculer la valeur t à partir des moyennes de chaque groupe. Ensuite, la valeur du seuil de signification appelée p -value permettra d'affirmer une différence statistiquement significative entre les deux groupes lorsqu'elle est inférieure à 0,05. Dans ce cas, l'hypothèse nulle, qui présume que la différence observée est liée au hasard, pourra être rejetée.

Résultats

Pour cette étude, 671 auto-questionnaires ont été distribués, et 515 auto-questionnaires ont été retournés. Le taux de participation est donc de 76,65%. Un seul refus a été répertorié.

I/ Population étudiée.

La population compte 273 femmes, soit 53.01% de la population, et 242 hommes qui représentent donc 46,99% de la population étudiée.

1. Établissements scolaires

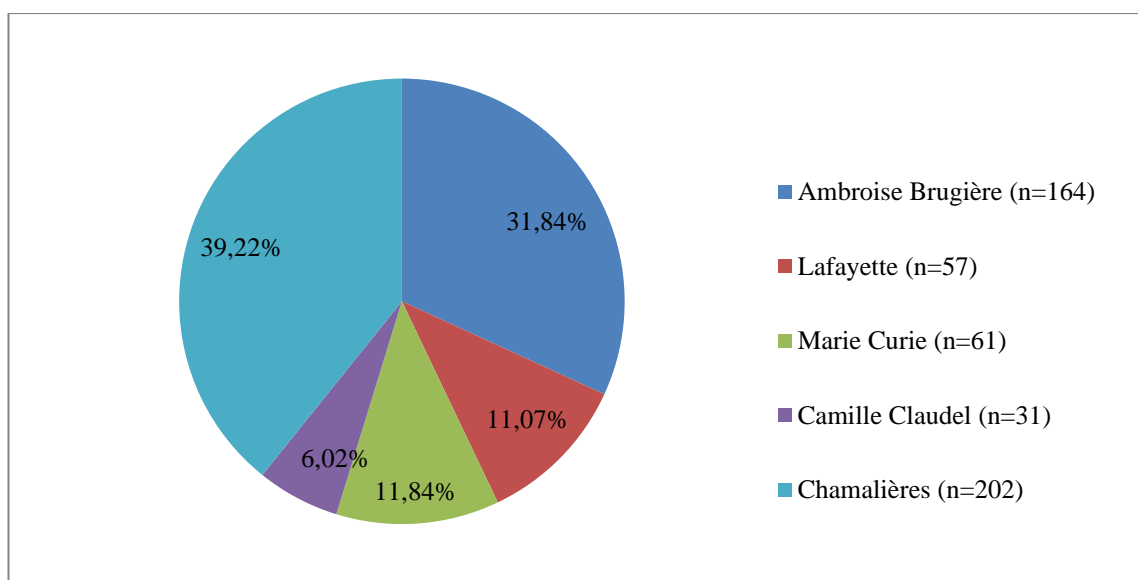


Figure 1 : Établissements scolaires de la population.

Le lycée Ambroise Brugière comprend exclusivement des filières générales, et la population interrogée était composée de 93 filles (soit 56.71%) et 71 garçons (soit 43.29%).

De même, le lycée Lafayette est un lycée général et la population interrogée comprenait 9 filles (soit 15.79%), et 48 garçons (soit 84.21%).

Le lycée Marie Curie est un lycée professionnel, avec deux filières : Assistance, Soins et Services à la Personne (A.S.S.P.) et esthétique. La population interrogée comprenait 48 élèves inscrits en A.S.S.P. (soit 80,8% des élèves interrogés dans ce

lycée) et 12 élèves inscrits en esthétique (soit 19,67%). Au total, 61 ont participé à l'étude. Aucun garçon scolarisé dans le lycée Marie Curie n'a été interrogé.

Le lycée Camille Claudel est également un lycée professionnel, dont deux filières : Agent de sécurité et Electrotechnique. L'auto-questionnaire a été soumis à 9 filles (soit 29.03%), et 22 garçons (soit 70.97%).

Le lycée de Chamalières présente une filière générale ainsi que des filières professionnelles. La population interrogée incluait 101 garçons et 101 filles, soit 50% de chaque. 20 soit 9,90% de la population suivaient la filière Cuisine, 52 soit 25,74% suivaient la filière Hôtellerie, 19 soit 9,41% la filière Service et 111 soit 54.95% étaient inscrits en filière générale.

Au total, 332 (64,47%) élèves interrogés étaient issus de filières générales et 183 (35,53%) de filières professionnelles.

Tableau 1 : Filières professionnelles.

Filière	% (n)
A.S.S.P.	26.78% (n=49)
Agent de Sécurité	12.02% (n=22)
Cuisine	10.93% (n=20)
Electrotechnique	4.92% (n=9)
Esthétique	6.56% (n=12)
Hôtellerie	28.42% (n=52)
Service	10.38% (n=19)

2. Âge de la population

La médiane d'âge, pour les filles comme pour les garçons, est de 18 ans. La population étudiée était composée de 206 élèves mineurs de (soit 40%) et 309 élèves majeurs (soit 60%).

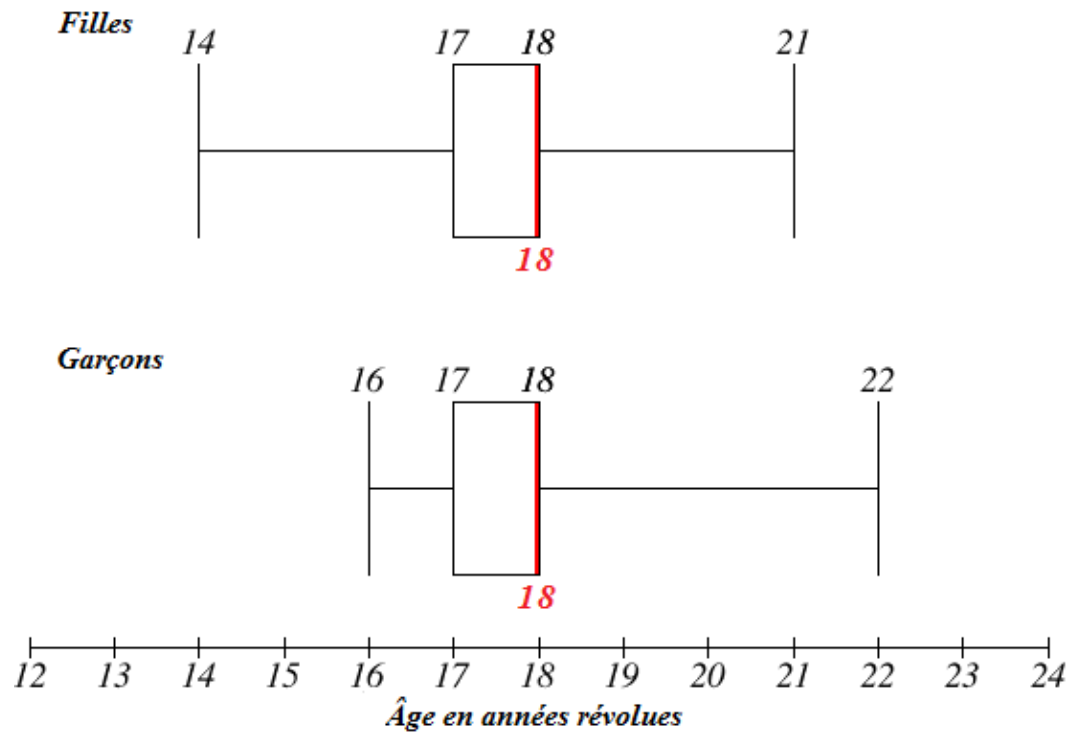


Figure 2 : Âge de la population.

3. Consultations de suivi gynécologique

Une section du questionnaire distribué était réservée aux filles. Cette section traitait notamment de la contraception utilisée, du fait d'avoir débuté un suivi gynécologique et des antécédents de grossesse.

Dans la population, 24,27% des filles avaient déjà consulté une sage-femme ou un gynécologue (n=125). Il n'y a pas eu de non-réponses à cette proposition.

Tableau 2 : Motifs de consultation.

Raison	% (n)
Contraception	22,40% (28)
Contraception + Règles douloureuses	3,20% (4)
Contraception + Visite de contrôle	24,00% (30)
Contraception + Visite de contrôle + Règles douloureuses	9,60% (12)
Contraception + Pathologie gynécologique	0,80% (1)
Règles douloureuses	14,40% (18)
Visite de contrôle	14,40% (18)
Visite de contrôle + Règles douloureuses	5,60% (7)
Grossesse	2,40% (3)
Pathologie gynécologique	1,60% (2)
Non précisé	1,60% (2)

Les trois pathologies gynécologiques mentionnées comprenaient deux cas de kystes aux ovaires et un cas de traitement hormonal substitutif.

4. Usage d'une contraception

Cette question était également incluse dans la section réservée aux filles.

Au total, 31,50% (n=86) des filles interrogées déclaraient n'utiliser aucune contraception. 3,30% d'entre-elles (n=9) n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 2 : Contraceptions utilisées par les adolescentes interrogées.

Contraception	% (n)
Pilule seule	41,01% (73)
Préservatif + Pilule	31,46% (56)
Préservatif seul	20,22% (36)
Implant	5,06% (9)
Anneau vaginal	0,56% (1)
Préservatif + Pilule + Méthode de retrait	0,56% (1)
Patch	0,56% (1)
Stérilet	0,56% (1)

Chez les mineures, nous avons pu observer que 64,80% d'entre elles ont recours à une contraception régulière (n=81), contre 32,8% qui n'y ont pas recours (n=41). 3 mineures, soit 2,4%, n'avaient pas renseigné cette question.

5. Antécédents de grossesse

Dans la population, 254, soit 93,04% des adolescentes interrogées, n'avaient aucun antécédent de grossesse. L'étude a relevé dans sa population 12 jeunes filles qui avaient déjà été enceintes, dont une grossesse planifiée (soit 0,37% des filles) et 11 grossesses inopinées (soit 4,03% des filles). Notons que 2,56% (n=7) des adolescentes interrogées n'ont pas répondu à cette question.

II/ Connaissances des élèves sur la pilule de contraception d'urgence.

Le questionnaire distribué comprenait 39 affirmations concernant la pilule d'urgence.

Le taux global de bonnes réponses était de 66,12%, avec un taux de réponses justes de 67,68% (n=6467) parmi les filles et 64,36% (n=5451) parmi les garçons.

Tableau 3 : Taux de bonnes réponses par établissement scolaire.

Bonnes réponses	% (n)
Ambroise Brugière	64,63% (3710)
Lafayette	65,16% (1300)
Marie Curie	68,99% (1473)
Camille Claudel	64,70% (702)
Chamalières	66,94% (4733)

Les nombres et pourcentages de réponses à chaque proposition par établissement scolaire ont été organisés sous forme de tableaux et sont disponibles dans l'Annexe III.

Le taux de réponses correctes était de 67,30% (n=4852) parmi les mineurs de 18 ans contre 65,34% (n=7066) parmi les élèves majeurs.

1. Comparaison des connaissances selon le sexe

Les moyennes de bonnes réponses par nombre d'élèves étaient respectivement 26,39 pour les filles et 25,30 pour les garçons. Ces moyennes ont été calculées sur 39 propositions qui traitaient des connaissances sur la P.C.U. Le test t de Student (comparaison de moyennes) a produit $t = 4,3481$ pour 512,158 degrés de liberté et $p\text{-value} = 1,658.10^{-5}$. La valeur de p étant largement inférieure au seuil de signification de 0,05, on rejette donc l'hypothèse nulle.

La conclusion de ce test est que les filles ont globalement de meilleures connaissances sur la P.C.U. que les garçons et cette différence est statistiquement significative.

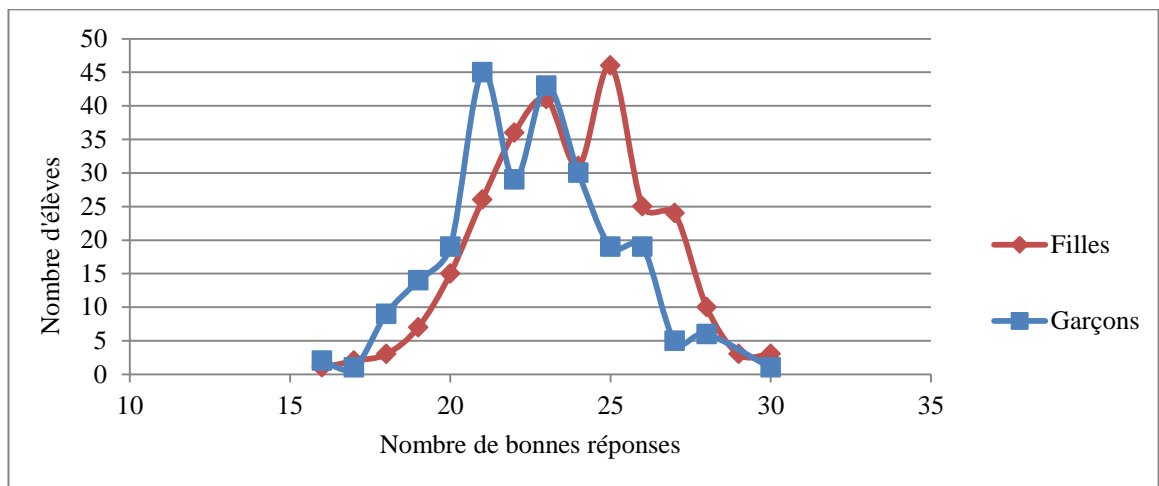


Figure 3 : Distribution du nombre de réponses correctes selon le sexe.

2. Comparaison des connaissances selon le type de filière

Les moyennes de bonnes réponses par nombre d'élèves étaient respectivement 25,81 pour les élèves inscrits en filière générale et 26,00 pour ceux inscrits en filière professionnelle. Ici, la valeur de t pour 355,197 degrés de liberté est de 0,7167 et p vaut 0,4741. La valeur de p étant largement supérieure au seuil de signification de 0,05, on conserve donc l'hypothèse nulle.

La conclusion de ce test est que les taux de bonnes réponses ne diffèrent pas significativement entre les deux populations.

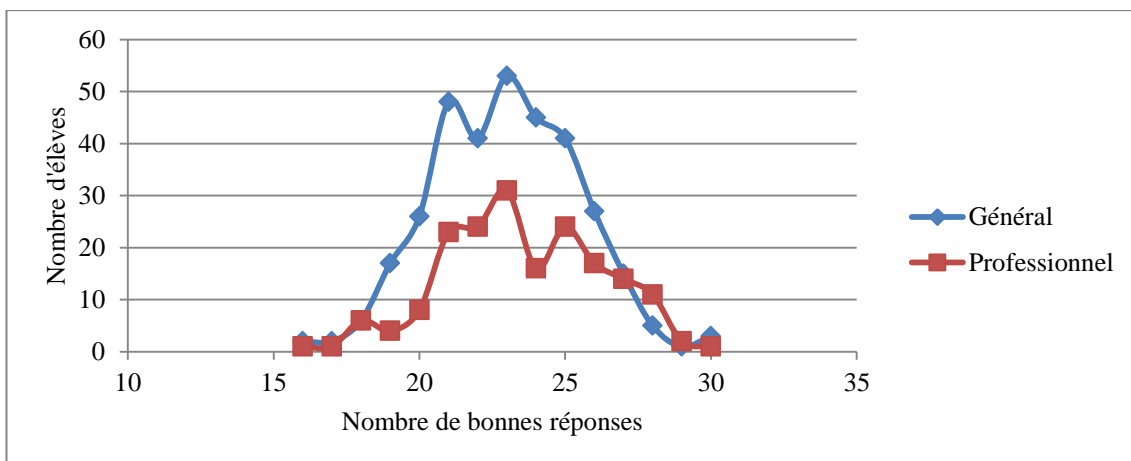


Figure 4 : Distribution du nombre de réponses correctes selon le type de filière.

3. Comparaison des connaissances chez les adolescentes ayant déjà consulté ou non un gynécologue ou une sage-femme

Les moyennes de bonnes réponses par nombre d'élèves étaient respectivement 26,56 pour les filles ayant débuté un suivi gynécologique et 26,25 pour celles n'ayant jamais consulté de gynécologue ou sage-femme. Le test t de Student ne met en évidence aucune différence significative de qualité des connaissances des adolescentes qu'elles aient débuté un suivi gynécologique ou non, avec $t = 0,8583$ pour 258,279 degrés de liberté et un $p\text{-value} = 0,3915$. L'hypothèse nulle est conservée.

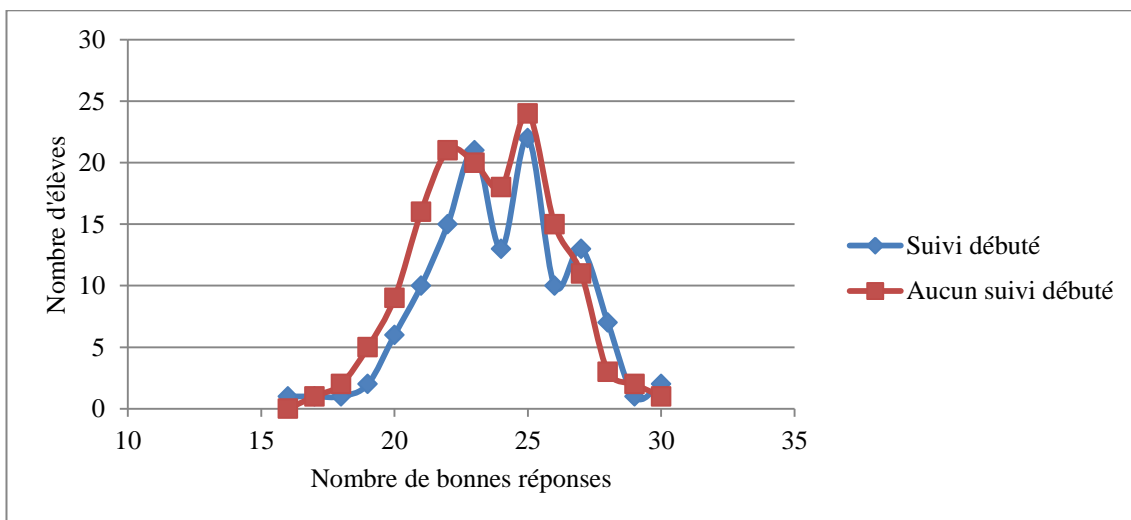


Figure 5 : Distribution du nombre de réponses correctes pour les filles ayant ou non un début de suivi gynécologique.

Nous nous sommes donc intéressés à la différence entre les adolescentes ayant consulté pour obtenir une contraception et celles ayant consulté pour d'autres motifs.

Les moyennes de bonnes réponses par nombre d'élèves étaient respectivement 27,25 pour les filles ayant consulté pour contraception et 25,25 pour celles ayant consulté pour d'autres motifs. Le test t de Student a produit $t = 3,0912$ pour 88,473 degrés de liberté et $p\text{-value} = 0,002666$. La valeur de p étant largement inférieure au seuil de signification de 0,05, on rejette donc l'hypothèse nulle.

La conclusion de ce test est que les filles ayant consulté un gynécologue ou une sage-femme avec pour motif la prescription d'une contraception ont de meilleures connaissances sur la P.C.U. que celles qui ont consulté pour d'autres motifs, et cette différence est statistiquement significative.

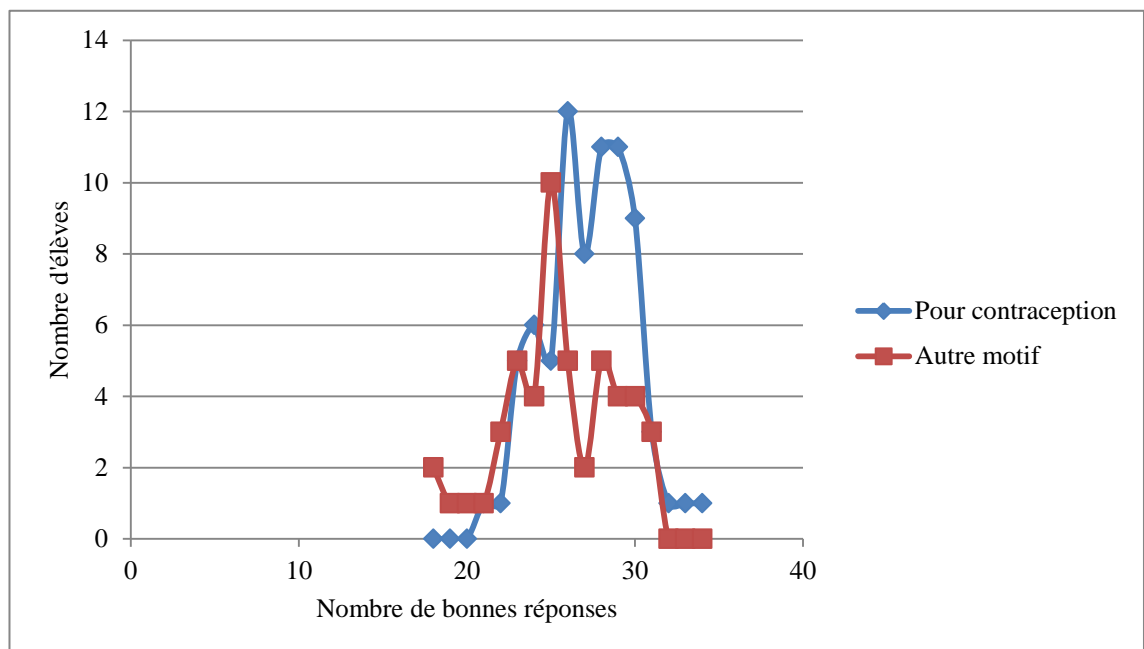


Figure 6 : Distribution du nombre de réponses correctes pour les filles selon le motif de consultation.

4. Connaissances des élèves sur la définition de pilule d'urgence

Cette question comprenait quatre propositions traitant de ce qu'était une P.C.U. Au total, 83,88% (n=432) des élèves interrogés savaient que la P.C.U. était une pilule qui s'administrait en une seule prise, 6,60% (n=35) pensaient qu'il s'agissait d'une pilule qui s'administrait en plusieurs prises, et 20,58% (n=106) ont stipulé qu'il s'agissait d'une méthode d'avortement.

Peu d'élèves ont déclaré ne pas savoir ce qu'était une P.C.U., soit 3,38% (n=20).
 1,36% (n=7) des élèves n'ont pas répondu à cette question.

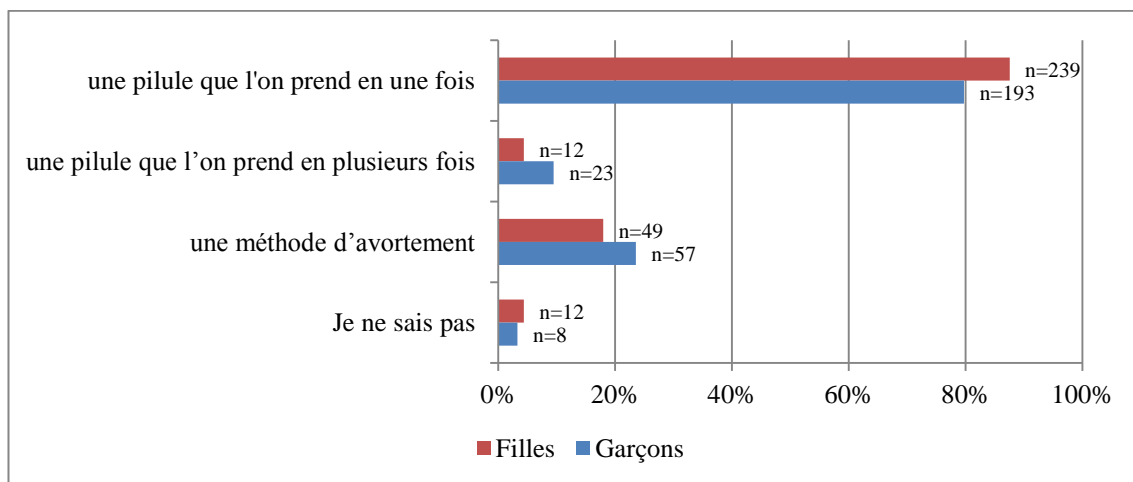


Figure 7 : Taux de réponses par proposition sur la définition de la P.C.U. selon le sexe.

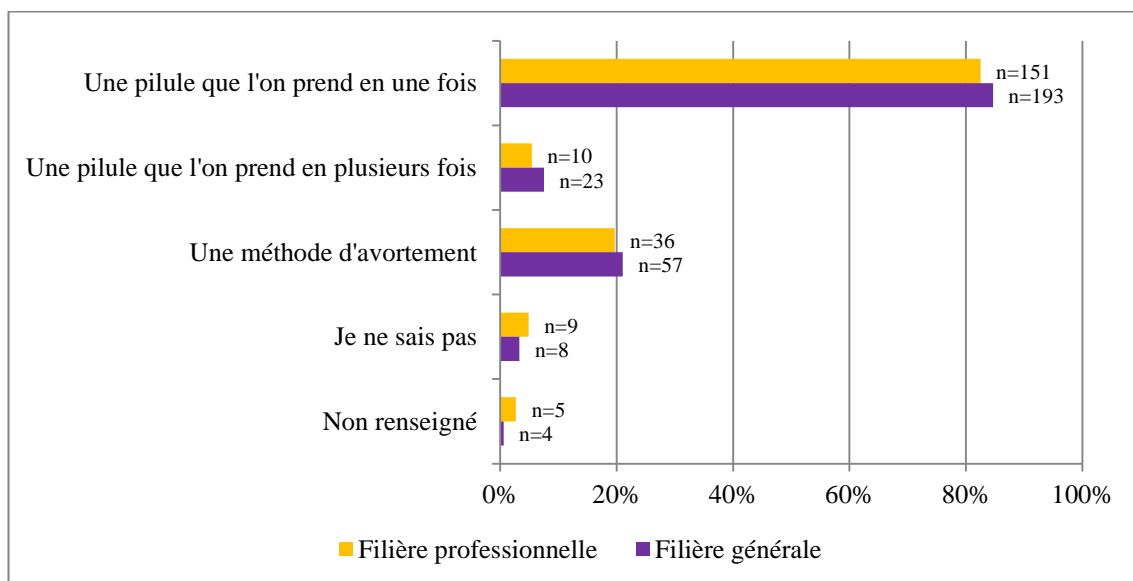


Figure 8 : Taux de réponses par proposition sur la définition de la P.C.U. selon le type de filière.

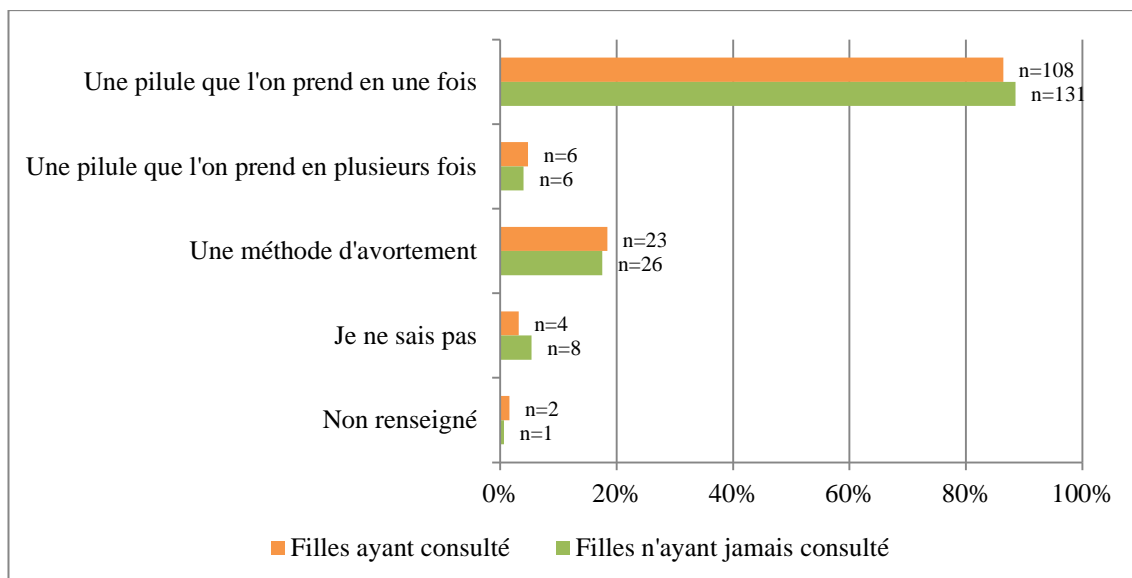


Figure 9 : Taux de réponses par proposition sur la définition de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

5. Connaissances des élèves sur les délais recommandés de prise de la pilule d'urgence après un rapport sexuel non protégé

Au total, seuls 14,17% des élèves (n=73) connaissaient le délai d'action de Norlevo[®] de 72h, et seuls 2,72% d'entre eux (n=14) connaissaient le délai de 120h pour Ellaone[®]. La majorité des élèves, soit 34,95% (n=180), pensaient que les deux P.C.U. devaient être prises au plus tard dans les 24h suivant les rapports sexuels non protégés. 30,87% (n=159) pensaient que le délai maximal de prise était de 48h pour les deux pilules.

102 élèves, soit 19,81% de la population interrogée, ont déclaré ne pas connaître les délais d'action de la P.C.U., et 6 élèves (soit 1,17%) n'ont pas répondu à la question.

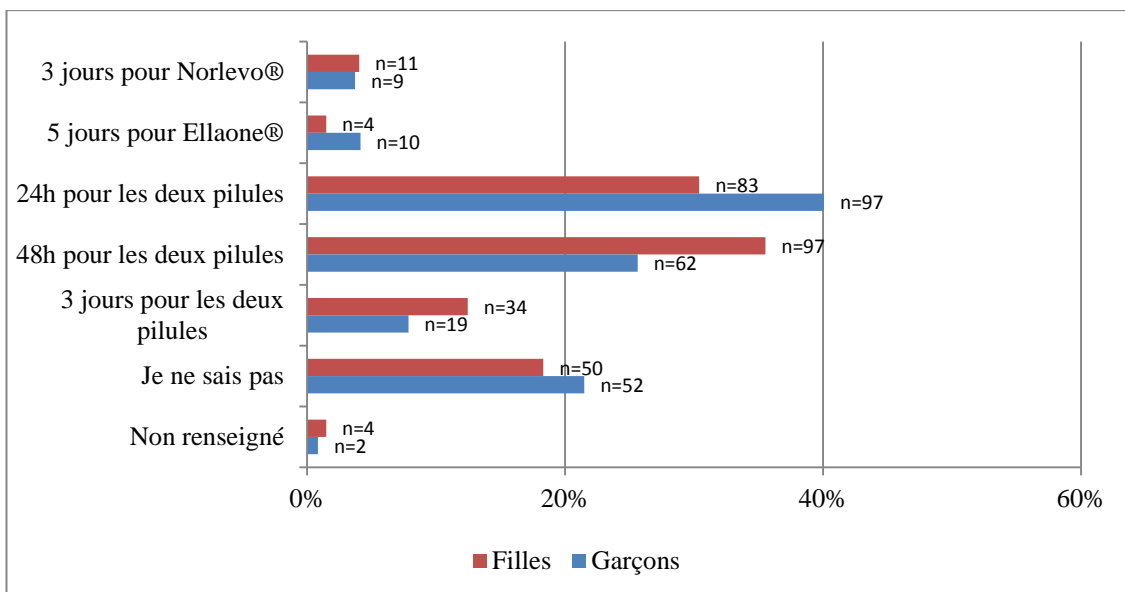


Figure 10 : Taux de réponses par proposition sur les délais recommandés de prise de la P.C.U. selon le sexe.

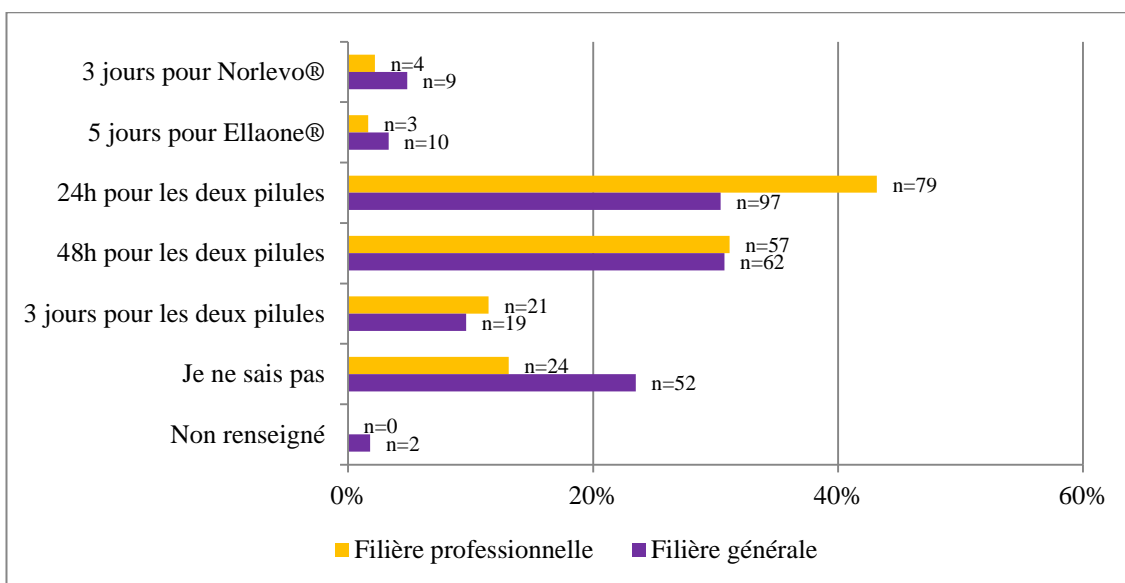


Figure 11 : Taux de réponses par proposition sur les délais recommandés de prise de la P.C.U. selon le type de filière.

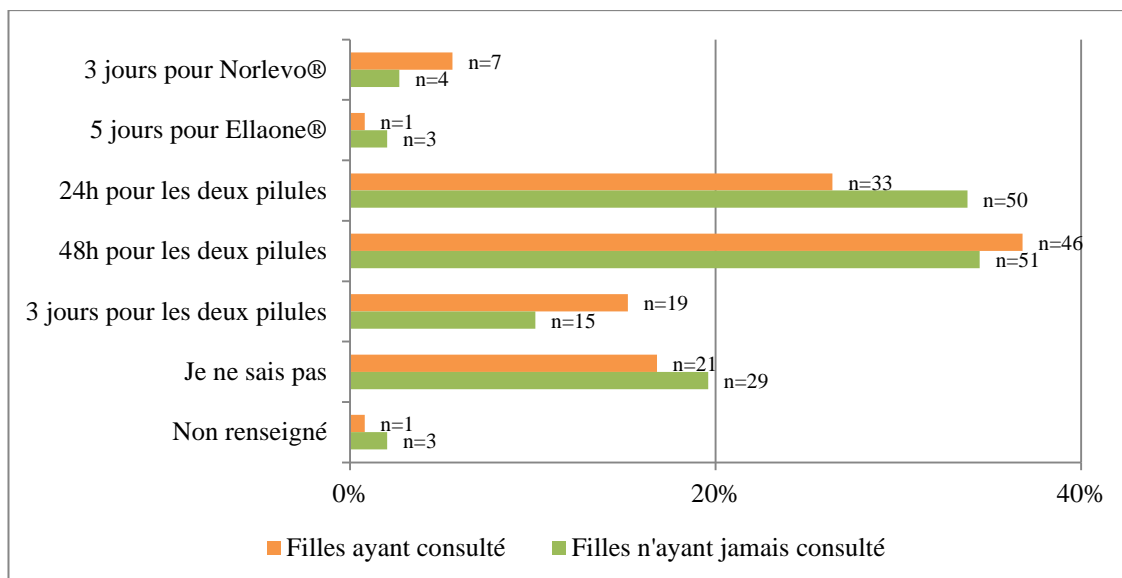


Figure 12 : Taux de réponses par proposition sur les délais recommandés de prise de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

6. Connaissances des élèves sur les modalités d'obtention de la pilule d'urgence

La plupart des élèves, soit 82,33% (n=424) d'entre eux, savaient que la P.C.U. était accessible dans les pharmacies. 2,91% (n=15) pensaient qu'une ordonnance était nécessaire pour l'obtenir, et 24,08% (n=124) savaient qu'une des deux pilules était disponible sans ordonnance. 4,27% (n=22) des élèves interrogés pensaient qu'un consentement était nécessaire pour les jeunes filles mineures.

Seule la moitié des élèves, soit 54,17% (n=279), savait qu'il était possible de se faire délivrer une P.C.U. dans un centre de planification et d'éducation familiale, et seulement 38,06% (n=196) savaient que les infirmiers scolaires étaient habilités à en délivrer.

39 élèves (soit 7,57% de la population) ont déclaré ne pas savoir comment se procurer une P.C.U. et 4 élèves (0,78%) n'ont pas répondu à la question.

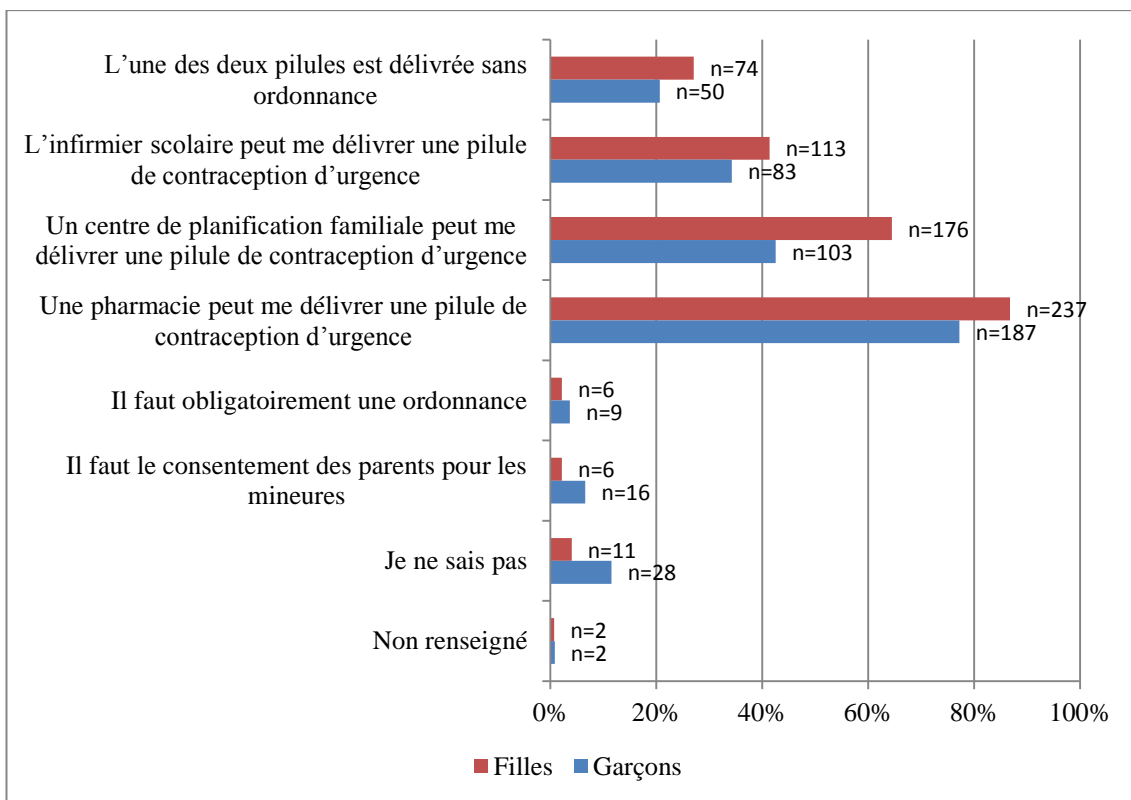


Figure 13 : Taux de réponses par proposition sur les modalités d'obtention de la P.C.U. selon le sexe.

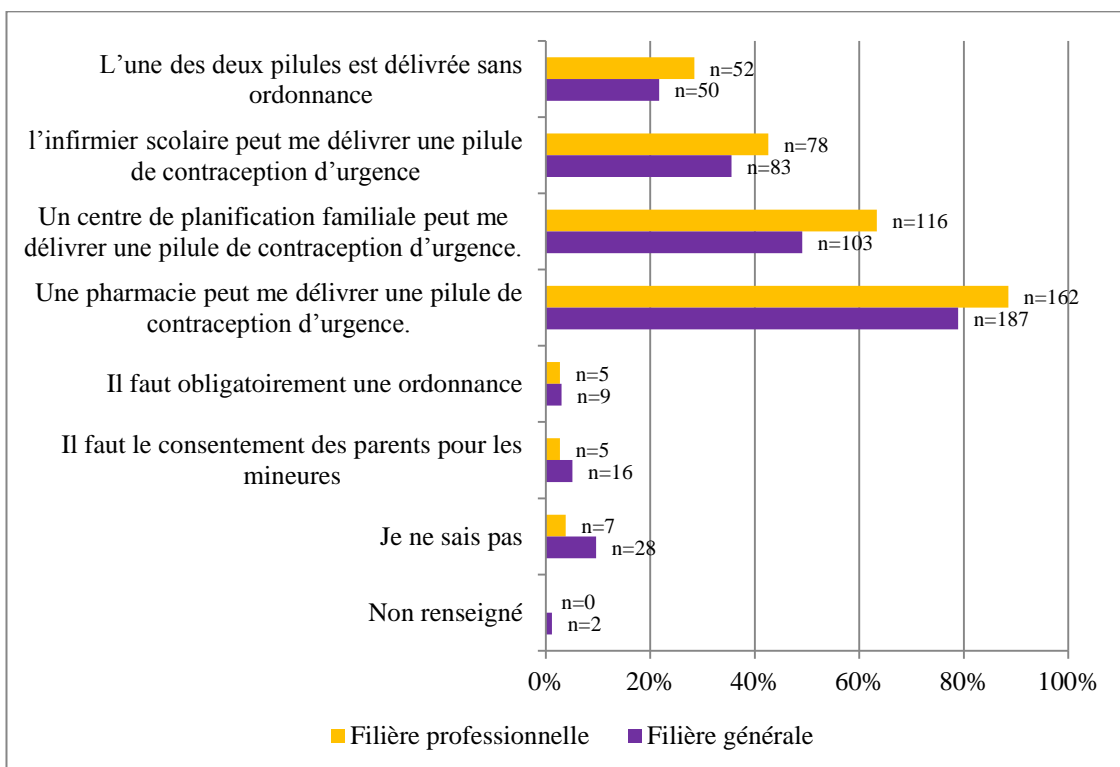


Figure 14 : Taux de réponses par proposition sur les modalités d'obtention de la P.C.U. selon le type de filière.

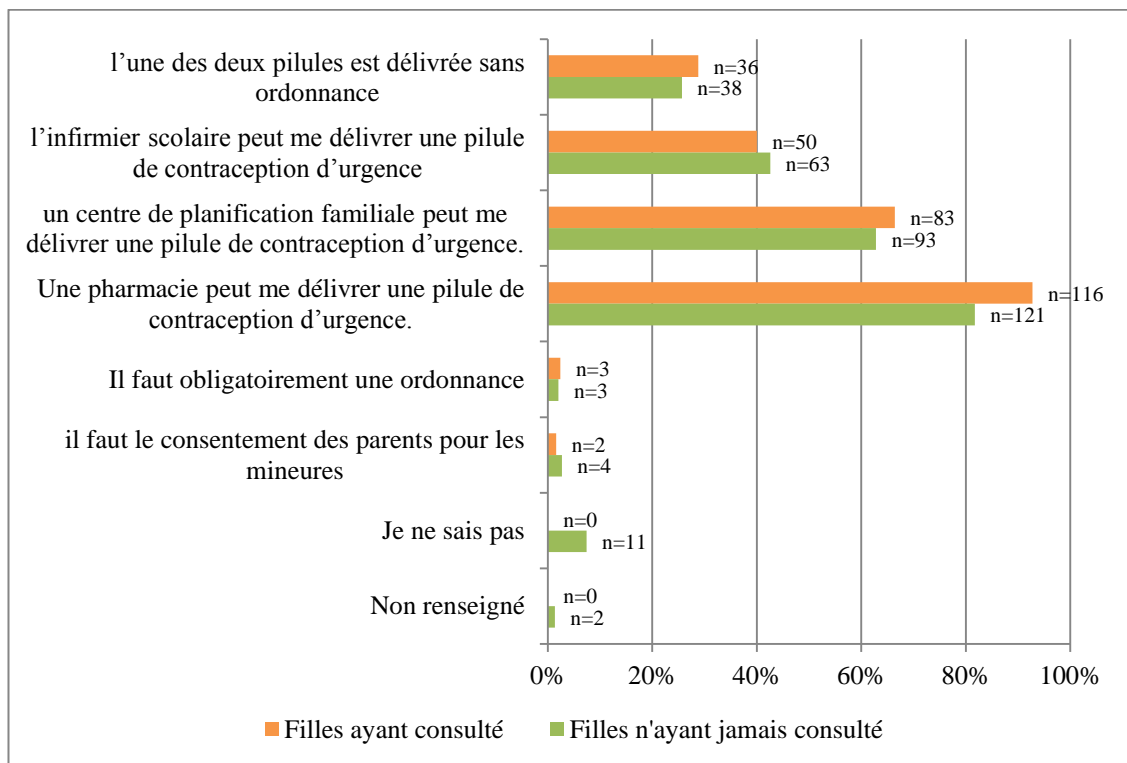


Figure 15 : Taux de réponses par proposition sur les modalités d'obtention de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

7. Connaissances des élèves sur le coût d'obtention de la pilule d'urgence

Seuls 32,43% (n=167) de la population interrogée savait que Norlevo[®] était dispensée gratuitement aux mineures. 25,83%(n=133) des élèves pensaient que les P.C.U. étaient gratuites pour toutes les femmes, et 29,51%(n=152) pensaient qu'EllaOne[®] était gratuite pour les mineures. Peu d'élèves, soit 4,66%(n=24) estimaient que le prix de Norlevo[®] excédait 10 euros.

La majorité des élèves, soit 38,25%(n=197), ont admis ne pas connaître les prix des P.C.U. 1,17% des élèves (n=6) n'ont pas répondu à la question.

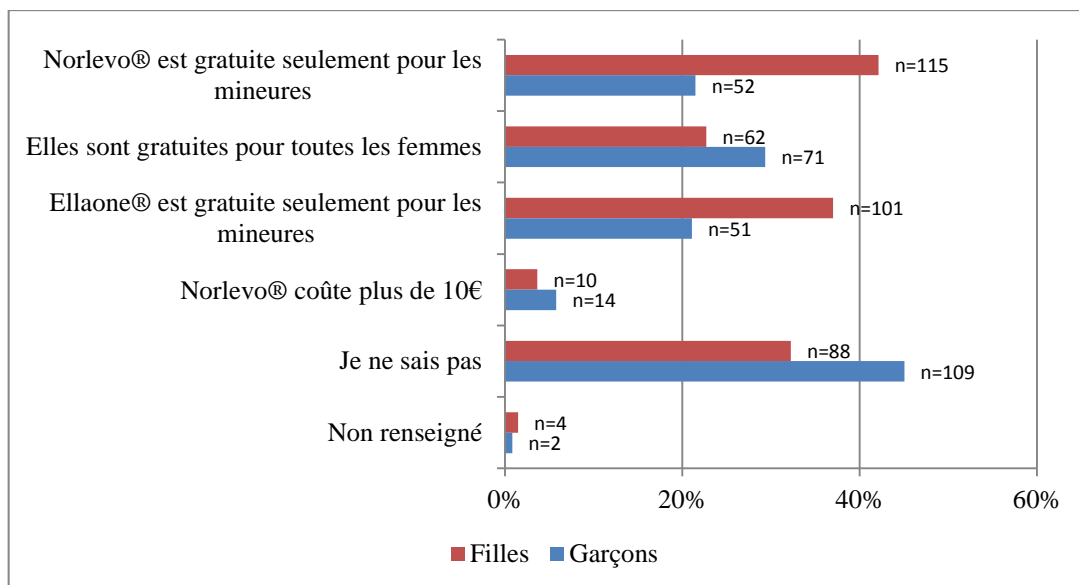


Figure 16 : Taux de réponses par proposition sur le coût d'obtention de la P.C.U. selon le sexe.

52 soit 41,60% des filles mineures de 18 ans ont correctement répondu que la pilule Norlevo® est gratuite pour les mineures.

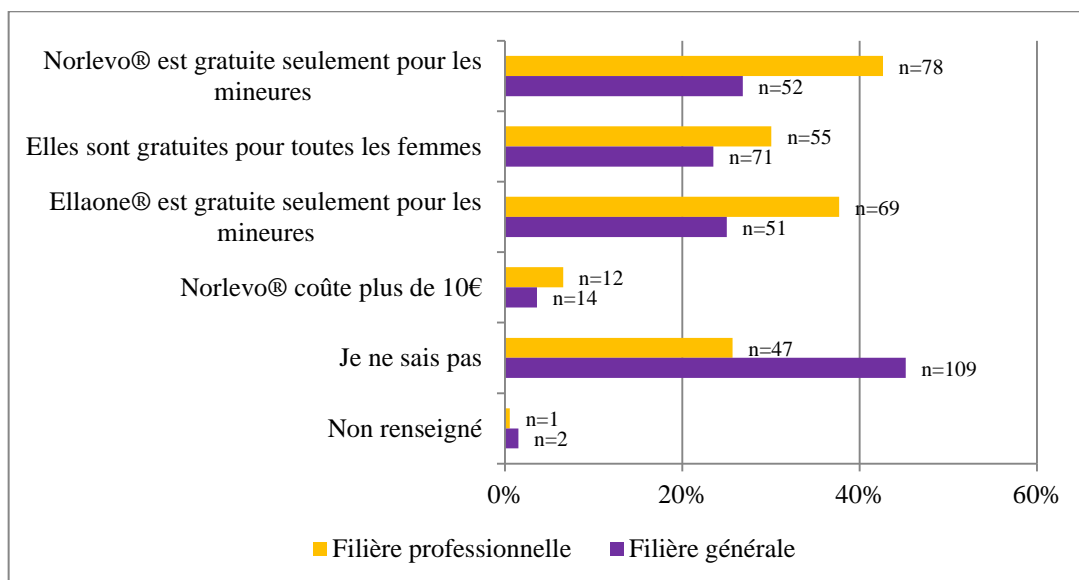


Figure 17 : Taux de réponses par proposition sur le coût d'obtention de la P.C.U. selon le type de filière.

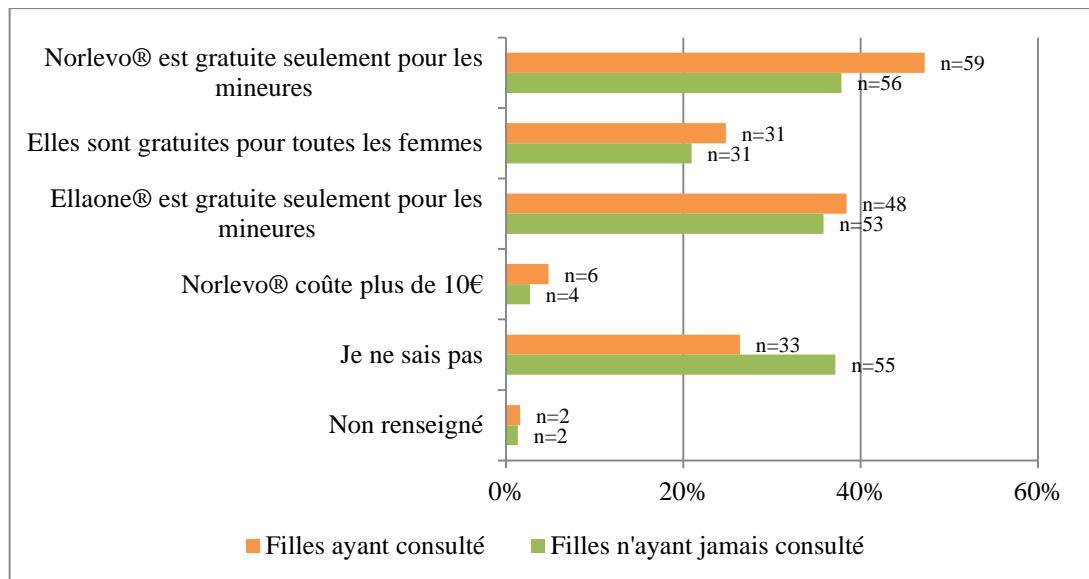


Figure 18 : Taux de réponses par proposition sur le coût d'obtention de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

8. Connaissances des élèves sur les modalités de prise de la pilule d'urgence

La majorité des élèves, soit 80% (n=412) ont déclaré que la P.C.U. était indiquée en cas de rapports sexuels non protégés, et seulement 40,78% (n=210) en cas d'oubli de pilule contraceptive régulière de plus de 12h. 5,63% (n=29) ont déclaré qu'il fallait la prendre si le rapport sexuel avait eu lieu pendant les règles.

15,53% (n=80) avaient la notion qu'il était recommandé de reprendre une P.C.U. en cas de vomissements dans les 3h qui suivent la prise du premier comprimé.

Au total, 47,96% (n=247) des élèves pensaient que la fréquence de prise de la P.C.U. était limitée. 23,88% (n=123) ont déclaré qu'il était contraindiqué de la prendre plusieurs fois dans le même mois, 10,29% (n=53) pensaient qu'il était contraindiqué de la prendre plusieurs fois dans une année et 13,79% (n=71), plusieurs fois au cours de la vie génitale.

Le taux de non réponses s'élevait à 1,36% (n=7) pour cette question, et 13,20% des élèves interrogés (n=68) ont déclaré ne pas connaître les modalités de prise de la P.C.U.

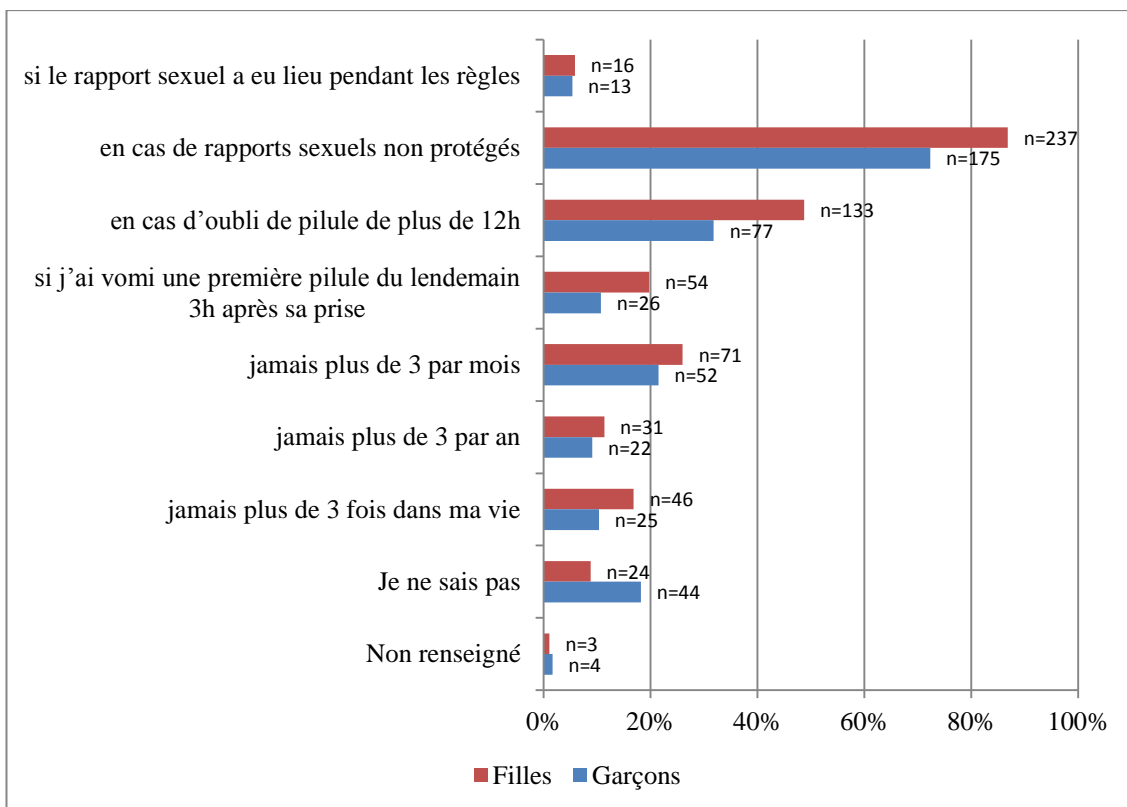


Figure 19 : Taux de réponses par proposition sur les modalités de prise de la P.C.U. selon le sexe.

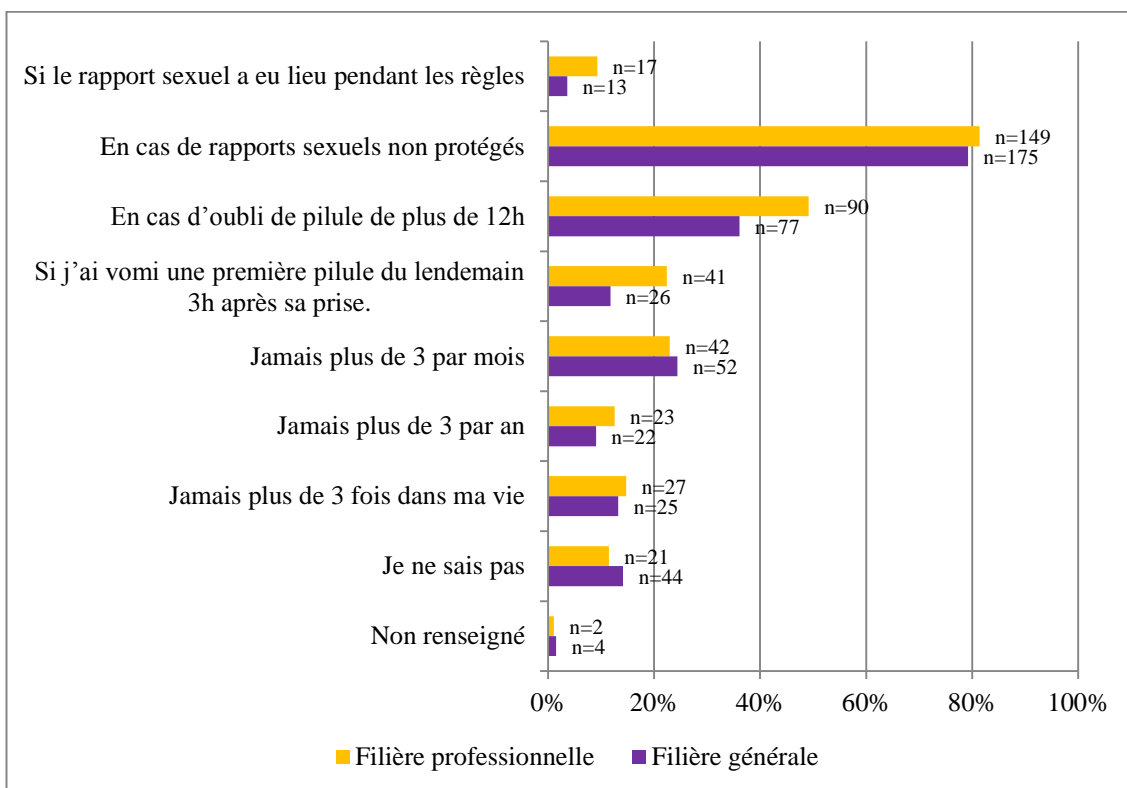


Figure 20 : Taux de réponses par proposition sur les modalités de prise de la P.C.U. selon le type de filière.

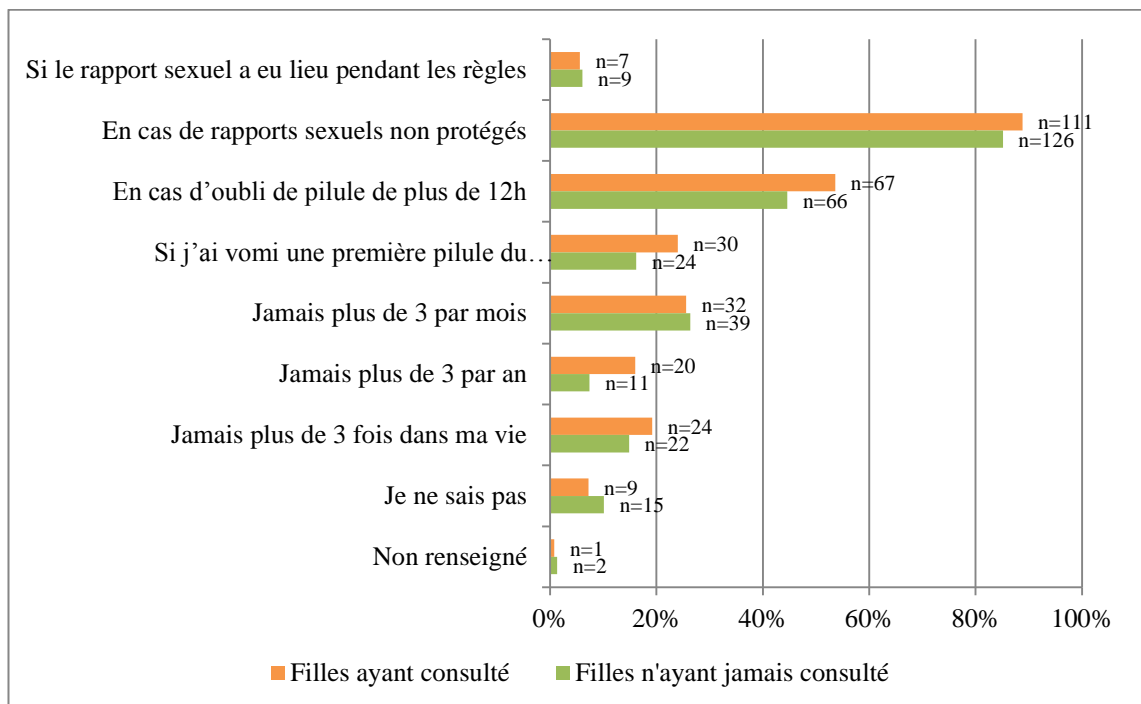


Figure 21 : Taux de réponses par proposition sur les modalités de prise de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

9. Connaissances des élèves sur l'efficacité de la pilule d'urgence

Près de 8 élèves sur 10 (79,42%, n=409) savaient que l'efficacité de la P.C.U. était corrélée au délai de prise. 12,04% (n=62) des élèves pensaient qu'elle n'était efficace que dans 50% des cas, et 11,04% (n=57) pensaient qu'elle était efficace à 100%.

Peu d'élèves, soit 4,27% (n=22), pensaient qu'il était inutile de continuer la contraception régulière pour le reste du cycle après la prise d'une P.C.U., et 0,78% (n=4) pensaient qu'elle protégeait également contre les I.S.T.

Le taux de non-réponses s'élevait à 6,61% (n=32) pour cette question.

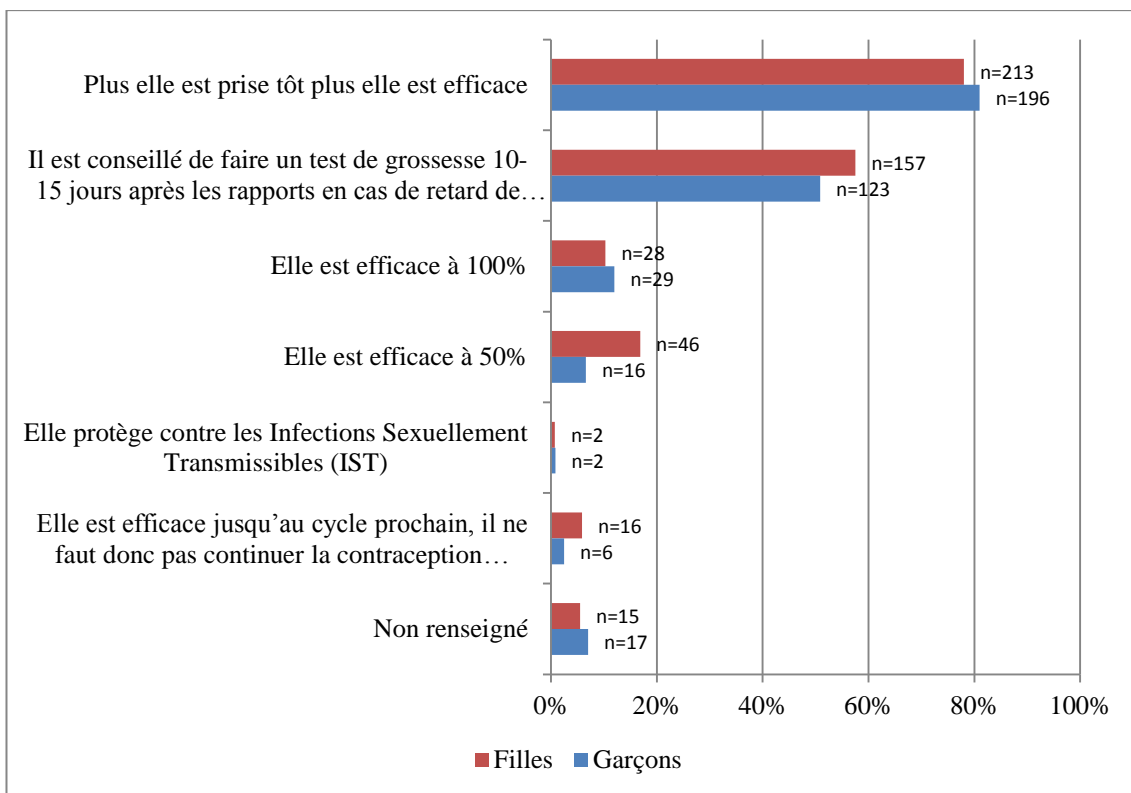


Figure 22 : Taux de réponses par proposition sur l'efficacité de la P.C.U. selon le sexe.

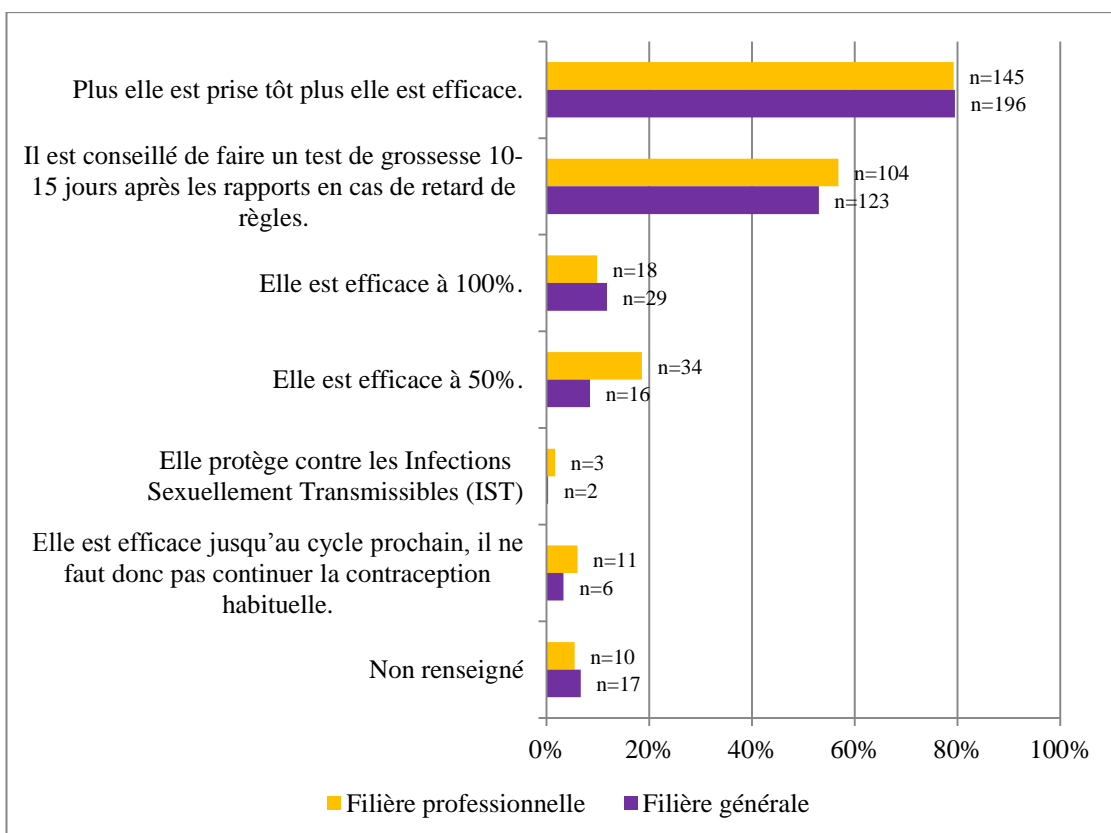


Figure 23 : Taux de réponses par proposition sur l'efficacité de P.C.U. selon le type de filière.

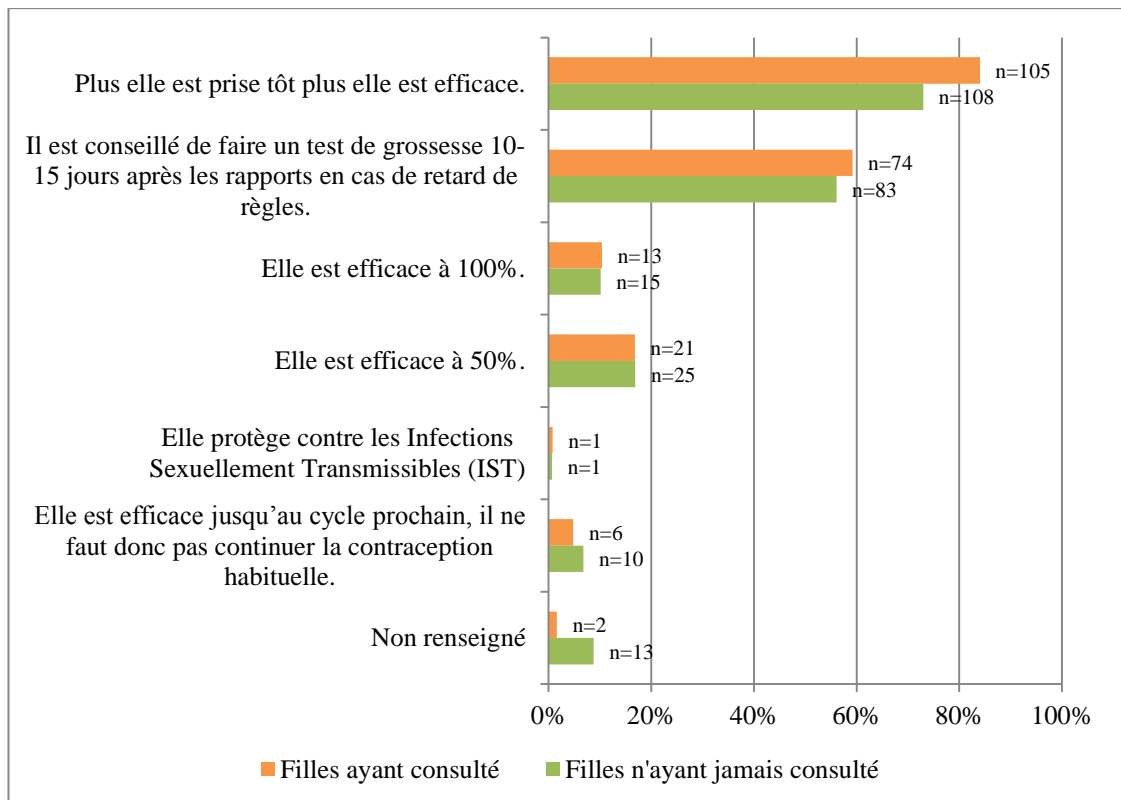


Figure 24 : Taux de réponses par proposition sur l'efficacité de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

10. Connaissances des élèves sur les effets indésirables de la pilule d'urgence

Les effets secondaires à type de nausées et vomissements ont été énoncés par 35,15% (n=181) des élèves interrogés, et 47,77% (n=246) ont énoncé une modification de la date des règles comme effet indésirable possible.

15,15% des élèves (n=78) pensaient que la P.C.U. entraînait une diminution de la fertilité à long terme et 4,08% (n=21) déclaraient qu'elle avait un effet tératogène en cas de survenue d'une grossesse.

33,59% (n=173) des élèves ont déclaré ne pas connaître les effets secondaires de la P.C.U. 1,36% (n=7) n'ont pas répondu à la question.

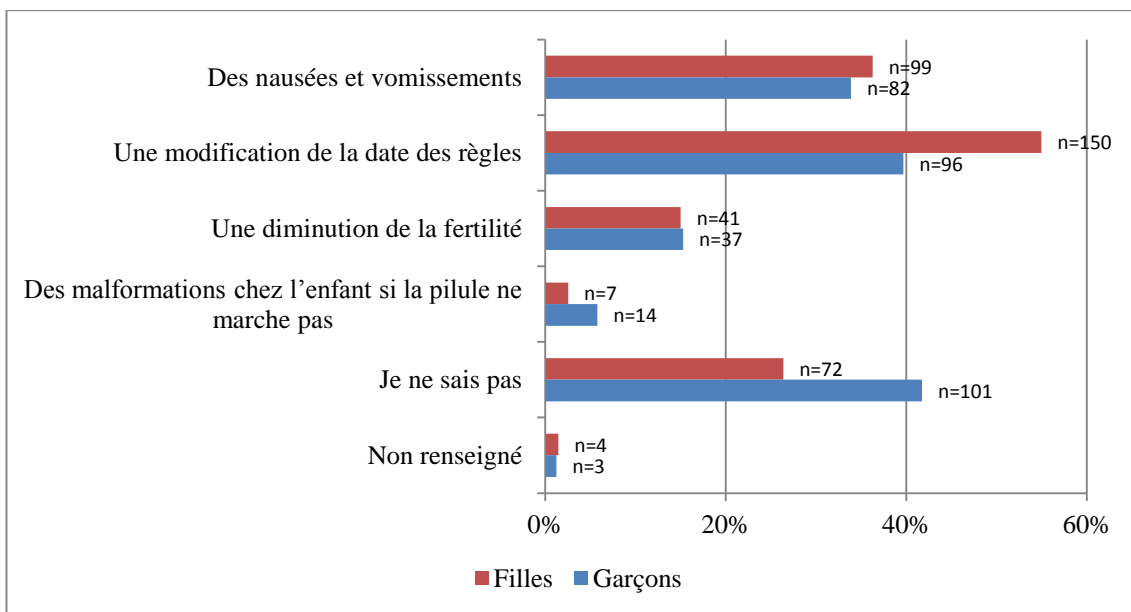


Figure 25 : Taux de réponses par proposition sur les effets secondaires de la P.C.U. selon le sexe.

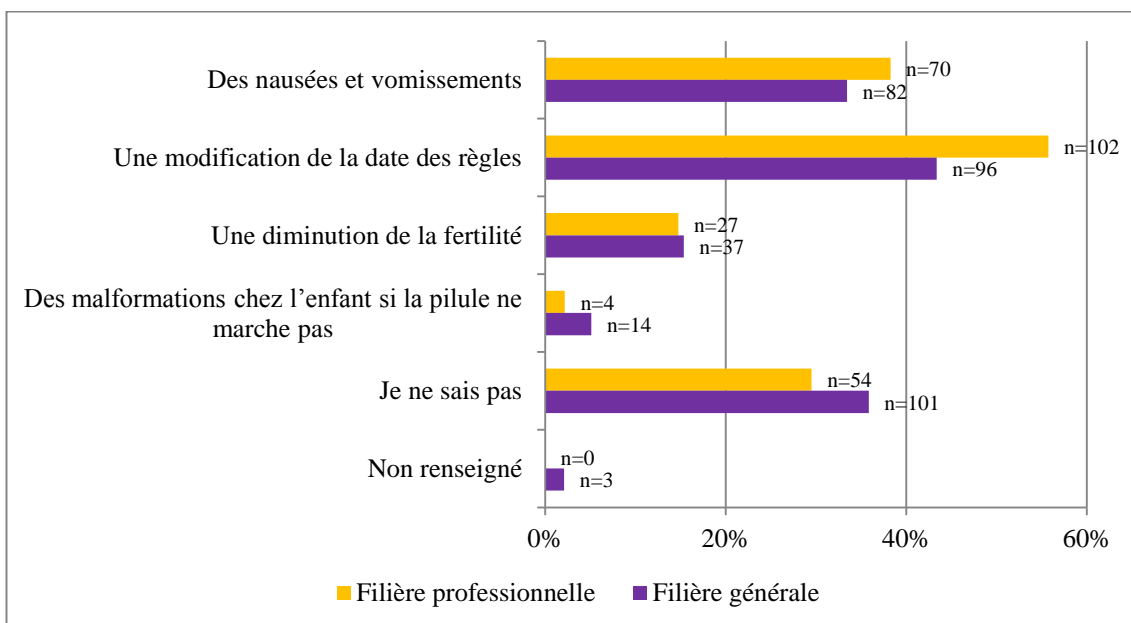


Figure 26 : Taux de réponses par proposition sur les effets secondaires de la P.C.U. selon le type de filière.

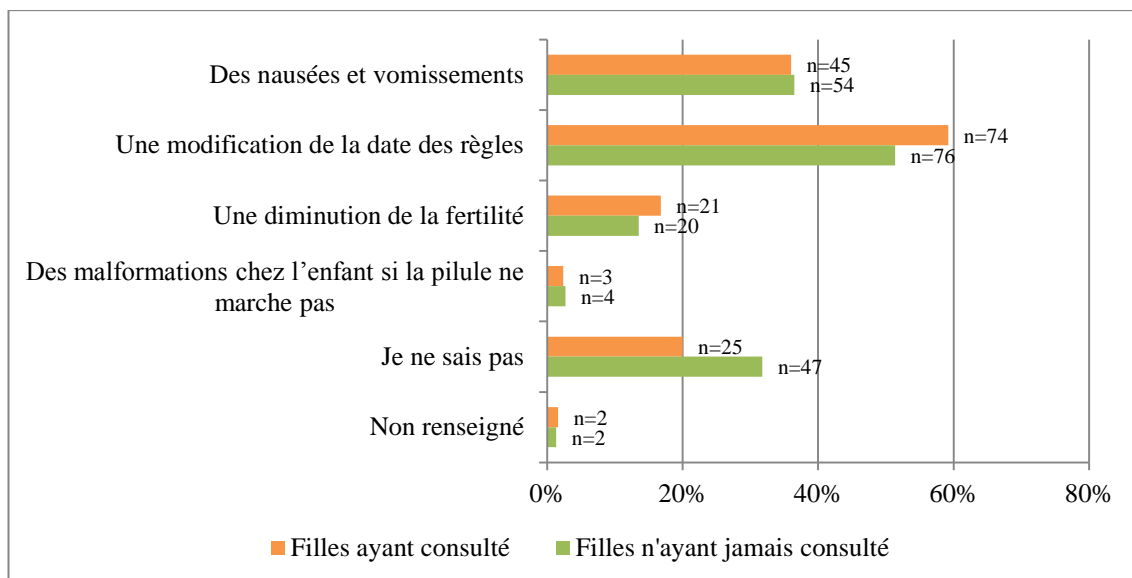


Figure 27 : Taux de réponses par proposition sur les effets secondaires de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

III/ Marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés selon les lycéen(ne)s.

1. Marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception selon les lycéens

Parmi tous les élèves interrogés, seuls 71,84% (n=370) déclarent qu'ils prendraient la P.C.U. (ou la conseilleraient à leur partenaire pour les garçons) en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'échec de contraception régulière.

Seule la moitié des élèves (52,62%, soit n=271) déclare qu'ils effectueraient un dépistage des I.S.T. dans cette situation.

En ce qui concerne l'évaluation du risque de grossesse, 16,12% (n=83) des élèves interrogés pensaient qu'il fallait attendre la survenue des menstruations suivantes avant d'agir, et 34,56% (n=178) pensaient qu'il était recommandé d'effectuer un test de grossesse immédiatement après les rapports sexuels non protégés.

5,53% des élèves ont déclaré ne savoir quelle était la marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés et/ échec de contraception régulière. 1,36% (n=7) n'ont pas répondu à la question.

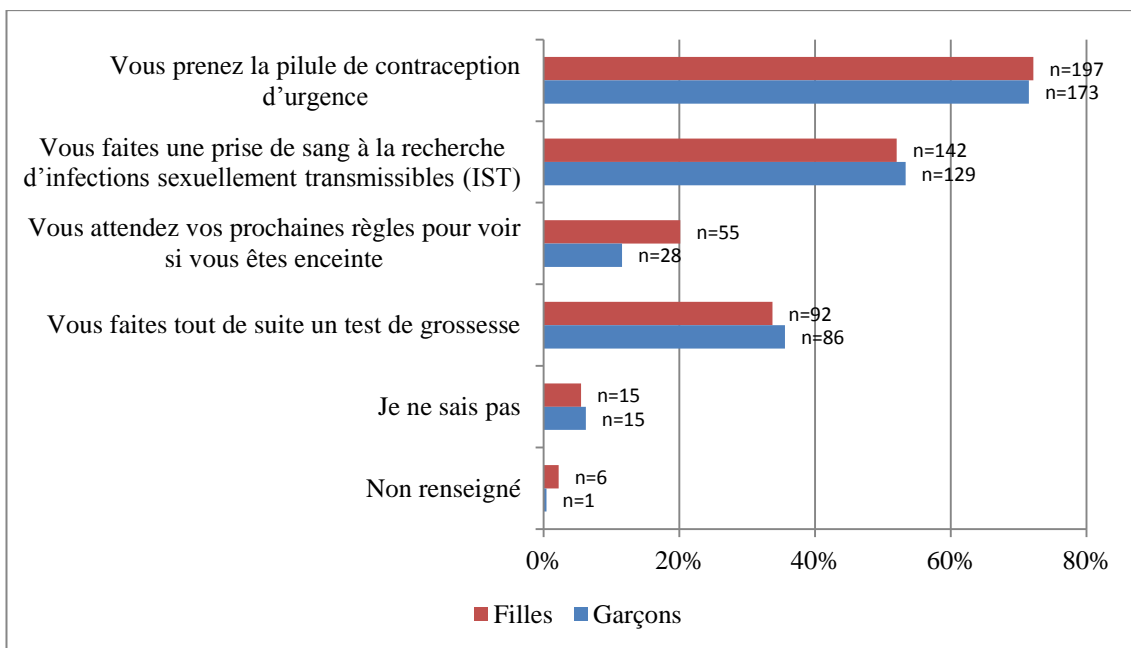


Figure 28 : Taux de réponses par proposition sur la marche à suivre en case de rapports sexuels non protégés selon le sexe.

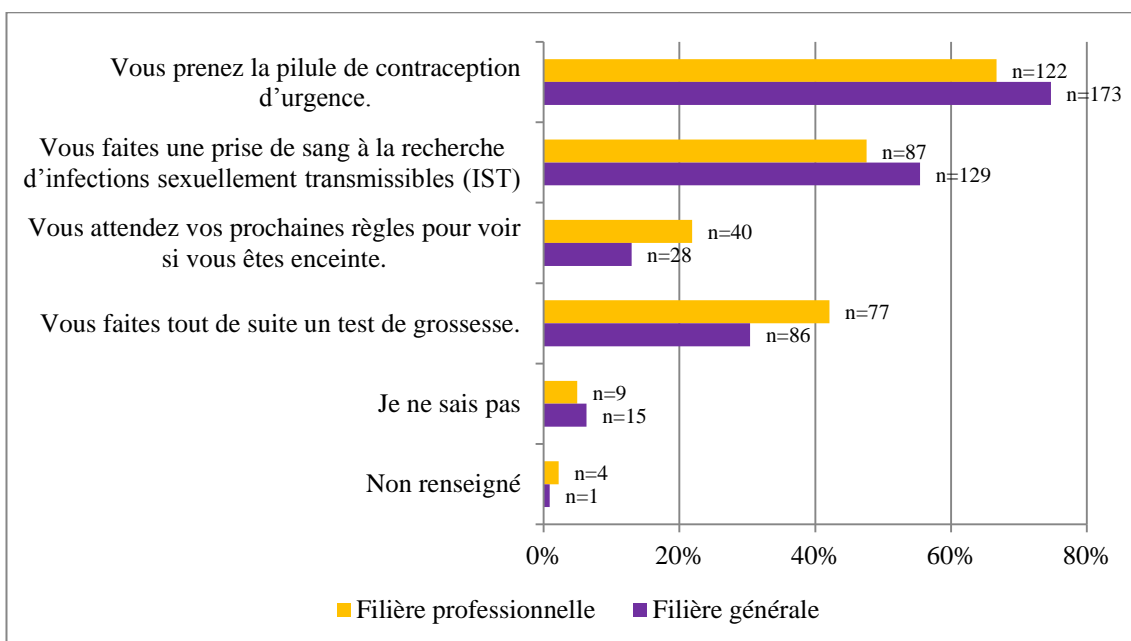


Figure 29 : Taux de réponses par proposition sur la marche à suivre en case de rapports sexuels non protégés selon le type de filière.

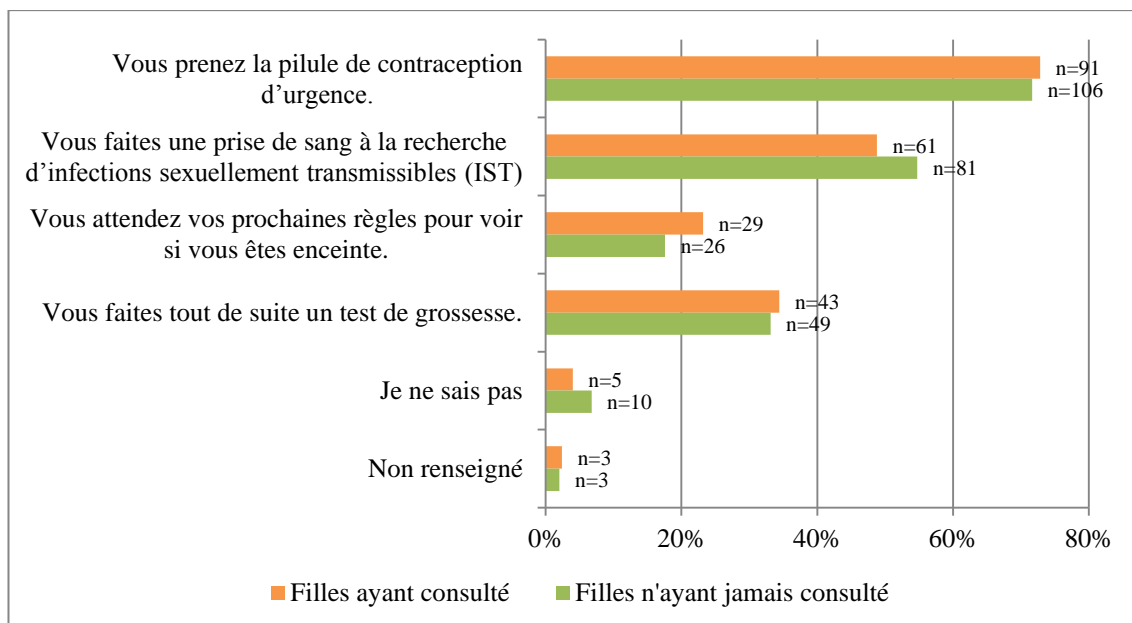


Figure 30 : Taux de réponses par proposition sur la marche à suivre en case de rapports sexuels non protégés selon l'existence d'un suivi gynécologique.

2. Motifs de non prise de la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés

La majeure partie des élèves n'ont déclaré aucune raison de ne pas prendre la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception régulière, soit 50,68% d'entre eux (n=261).

Le premier obstacle entraînant des réticences chez les adolescents interrogés à prendre la P.C.U. était la crainte des effets secondaires : 93 élèves, soit 18,06% l'ont énoncé comme frein à son recours.

12,82% (n=66) des élèves déclaraient qu'ils ne reconnaissaient pas le risque de grossesse en cas de rapports sexuels non protégés, et 9,13% (n=47) estimaient que la P.C.U. n'était pas nécessaire. Aucun élève n'a coché les deux propositions.

6,61% (n=32) affirmaient que leur religion ou leur philosophie s'opposait à l'utilisation de la P.C.U. Par ailleurs, 8,93% (n=46) déclaraient que la crainte du regard des autres constituait un frein au recours à la P.C.U.

3,50% (n=18) désignaient la difficulté d'accès comme frein au recours à la P.C.U., et un élève (0,19%) a précisé que cette difficulté était liée au délai d'efficacité qu'il pensait de 24h. Une élève (0,19%) précisait qu'elle n'aurait pas recours à la P.C.U. en raison de son homosexualité, et 3 élèves (0,58%) ont déclaré qu'ils ne la prendraient pas (ou la déconseilleraient pour les garçons) en raison de son prix. 2 élèves (0,39%) ont déclaré qu'ils pensaient oublier la P.C.U. dans une situation de rapports sexuels non protégés.

Enfin, 0,58% (n=3) des élèves ont coché la proposition « autre » sans fournir de précision.

Chez les filles, le taux de non-réponses s'élevait à 38,83% (n=106). Au total, 31,86% des filles ont répondu, soit qu'il n'y avait pas de risque de grossesse, soit que la P.C.U. n'était pas nécessaire en cas de rapports sexuels non protégés.

Tableau 4 : Motifs de non recours à la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'oubli de contraception chez les filles.

Motif - Filles	% (n)
Peur des effets secondaires	21,61% (59)
Pas de risque de grossesse	19,41% (53)
Elle n'est pas nécessaire	12,45% (34)
Peur du regard des autres (en allant la chercher)	11,72% (32)
Contre ma religion ou ma philosophie	5,49% (15)
Pas d'endroit pour se la procurer à proximité	4,03% (11)
Prix	1,1% (3)
Homosexualité	0,37% (1)
Oubli	0,37% (1)

Chez les garçons, le taux de non-réponses s'élevait à 64,05% (n=155). Au total, 10,74% des garçons ont répondu, soit qu'il n'y avait pas de risque de grossesse, soit que la P.C.U. n'était pas nécessaire en cas de rapports sexuels non protégés.

Aucune des 3 filles ayant déclaré que le prix de la P.C.U. constituait un frein à son utilisation n'était mineure.

Tableau 5 : Motifs de non recours à la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'oubli de contraception chez les garçons.

Motif - Garçons	% (n)
Peur des effets secondaires	14,05% (n=34)
Contre ma religion ou ma philosophie	7,02% (n=17)
Peur du regard des autres (en allant la chercher)	5,79% (n=14)
Elle n'est pas nécessaire	5,37% (n=13)
Pas de risque de grossesse	5,37% (n=13)
Pas d'endroit pour se la procurer à proximité	2,89% (n=7)
Impossibilité d'en trouver dans les 24h	0,41% (n=1)
Oubli	0,41% (n=1)
Non précisé	1,24% (n=3)

Sur les 31 élèves ayant coché la proposition « contre ma religion ou ma philosophie », 8, soit 25,81%, avaient précédemment affirmé que la P.C.U. était une méthode d'avortement.

IV/ Sources d'informations des élèves.

1. Différentes sources d'informations

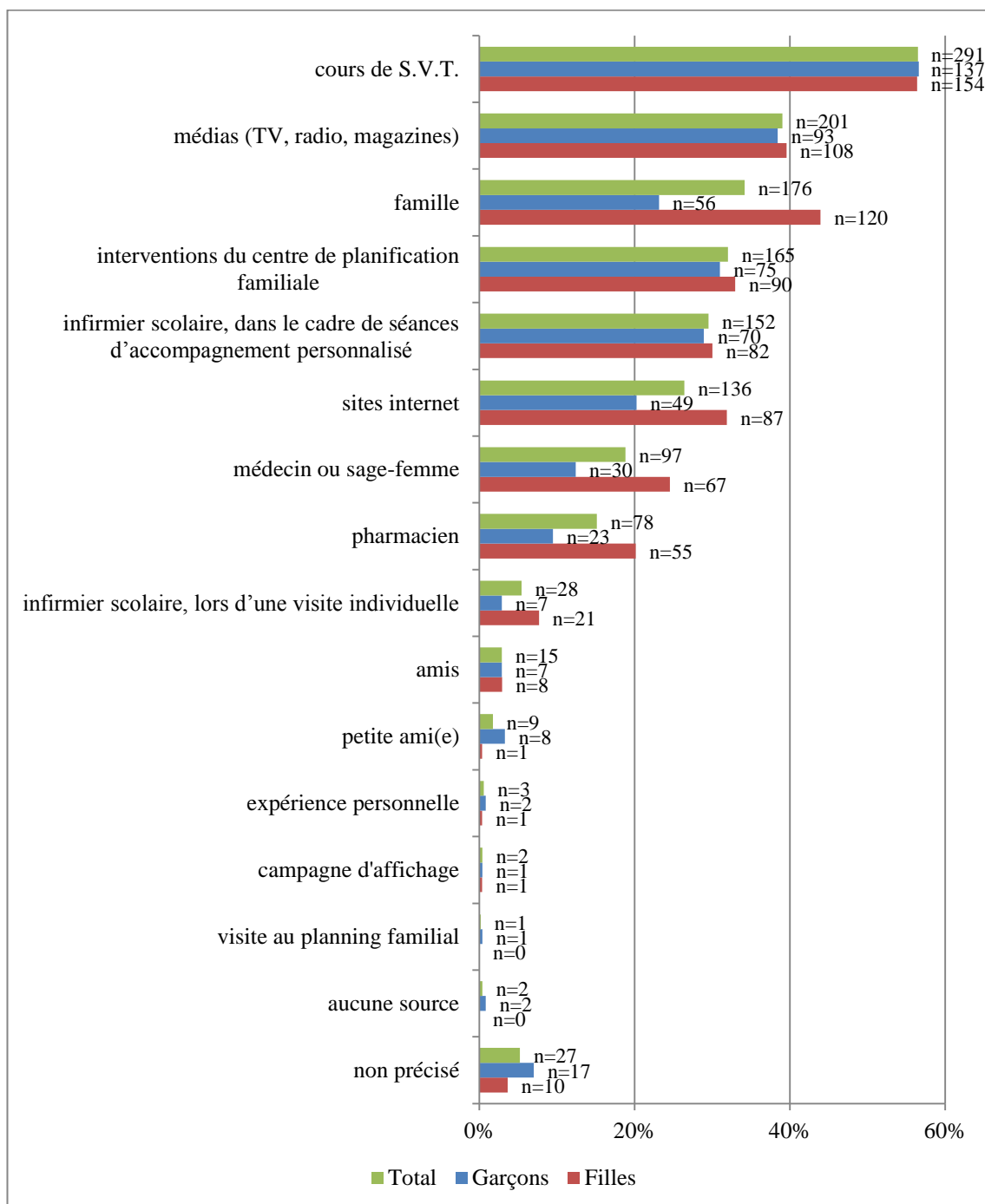


Figure 31 : Sources d'informations à propos de la P.C.U. des élèves selon le sexe.

En ce qui concerne les séances d'accompagnement personnalisé organisé par les infirmiers scolaires, les élèves les énonçant comme source d'information étaient au nombre de :

- 16 dans le lycée Lafayette, soit 28,07% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.
- 56 dans le lycée de Chamalières, soit 27,72% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.
- 28 dans le lycée Marie Curie, soit 45,90% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.
- 10 dans le lycée Camille Claudel, soit 32,26% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.
- 42 dans le lycée Ambroise Brugière, soit 25,61% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.

2. Interventions extérieures en établissement scolaire

2.1. Fréquence des interventions selon les élèves

Au total, 53,0% (n=273) déclaraient déjà avoir eu une intervention qui abordait le thème de la P.C.U., et 44,1% (n=227) déclaraient ne jamais en avoir bénéficié. 2,9% (n=15) n'ont pas répondu à la question.

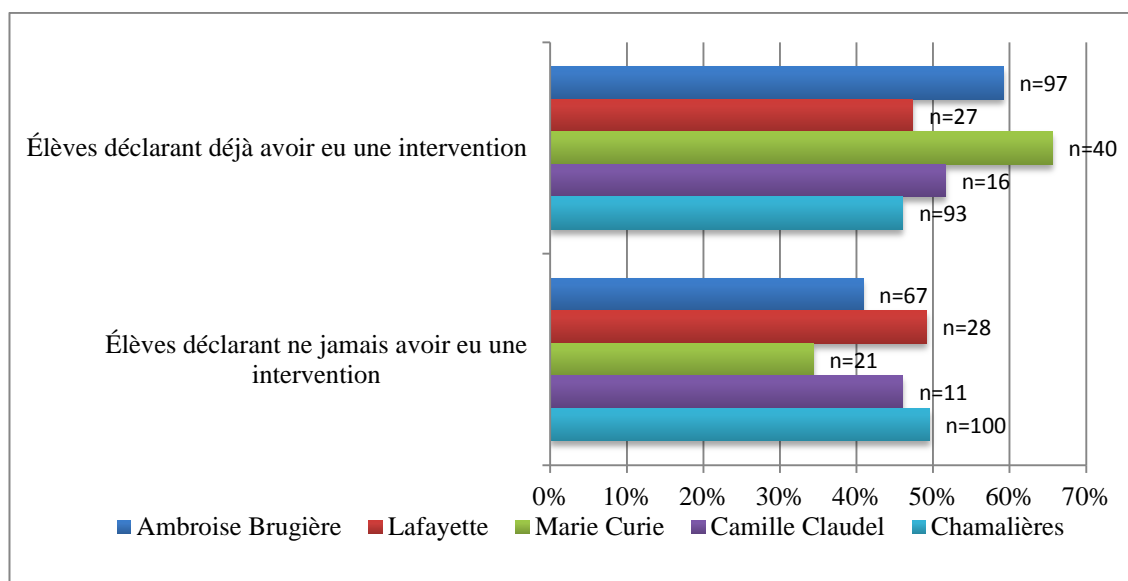


Figure 32 : Taux d'élèves déclarant avoir ou non bénéficié d'interventions qui abordaient le thème de la P.C.U. par établissement scolaire

Le nombre d'interventions médian par élève ayant déclaré déjà avoir eu une intervention est de 1.

Tableau 6 : Nombre d'interventions abordant le thème de la P.C.U., au cours du parcours scolaire, selon les élèves, par établissement scolaire.

	Nombre moyen d'interventions par élève	Nombre médian d'interventions par élève
Tous	0,71	0
Ambroise Brugière	0,73	0
Lafayette	0,57	0
Marie Curie	1	1
Camille Claudel	1,45	0,5
Chamalières	0,55	0

2.2. Ressenti des élèves vis-à-vis des interventions dont ils ont bénéficié

Les résultats suivants sont calculés parmi les élèves ayant déclaré avoir déjà bénéficié d'interventions qui abordaient la P.C.U. au cours de leurs parcours scolaire.

Au total, 10,99% (n=30) des élèves avaient trouvé les interventions dont ils avaient bénéficié très utiles, 64,68% (n=177) utiles, 18,32% (n=50) peu utiles et 4,03% (n=11) inutiles. 1,83% (n=5) n'avaient pas répondu à la question.

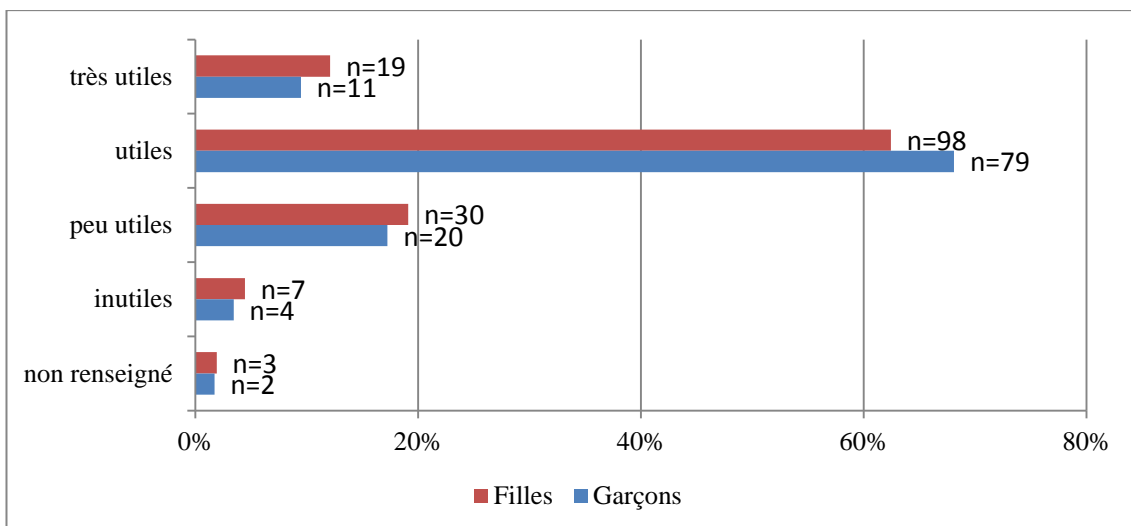


Figure 33 : Satisfaction des élèves quant aux interventions dont ils ont bénéficié au cours de leur parcours scolaire selon le sexe.

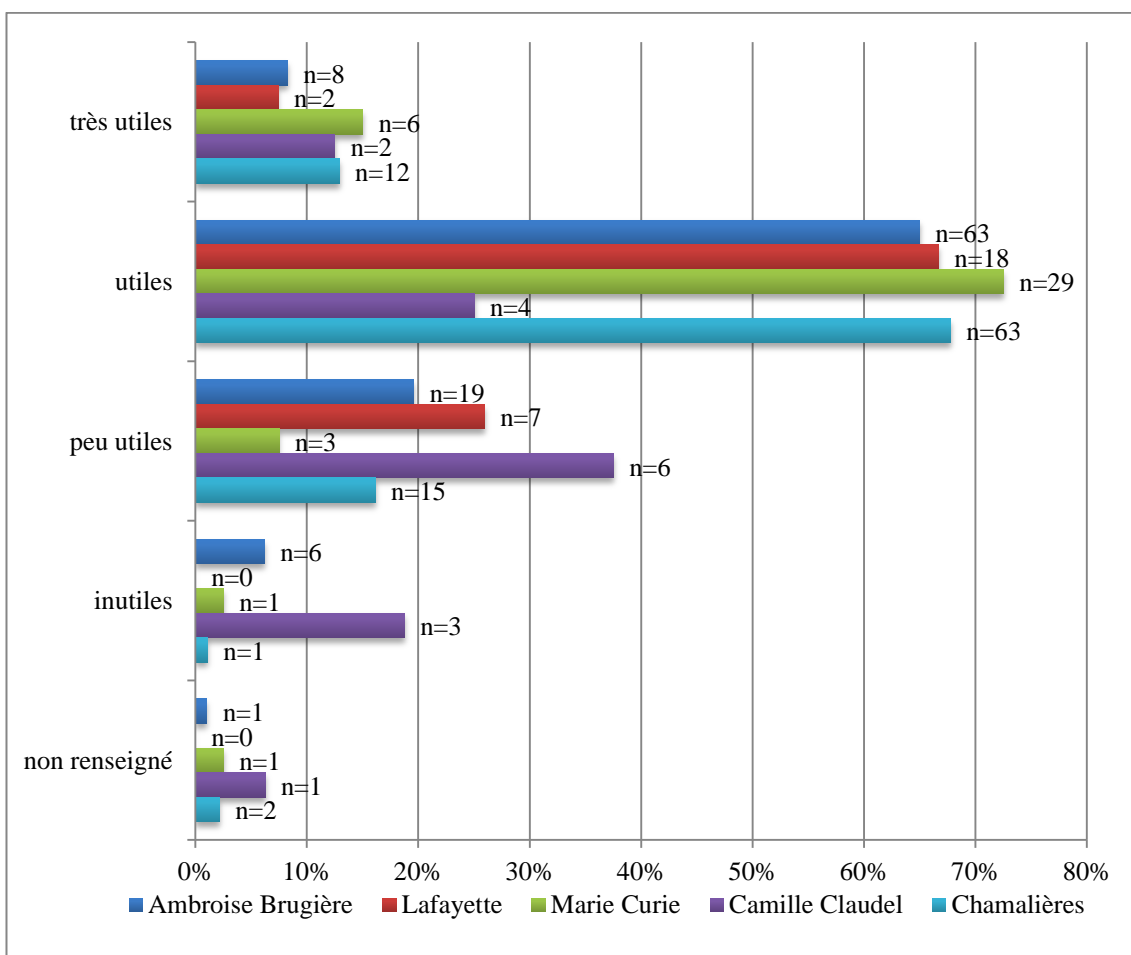


Figure 34 : Satisfaction des élèves quant aux interventions dont ils ont bénéficié au cours de leur parcours scolaire par établissement scolaire.

2.3. Ressenti des élèves quant à la fréquence des interventions qui abordaient la P.C.U.

Parmi les élèves déclarant déjà avoir bénéficié d'interventions abordant le thème de la P.C.U., 2,93% (n=8) estimaient que ces interventions étaient trop fréquentes, et 49,08% (n=134) les estimaient suffisamment fréquentes. 45,42% (n=124) pensaient, au contraire, que ces interventions n'étaient pas assez fréquentes. 2,56% (n=7) n'avaient pas renseigné la question.

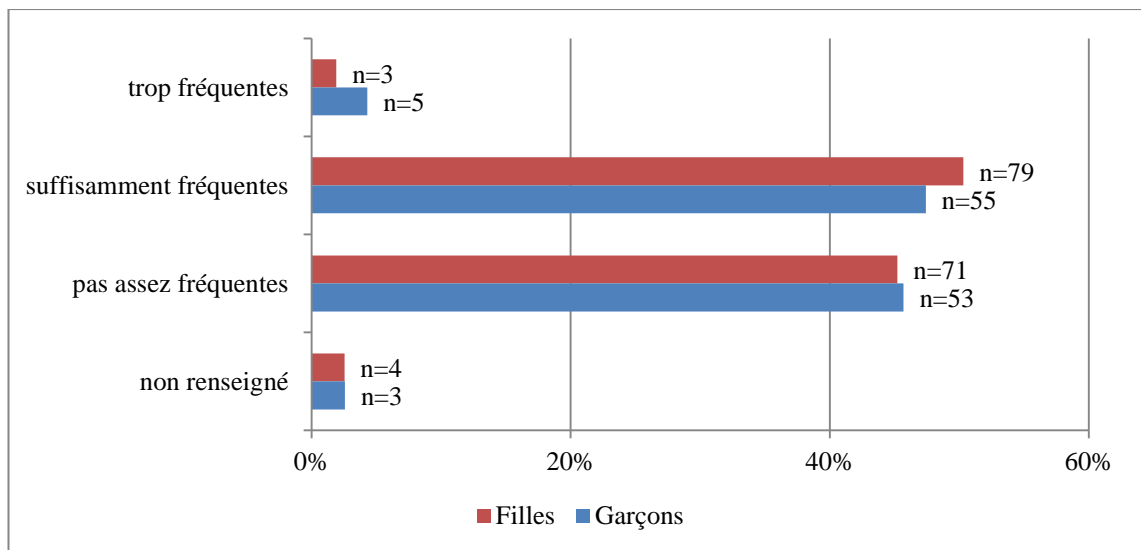


Figure 35 : Ressenti des élèves sur la fréquence des interventions dont ils ont bénéficié au cours de leur parcours scolaire selon le sexe.

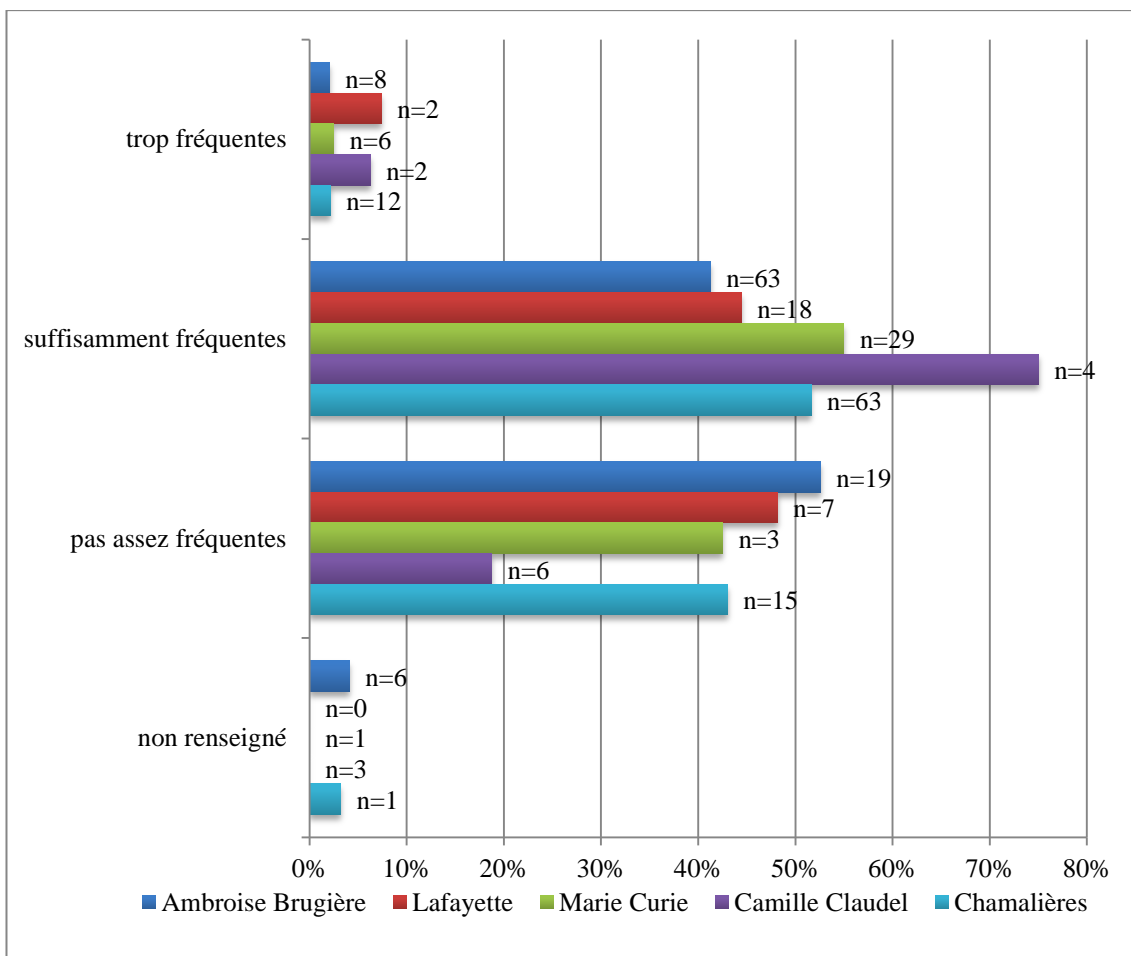


Figure 36 : Ressenti des élèves sur la fréquence des interventions dont ils ont bénéficié au cours de leur parcours scolaire par établissement scolaire.

Discussion

I/ Limites de l'étude

La première limite de l'étude est le manque de puissance, car les effectifs sont relativement réduits avec 515 élèves interrogés. De plus, le taux de participation de l'étude n'était pas optimal, puisque s'élevant à 76,65%. Pour améliorer ces facteurs, il faudrait obtenir l'accord d'un plus grand nombre de lycées, et un meilleur aménagement des emplois du temps qui permettrait d'interroger toutes les classes de ces lycées.

Par ailleurs, cette étude présente un biais de sélection. En effet, l'étude s'intéresse aux élèves en fin de parcours mais pour des raisons administratives et/ou de refus, elle n'a pas inclus de lycées privés, ni de lycées agricoles, alors que ceux-ci représentent une proportion non négligeable des jeunes. Il faut également rajouter les jeunes qui ont quitté le cursus scolaire avant d'atteindre le niveau du Baccalauréat, et qui auraient bénéficié de moins d'interventions sur la contraception d'urgence. De plus, comme il a été mentionné dans la revue de la littérature, il existe une disparité importante entre les départements, ainsi que d'une région de France à l'autre. L'échantillon étudié ne peut donc pas représenter l'ensemble des jeunes pudômois, et encore moins les jeunes français. Il serait intéressant, sur une étude nationale, d'évaluer les différences inter-régionales en matière d'information sur la prévention des grossesses inopinées et des I.S.T.

Un élément déplorable dans cette étude a été une erreur qui s'est glissée dans le questionnaire lors de son impression : En effet, la mention « je ne sais pas » ne figure pas à la question 13, alors qu'elle figure dans les autres questions. Ainsi, les élèves ont certainement eu plus volontiers tendance à cocher les propositions de manière arbitraire lorsqu'ils ne savaient pas la réponse que sur les autres questions.

Une difficulté majeure rencontrée fut d'homogénéiser au maximum les conditions de recueil de données d'un établissement à l'autre. En effet, il était nécessaire de bloquer des plages horaires sur les emplois du temps des élèves, d'une durée suffisante, en réservant une salle de classe de telle sorte que les élèves remplissent le questionnaire de manière individuelle, sans concertation. De plus, le fait que certains établissements souhaitaient une intervention directe, donc une présence, et que d'autres

préfèrent confier la distribution des questionnaires à des professeurs, infirmiers scolaires ou surveillants, a compliqué cette démarche d'homogénéiser les conditions de recueil de données.

Sur un plan réglementaire et éthique, les exigences des directions des différents établissements différaient, ce qui a rendu les démarches préalables fastidieuses.

En outre, les connaissances sur la P.C.U. évaluées dans la population n'étaient pas exhaustives. La raison pour cela était qu'il était nécessaire de cibler au maximum les thèmes abordés pour éviter que le questionnaire ne soit trop long. En effet, pour des raisons de temps imparti pour le recueil imposé par les établissements, il fallait que le questionnaire puisse être rempli en 10 à 15 minutes maximum. Il a donc fallu sélectionner les éléments qui semblaient les plus pertinents pour identifier les freins possibles au recours à la P.C.U., et trouver des pistes pour améliorer l'information.

Enfin, lors du recueil de données qui s'étendait, rappelons-le, de Février à Juin 2014, la réforme sur l'accessibilité d'EllaOne[®] n'était pas parue. Ainsi, les données ont été traitées en considérant que l'ulipristal acétate n'était disponible que sur prescription médicale. Ces données sont donc, à ce jour, erronées.

[II/ Discussion des objectifs et de leur réalisation.](#)

Rappelons que l'objectif principal était d'identifier les connaissances des élèves puydômois en classe de terminale sur la P.C.U. Nous pouvons dire que cet objectif est convenablement atteint, dans les limites exposées précédemment. Globalement, les adolescents interrogés disposent de bonnes connaissances sur la pilule de contraception d'urgence, avec un taux de réponses correctes de 66,12%. Cependant, ce seront les pourcentages de réponses à chaque proposition qui reflèteront au mieux des connaissances.

Le premier objectif secondaire reposait sur la comparaison de ces connaissances entre filles et garçons. Les résultats ont montré que les garçons semblent avoir de moins bonnes connaissances que les filles. Les recommandations de l'H.A.S., qui préconisent

d'informer les hommes aussi bien que les femmes, ne semblent donc pas tout à fait accomplies.

En revanche, il semblerait que les élèves inscrits en filière professionnelle aient moins de connaissances que ceux inscrits en filière générale, cependant cette différence n'étant pas statistiquement significative, nous ne pouvons donc pas conclure. L'intérêt de rechercher une différence entre ces deux groupes était de voir si les interventions d'informations sont réparties de manière équitable entre les différents types d'établissements. Rappelons l'étude de 2001 réalisée à Orly qui avait conclu d'une différence de niveau de connaissances selon la filière suivie. Notre étude s'y est ainsi intéressée, et n'a pas révélé de différence. Cet objectif secondaire est donc atteint.

Concernant l'objectif d'étudier de manière observationnelle l'influence d'un suivi gynécologique précoce sur les connaissances des élèves sur la P.C.U., nous pouvons dire qu'aucune différence majeure entre les deux groupes n'a été observée. Cependant, en se focalisant sur la comparaison entre deux groupes d'adolescentes ayant débuté un suivi, l'un avec pour motif la prescription d'une contraception, et l'autre d'autres motifs de consultation, nous avons pu observer que les adolescentes ayant consulté un gynécologue ou une sage-femme pour contraception ont de meilleures connaissances que les autres.

Le dernier objectif secondaire s'intéressait au recours à la P.C.U. et au dépistage des I.S.T. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception. Nous avons montré que, malgré une connaissance de la P.C.U., seuls 7 élèves sur 10 déclarent qu'ils y auraient recours en cas de rapport sexuel non protégé. Par ailleurs, au total, parmi les adolescentes interrogées qui déclaraient utiliser une contraception régulière, seules 52,24% (n=93) ont coché le préservatif, en association ou non avec une méthode hormonale. Peu d'élèves pensaient que la P.C.U. protégeait contre les I.S.T., et pourtant, seule la moitié des élèves a déclaré qu'ils effectueraient un dépistage des I.S.T. après un rapport sexuel non protégé. Ainsi, on observe des lacunes dans les conduites des adolescents vis-à-vis de la prévention contre les I.S.T.

III. Discussion des résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

La population présentait des groupes assez équilibrés en termes de sexe, avec une légère surreprésentation du sexe féminin, soit 53,01% de filles pour 46,99% de garçons.

En revanche, la proportion d'élèves scolarisés en filière générale, soit 64,47% de la population, surpassait nettement celui des élèves de filière professionnelle qui représentait 35,53% de la population. En tout, sept types de filières professionnelles ont été interrogés, afin de représenter au mieux cette population.

La tranche d'âge de la population était restreinte, avec 93,77% de la population âgée de 16 à 19 ans. Les élèves mineurs représentent une partie importante de la population, soit 40%. En termes d'âge, l'échantillon est donc assez représentatif de la population générale des lycéens en classe de terminale en France.

Un pourcentage assez faible d'adolescentes (27,27%) participant à l'étude avait débuté un suivi gynécologique de prévention. Le test de Student ne révèle pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes de jeunes filles. Cependant, un second test de Student qui comparait les jeunes filles ayant consulté pour obtenir une contraception et celles qui ont consulté pour d'autres motifs a indiqué que les adolescentes ayant consulté pour contraception avaient des connaissances supérieures au second groupe. La conclusion que l'on peut en tirer est que, globalement, l'information dispensée par les professionnels de santé sur la P.C.U. lors de consultations de contraception améliore la qualité des connaissances de leurs patientes ; Toutefois, cette information n'est pas systématiquement délivrée, ou est moins bien retenue par les adolescentes, lorsque la contraception n'est pas le motif primaire de la consultation. On peut donc se poser la question suivante : faut-il informer toutes les patientes sur la P.C.U. lors de toute première consultation de suivi gynécologique de prévention, quel qu'en soit le motif ? Selon les recommandations de l'H.A.S. qui privilégient l'information de toutes les patientes, la réponse serait évidente, mais concrètement, une information complète systématique présente des problèmes de

faisabilité, puisque les conseils de prévention en suivi gynécologique sont nombreux à apporter, et la P.C.U. ne représente, finalement, qu'une petite partie d'entre eux.

La contraception semble être assez largement utilisée dans la population étudiée puisque seulement 31,50% des adolescentes n'utilisent aucune contraception. Ce chiffre n'est, bien sûr, pas représentatif des conduites sexuelles des élèves. D'une part, certaines adolescentes pourraient prendre une contraception hormonale pour des raisons autres que son effet contraceptif : rappelons que 32,80% des motifs de consultation de gynécologie étaient liés à des dysménorrhées. D'autre part, certaines adolescentes qui déclarent n'utiliser aucune contraception pourraient malgré tout avoir des rapports sexuels. Selon les statistiques exposées dans la revue de la littérature, 40% des garçons et 30% des filles d'âge correspondant à notre population seraient concernés par une vie sexuelle active.

Nous avons vu dans la revue de la littérature que la plupart des recommandations actuelles préconisent pour les adolescents la méthode « double Dutch ». Or, seules 32,02% des adolescentes déclarant utiliser une contraception, associent le préservatif et la pilule contraceptive. Au total, seules 52,24% utilisent le préservatif. Ainsi, le nombre d'adolescentes puydômoises qui s'exposeraient à un risque d'I.S.T. n'est pas négligeable. Dans notre population, la pilule était la moyen de contraception majoritaire, utilisée par 73,03% des filles interrogées. Ces chiffres sont concordants avec ceux de la revue de la littérature, qui stipulait que la première méthode contraceptive des adolescentes était en effet la contraception orale, utilisée par 83% d'entre elles.

La population comptait 11 adolescentes déclarant un antécédent de grossesse inopinées, représentant 4,03% des jeunes filles interrogées. Par rapport aux chiffres de 2014 apportés dans la littérature, ce pourcentage est donc assez élevé dans cette population.

2. Connaissances des élèves puydômois sur la P.C.U.

Comme énoncé précédemment, 66,12% des propositions qui figuraient dans le questionnaire ont été correctement cochées ou omises. Les élèves mineurs ne présentent

pas de résultats plus mauvais que les élèves majeurs, l'âge ne semble donc pas être un facteur déterminant.

2.1. Définition de la P.C.U.

La majorité des élèves interrogés, soit 83,88%, savaient que la P.C.U. était une pilule qui s'administrait en une seule prise d'un unique comprimé. Notons que 20,58% d'entre eux pensaient qu'il s'agissait d'une méthode d'avortement. L'I.V.G. posant, pour beaucoup de personnes, des problèmes éthiques bien différents que ceux posés par la contraception, nous pouvons concevoir que cette méprise puisse entraver le recours à la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés.

Peu de différences s'observent entre les réponses selon le sexe, de même que selon le type de filières ou l'existence d'un suivi gynécologique.

Ainsi, globalement, la majorité des élèves savaient ce qu'était la P.C.U. Peu d'entre eux ont, d'ailleurs, déclaré ne pas connaître la réponse (3,88%).

2.2. Délais d'action de la P.C.U.

Une minorité d'élèves connaissaient les délais de prise des P.C.U. En effet, la proposition la plus cochée affirmait que le délai maximal de prise était de 24h pour les deux pilules, avec une surreprésentation des garçons (40,08% contre 30,40% des filles). 30,87% affirmaient que ce délai était de 48h, avec cette fois-ci une surreprésentation des filles (35,53% contre 25,62% des garçons). Ainsi, au total, 65,82% des adolescents sous-estimaient ce délai.

Le fait qu'autant d'élèves ne connaissent pas la différence de délai entre le lévonorgestrel et l'ulipristal acétate reflète la méconnaissance de cette deuxième molécule, commercialisée bien plus récemment que la précédente (en 2010). Par ailleurs, près d'un élève sur cinq a déclaré ne pas savoir la réponse, ce qui est une proportion manifestement plus importante que dans les autres questions.

De manière globale, nous pouvons conclure que les élèves ont des connaissances notablement erronées sur les délais d'action de la P.C.U. La revue de la littérature avait relevé de nombreuses contestations du terme populaire de « pilule du lendemain », qui aurait tendance à tromper sur ce délai. Ce terme pourrait donc être partiellement en cause ici. Cette méconnaissance du délai d'action de la P.C.U. était identifiée dans plusieurs autres études comme pouvant constituer un frein majeur à son recours.

Peu de différence peut être observée entre les adolescentes ayant débuté un suivi gynécologique et celles pour qui ce n'est pas le cas. En ce qui concerne le type de filière, les taux de réponses justes diffèrent peu. Cependant, les élèves scolarisés en filière générale ont été plus nombreux à admettre ne pas connaître la réponse, alors que ceux de filière professionnelle ont été plus nombreux à sous-estimer le délai de prise de la P.C.U.

2.3. Modalités d'obtention de la P.C.U.

La possibilité d'accès à une P.C.U. en pharmacie était bien connue des élèves (82,33%). En effet, nous avons signalé précédemment que 90% des P.C.U. délivrées en France aux mineures l'étaient via une pharmacie.

Une proportion moins importante d'élèves (54,17%, soit seulement la moitié d'entre eux) savaient qu'il était possible de l'obtenir dans un centre de planification familiale, seulement 38,06% savaient que les infirmiers scolaires étaient habilités à en délivrer dans les établissements scolaires. Ceci peut être identifié comme un autre frein important à l'utilisation de la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception. En effet, la population étudiée correspond à des élèves scolarisés, et, comme nous l'avons vu précédemment au travers de plusieurs textes de lois, l'infirmier scolaire constitue un interlocuteur à la fois qualifié et disponible pour ces élèves, qui peut leur apporter un soutien, des informations de prévention, et les orienter ensuite vers des professionnels de santé ou des centres d'aide adaptés au cas par cas. Cette méconnaissance de ces compétences allouées aux infirmiers scolaires peut compliquer l'accès à la P.C.U. et à la prévention qu'il se doit d'apporter avec sa délivrance. Ces résultats sont concordants avec les études mentionnées précédemment,

qui révélait que moins de 3% des P.C.U. consommées par les mineures étaient délivrées par les infirmiers scolaires.

En revanche, peu d'élèves (4,24%) pensaient qu'un consentement était indispensable pour les mineures, et peu (2,91%) affirmaient qu'il fallait obligatoirement une ordonnance pour acheter une P.C.U. Le pourcentage d'élèves déclarant ne pas connaître les possibilités d'accès à la P.C.U. est assez faible (7,57%).

Les élèves scolarisés en filière professionnelle semblent globalement mieux connaître les modalités d'accès de la P.C.U., et les élèves de filière générale ont été plus nombreux à admettre ne pas connaître la réponse.

2.4. Prix de la P.C.U.

L'aspect financier de l'accès à la P.C.U. était peu abordé dans les études s'intéressant aux freins à la P.C.U.

Peu d'élèves avaient notion du prix d'accès à la P.C.U., les garçons et les élèves scolarisés en filière générale ont respectivement moins de connaissances que les filles et les élèves de filières professionnelles. 32,43% des élèves savaient que Norlevo[®] était gratuite pour les mineures, mais 29,51% pensaient qu'EllaOne[®] l'était également, ce qui reflète à nouveau la méconnaissance de l'ulipristal acétate et ses particularités. Un nombre important d'élèves, soit près de quatre adolescents sur dix, ont admis ne pas connaître le prix des P.C.U., soit 45,04% de garçons contre 32,23% de filles, et 45,18% d'élèves de filières générales contre 25,68% d'élèves de filières professionnelles. Il y avait peu de différences entre les adolescentes qui avaient débuté un suivi gynécologique de prévention et celles pour qui ce n'était pas le cas. Peu d'élèves estimaient un prix élevé de plus de 10 euros pour Norlevo[®].

Au total, nous pouvons dire que le prix, qui peut constituer un frein éventuel pour l'utilisation d'une P.C.U., et ce particulièrement pour des adolescents, est assez mal connu des jeunes. Le fait que moins de la moitié des élèves mineures savent qu'elle peut leur être dispensée gratuitement s'ajoute à ce frein.

2.5. Modalités de prise de la P.C.U.

La majorité des élèves (80%) ont correctement affirmé que la P.C.U. devait être prise en cas de rapports sexuels non protégés. L'indication première de la P.C.U. est donc bien connue.

Seulement 40,78% l'ont déclarée utile en cas d'oubli de pilule contraceptive. Or, la revue de littérature mentionnait les oublis de contraception orale comme motifs les plus fréquents de recours à l'I.V.G.

Très peu d'élèves (5,63%) pensaient que la P.C.U. pouvait être utilisée si le rapport sexuel avait eu lieu pendant les règles. Or, en raison de la durée de vie des spermatozoïdes, de l'imprévisibilité de la fenêtre fertile, et de la méconnaissance des femmes de leur corps, il est souvent recommandé de prendre la P.C.U. en cas d'exposition à un risque de grossesse quel que soit le moment du cycle. Nous avons d'ailleurs discuté précédemment du fait que la simplicité des recommandations améliorerait leur observance.

Peu d'élèves (15,63%) pensaient qu'il était utile de reprendre une P.C.U. en cas de vomissements moins de 3h après la première prise, alors que celle-ci n'a pas eu le temps d'être absorbée par le système digestif.

En ce qui concerne la limite du nombre de prises, la revue de la littérature précisait qu'il n'y avait aucune contraindication formelle à la prise successive de plusieurs P.C.U. dans le temps. Cependant, il est recommandé d'éviter de prendre plusieurs P.C.U. au cours du même cycle menstruel. Or, si 23,88% des élèves pensaient qu'il fallait éviter la prise de plusieurs P.C.U. le même mois, 24,08% pensaient qu'il fallait proscrire la prise de plus de 3 P.C.U. par an ou au cours de sa vie.

L'intérêt de cette question était de voir comment les adolescents se représentent la P.C.U. Une prise répétée de P.C.U. n'est pas à évidemment pas envisager car elle signe un dysfonctionnement de la contraception régulière qui doit être alors réévaluée, mais le fait que les élèves posent cette limite suggère une appréhension des effets secondaires, qui constituent selon la revue de littérature l'une des barrières principales à l'utilisation de la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés. Par ailleurs, il n'est pas inconcevable qu'une femme se trouve plusieurs fois dans une situation d'échec de contraception au cours de sa vie. Ainsi, un antécédent de recours à la P.C.U. pourrait en lui-même constituer un frein à une nouvelle utilisation.

Globalement, les filles et notamment celles qui ont déjà consulté une sage-femme ou un gynécologue ont eu plus de bonnes réponses à cette question que les autres, mais peu de différences existent entre les différents groupes d'intérêt.

2.4. Efficacité de la P.C.U.

La plupart des élèves (88,96%) savaient que la P.C.U. n'était pas efficace à 100%. Plus de la moitié d'entre eux ont d'ailleurs affirmé qu'il était recommandé de faire un test de grossesse en cas de retard de règles. La majorité avait la notion que son efficacité dépendait du délai de prise après les rapports sexuels non protégés. Moins de 20% des répondants estimaient que la P.C.U. était efficace une fois sur deux. Nous pouvons évoquer que, le fait de sous-estimer l'efficacité de la P.C.U. pourrait en soi constituer un frein à son utilisation. De manière générale, nous pouvons signifier que les adolescents reconnaissent en majorité l'efficacité de la P.C.U.

Peu de fausses idées sur son efficacité ont été retenues. En effet, 0,78% des élèves pensaient que la P.C.U. protégeait contre les I.S.T. et un faible pourcentage (4,27%) pensaient qu'il fallait suspendre l'usage de la contraception régulière jusqu'au cycle menstruel suivant.

Le nombre de non réponses à cette question est légèrement supérieur à celui des autres questions, ce qui peut être expliqué par l'absence fortuite de proposition « je ne sais pas ».

2.5 Effets indésirables de la P.C.U.

Cette question a été marquée par un nombre important d'élèves, soit plus d'un tiers, déclarant ne pas connaître les effets indésirables possibles de la P.C.U., avec une nette surreprésentation des garçons, soit 41,74% contre 26,37% de filles, ainsi qu'une surreprésentation des adolescentes qui n'ont jamais consulté de sage-femme ou de gynécologue par rapport à celles qui ont débuté un suivi, soit 31,76% contre 20%.

35,15% des élèves ont correctement répondu que la P.C.U. pouvait induire, entre autres, des nausées et vomissements, et 47,77% une modification de la date des règles.

Cependant, plus de 15,15% ont également affirmé que la P.C.U. diminuait la fertilité à long terme, dont 52,56% de filles. Une proportion relativement faible d'adolescents (4,08%) pensait qu'elle était tératogène.

Ces résultats sont assez concordants avec la revue de la littérature qui citait une méconnaissance et des idées reçues sur les effets secondaires de la P.C.U. comme étant l'un des freins principaux à son utilisation en cas de rapports sexuels non protégés. Nous verrons d'ailleurs par la suite que la peur des effets secondaires constitue le premier motif d'abstention de prise de P.C.U. dans cette situation.

2.6. Conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un oubli de contraception selon la population interrogée.

Face à une situation de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception régulière, seules 72,16% des filles déclarent qu'elles prendraient la P.C.U., et 71,49% des garçons la conseilleraient à leur petite amie. Le taux de recours à la P.C.U. dans cette situation est donc assez faible. Rappelons que, selon une question précédente, 80% des élèves savaient que la P.C.U. était indiquée en cas de rapports sexuels non protégés. Cette différence souligne l'existence de freins autres que l'ignorance de ce qu'est une P.C.U.

Nous avons précédemment indiqué que 14% des femmes de moins de 25 ans avaient eu au moins une fois recours à la P.C.U. en 2006, cependant le taux de recours à la P.C.U. en cas de situation d'exposition à un risque de grossesse n'avait pas été étudié. Il y a peu des différences de réponses sur ce point entre les adolescentes ayant débuté ou non un suivi gynécologique, de même qu'entre différents types de filières.

Malgré toutes les campagnes de prévention qui ont été menées dans toute la France ces dernières années, seuls 52,62% des adolescents déclarent qu'ils effectueraient un dépistage d'I.S.T. dans cette situation, avec des taux comparables entre les filles et les garçons. Les élèves inscrits en filière générale ont mieux répondu à cette question que ceux inscrits en filières professionnelles, soit 55,42% contre 47,54%.

En ce qui concerne le risque de grossesse en lui-même, 20,15% des filles disent qu'il convient d'attendre les règles suivantes pour voir si une grossesse survient avant

d'agir, contre 11,57% de garçons. De même, les élèves inscrits en filière professionnelle ont plus fréquemment opté pour l'expectative, soit 21,86% d'entre eux.

Par ailleurs, il semblait intéressant de s'interroger également sur le recours souvent prématuré au test urinaire de grossesse. En effet, celui-ci ne devenant positif en cas de grossesse que 10 à 15 jours après le rapport sexuel, il pourrait être faussement rassurant s'il est utilisé trop tôt. Or, 34,56% des élèves au total ont coché la proposition qui suggérait d'effectuer immédiatement un test de grossesse. Ils pourraient donc être tentés, à la vue de la (possiblement fausse) négativité du test, de ne pas prendre la P.C.U. (de ne pas la conseiller à leur petite amie pour les garçons).

2.7. Motifs qui poussent les adolescents à ne pas prendre la P.C.U. dans une situation de rapports sexuels non protégés et/ou d'échec de contraception

Les élèves avaient la possibilité dans cette question d'exposer les différents freins qui pourraient les pousser à ne pas prendre la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés (pour les garçons, les motifs de la déconseiller à leur partenaire). Le pourcentage total de non réponses s'élève à 50,68%, avec une grande disparité entre filles et garçons, soit respectivement 38,83% et 64,05%. Les filles sont donc plus nombreuses à citer donc de manière générale plus d'obstacles à la prise de la P.C.U. que les garçons.

Le premier frein à la prise de la P.C.U. est pour les filles comme pour les garçons la peur des effets secondaires. En effet, 21,61% des filles et 14,05% des garçons déclarent craindre les effets secondaires de la P.C.U.

Une distinction avait été faite dans le questionnaire entre deux propositions : « elle n'est pas nécessaire » et « pas de risque de grossesse ». L'intérêt de cette distinction était de procurer deux formulations différentes du même concept, soit la dénégaration du risque de grossesse. En effet, comme énoncé dans la revue de la littérature, il existe souvent un manque d'association chez certaines personnes, et notamment les adolescents, entre sexualité et procréation. Effectivement, si 19,41% des filles déclarent ne pas penser pouvoir être enceintes après un seul rapport sexuel non protégé, 12,45% l'ont déclaré « non nécessaire » dans la prévention du risque de grossesse. Ainsi, au total, 31,86% des filles ont coché l'une des deux propositions. Ceci

montre bien que le manque de connaissances est loin d'être le seul frein à l'utilisation de la P.C.U. La part intrinsèque à la personne, liée à l'état psychique de l'adolescence, n'est pas à sous-estimer. Nous revenons à l'image romantique, passionnée du rapport sexuel, complètement détaché de la notion de reproduction. Chez les garçons, ce pourcentage est plus faible, soit 10,74%, mais ceci reste un frein important, après la crainte des effets secondaires.

La crainte du regard des autres, qui renvoie aux notions de honte, de pudeur, de jugement, est mentionnée par 11,72% des filles interrogées, et constitue donc un obstacle prépondérant au recours à la P.C.U. Elle est également nommée par 5,79% des garçons.

Par ailleurs, 5,49% des filles et 7,02% des garçons ont déclaré que leur religion ou philosophie s'opposait à la prise de P.C.U. Un quart d'entre eux avaient affirmé dans la première question que la P.C.U. était une méthode d'avortement. La méconnaissance de la P.C.U. explique donc une partie de ces réticences. Cependant, comme précisé précédemment, de nombreuses religions interdisent ou condamnent la contraception, et à fortiori la contraception d'urgence. Contrairement aux autres, ce facteur particulier serait singulièrement difficile à influencer pour améliorer l'accès à la P.C.U. Outre la part religieuse, rappelons que l'histoire de la contraception manifestait d'un lourd passé de tabous, de condamnations, de répression des femmes, qui ont duré des siècles, et dont une trace peut encore rester aujourd'hui dans les représentations populaires.

La difficulté d'accès à la P.C.U., notamment l'absence de lieux où se la procurer, est un autre facteur déterminant décrit par les adolescents. En effet, 4,03% des filles et 2,89% des garçons déclarent ne pas pouvoir se la procurer facilement, et un garçon (0,41%) rajoute à cela la notion de temps en précisant « en 24h ».

Deux réflexions ressortent de ceci : premièrement, l'influence de la méconnaissance des délais d'action des P.C.U. En effet, nous avons vu dans les résultats précédents ainsi que dans la revue de la littérature, que ces délais sont assez méconnus des adolescents. La fausse croyance que la « pilule du lendemain » est à prendre obligatoirement dans les 24 premières heures limite grandement les possibilités d'accès à une pharmacie ou à un centre de planification. La deuxième réflexion est la mise en cause du manque de connaissances sur les endroits où l'on peut se procurer une P.C.U.

En effet, nous avons vu précédemment que seuls 54,17% des élèves savaient qu'un centre de planification était habilité à en délivrer une, et seulement 38,06% savaient que les infirmiers scolaires en disposaient dans leurs infirmeries et étaient qualifiés pour la délivrer.

Enfin, les motifs quelque peu sous-représentés comprenaient le prix de la P.C.U., qui ne semble donc pas être un frein majeur, l'oubli que la P.C.U. existe et est utile dans ces cas-là, et nous avons relevé un cas de rapports sexuels non protégés au sein d'un couple homosexuel. Deux garçons (1,24%) avaient coché la proposition « autre » sans préciser le motif.

3. Sources d'informations des élèves, fréquence et satisfaction des interventions menées

3.1. Source d'informations des élèves

La première source d'information énumérée par les élèves est l'enseignement de Sciences et Vie de la Terre (S.V.T.), ce qui montre que les programmes scolaires officiels, qui doivent normalement comporter une information sur la sexualité et la contraception, sont respectés, et que les professeurs concernés incluent la P.C.U. et les I.S.T. dans l'enseignement dispensé. Les cours de S.V.T. sont en effet mentionnés par 56,50% des adolescents.

La seconde source d'information la plus rapportée par les élèves est représentée par les médias, soit les programmes télévisés, la radio, ou les magazines. Les sites internet, quant à eux, ont été désignés par 39,03% des élèves. Notons que les filles sont plus nombreuses à s'être documentées sur le net (31,87%) que les garçons (20,25%).

L'entourage familial apparaît comme une source importante (34,17% au total), avec une grande disparité entre les filles et les garçons. En effet, pour 43,96% de filles déclarant en avoir déjà parlé avec leur famille, seuls 23,14% de garçons ont abordé le sujet. En outre, 2,91% des élèves ont mentionné comme source des amis, et 1,75% leur petit(e) ami(e). L'entourage reste donc une source d'information fréquente.

Les interventions du centre de planification familial sont mentionnées par 32,04% des élèves. Les séances d'accompagnement personnalisé, mené par les infirmiers scolaires affectés à chaque établissement, semblent également aborder le sujet, puisque 29,51% des élèves au total les nomment comme sources d'information. De manière individuelle, 5,43% des élèves déclarent avoir reçu une information de la part de l'infirmier scolaire, ce qui montre qu'un petit nombre d'élèves ont recours aux infirmiers scolaires lorsqu'ils ont besoin de s'informer.

Les professionnels de santé, quant à eux, sont mentionnés par 28,35% des élèves. En effet, 15,15 % des adolescents ont déclaré avoir été informés par des pharmaciens, et 18,83% par des sages-femmes ou gynécologues. Alors qu'ils sont le plus à même d'apporter une information complète et intelligible sur la contraception et la contraception d'urgence, les professionnels de santé sont donc sous-représentés.

3.2. Fréquence des interventions selon les élèves

Au total, 53% des élèves déclarent déjà avoir eu une intervention qui abordait la P.C.U., et 44,1% déclarent ne jamais en avoir eu au cours de leur parcours scolaire. Ce résultat peut être expliqué de deux manières : d'une part, un manque ou une répartition déséquilibrée des interventions au sein des établissements scolaires, et d'autre part, une carence de souvenirs de la part des élèves quant aux interventions qu'ils ont pu avoir.

Parmi les élèves ayant déclaré déjà avoir bénéficié d'interventions qui abordaient la P.C.U., la quantité d'interventions médiane, depuis le début de leur parcours scolaire, était de 1. Nous sommes donc loin des recommandations officielles de la loi du 4 Juillet 2001 stipulant que trois séances annuelles d'éducation à la sexualité devaient être effectuées, ces séances comprenant des notions de prévention en matière de contraception et d'I.S.T.

2.2. Satisfaction des élèves quant aux interventions effectuées.

La majorité des élèves, soit 75,67%, sont satisfaits des interventions dont ils ont bénéficié, en les qualifiant d'utiles (64,68%) ou très utiles (10,99%). Ils sont une

minorité à les trouver peu utiles (18,22%) ou inutiles (4,03%). La satisfaction des garçons et des filles semblent comparables.

En s'intéressant aux satisfactions des élèves au sein de chaque lycée, on observe des disparités, qui pourraient attester de disparités de répartition des interventions entre établissements. Le lycée Marie Curie semble présenter les taux de satisfaction des élèves les plus élevés (87,50%), alors que le lycée Camille Claudel semble présenter les taux les plus bas, soit 37,50% d'élèves qui ont qualifié les interventions d'utiles ou très utiles. C'est pourtant ce même lycée pour lequel les élèves déclarent un nombre moyen d'interventions le plus élevé.

2.3. Satisfaction des élèves quant à la fréquence des interventions effectuées.

Environ la moitié, soit 49,08% des élèves ayant déclaré déjà avoir bénéficié d'interventions, se disent satisfaits de la fréquence de ces interventions. Très peu d'élèves, soit 2,93%, se sentent immergés d'informations et les trouvent trop fréquentes.

Une grande proportion d'élèves, soit 45,42%, déclarent souhaiter plus d'interventions abordant ce sujet. Nous pouvons donc dire que les adolescents se sentent concernés par la P.C.U. et la prévention des I.S.T., et sont en demande d'information.

III. Projet d'action

Les adolescents disposent de bonnes connaissances globales sur la P.C.U., mais il persiste encore des lacunes qui pourraient entraver le recours à la pilule d'urgence en cas de rapports non protégés ou d'oubli/mésusage de contraception. Ce travail a permis d'élaborer des projets d'action qui agiraient à plusieurs niveaux.

Premièrement, notons que, lors du recueil de données, des interventions ont été effectuées dans les lycées de Chamalières, Camille Claudel et Lafayette. 290 élèves en ont bénéficié au total. Ces interventions ont été effectuées immédiatement après le recueil des questionnaires, et comprenait les réponses au questionnaire, mais aussi une information plus étendue sur la contraception, la prévention, ainsi que la diffusion de certaines adresses utiles telles que la pharmacie de garde, le centre de dépistage anonyme et gratuit et le planning familial. Un guide de réponses au questionnaire a été

fourni aux infirmiers scolaires dans les autres lycées. Un dépliant récapitulatif a notamment été élaboré, avec l'aide de l'infirmier scolaire du lycée Ambroise Brugière, et diffusé dans ce lycée une fois le recueil des données terminé. Ce dépliant figure dans l'Annexe IV.

Pour la suite, les conclusions de ce mémoire seront transmises aux infirmeries des lycées qui ont participé à l'étude, ainsi qu'aux intervenants du planning familial. L'intérêt de cette action n'est en aucun cas de porter un jugement sur le fond, la forme, ou la fréquence des interventions effectuées. Ces conclusions exposent les lacunes des adolescents, les points sur lesquels insister, ce qui peut aider les intervenants à adapter les informations qu'ils délivrent. Par ailleurs, l'évaluation de la satisfaction et des demandes des élèves en fonction des lycées permet également de répondre adéquatement à ces demandes.

Il serait utile, également, de diffuser l'information qu'EllaOne[®] est désormais disponible sans ordonnance, et accessible gratuitement aux mineures. Par conséquent, il est important que les adolescents, et à fortiori les couples de tout âge, connaissent l'existence de l'ulipristal acétate, aussi bien que celle du lévonorgestrel, et connaissent ses délais d'action, ses effets indésirables, son efficacité, pour optimiser la prévention des grossesses inopinées.

Afin de compléter ce travail, il serait intéressant d'effectuer des études qualitatives sur les représentations des adolescents sur les notions de sexualité et procréation, d'étudier également plus en détail les échecs de contraception pour pouvoir prévenir ces situations en amont, ainsi que de conduire des enquêtes comparatives entre régions de France pour améliorer la distribution équitable des interventions abordant la contraception, la contraception d'urgence et la prévention des I.S.T.

Conclusion

La prévention des grossesses inopinées, et plus particulièrement celles qui surviennent chez les adolescentes, est un véritable enjeu de santé publique. Le rôle de la sage-femme en matière de conseils et d'information est alors essentiel. La prévention se situe à plusieurs niveaux : une éducation à la sexualité et un enseignement aux femmes du fonctionnement de leur propre corps, une information sur la contraception et la prescription d'une contraception adaptée au cas par cas, ainsi que sur la contraception d'urgence. De nombreux obstacles entravent le recours à la P.C.U. après un rapport sexuel non protégé ou un échec de contraception. L'un des plus cités est le manque de connaissances sur ces médicaments.

Les résultats de cette étude ont révélé que les connaissances des lycéens sur la P.C.U. étaient convenables, mais perfectibles. En effet, bien que les connaissances des adolescents concernant l'existence de la P.C.U. étaient acquises, bien des points seraient encore à améliorer. Le point le plus marquant semble être celui des délais d'action, suivi par la méconnaissance des lieux possibles d'accès à la P.C.U., notamment un manque d'information sur les compétences des infirmiers scolaires et des centres de planification en matière de délivrance de P.C.U. Les modalités de prise, les effets secondaires, et l'efficacité de la P.C.U. étaient, quant à eux, relativement mieux connus des élèves interrogés.

Les filles semblent disposer de connaissances significativement meilleures sur la P.C.U. que les garçons. En revanche, aucune différence de niveau de connaissances n'a été mise en évidence entre les élèves inscrits en filière générale et ceux suivant une filière professionnelle. Les adolescentes ayant déjà consulté un gynécologue ou une sage-femme dans le but d'obtenir une contraception disposent de meilleures connaissances sur la P.C.U. que les autres.

Cette étude a révélé certaines lacunes en termes de prévention, non seulement des grossesses, mais aussi des risques d'I.S.T. chez les adolescents. En effet, une proportion non négligeable des élèves ont déclaré qu'ils ne prendraient pas la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés. Ceci pourrait être dû, non seulement à une méconnaissance et des idées reçues sur cette contraception d'urgence, mais aussi à un manque de prise de conscience des risques, rappelant la difficulté pour ces adolescents d'associer sexualité et procréation. Par ailleurs, alors que les risques d'I.S.T. sont bien

connus des élèves, seule la moitié d'entre eux déclarent qu'ils effectueraient un dépistage en cas de rapport sexuel non protégé.

Dans l'ensemble, les élèves sont satisfaits des interventions menées au cours de leur parcours scolaire. Il ressort une demande d'un nombre plus fréquent d'interventions qui traitent de prévention des grossesses non désirées.

Pour conclure, la méconnaissance et les fausses idées qu'ont les adolescents sur la P.C.U. peuvent entraver le recours à ce moyen de contraception d'urgence. Cependant, cette étude a révélé que d'autres facteurs entrent en compte. Il serait donc intéressant d'étudier plus en détails la psychologie, et les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations en santé publique. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. *J Eur Urgences Réanimation*. oct 2013;25(3-4):205-7.
2. Nisand I, Merg-Essadi D. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. *Gynécologie*. 2009;(Article 738-B-80):1-13.
3. Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. févr 2011;59(1):15-21.
4. Godeau E, Navarro F, Arnaud C, INPES (Institut National d'Éducation et de Prévention pour la Santé). La santé des collégiens en France / 2010 : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). [Internet]. 2010 [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>
5. Serfaty D. Contraception. In: Serfaty D, éditeur. *Contraception* (4e édition). 4ème édition. Paris: Elsevier Masson; 2011. p. 284-305.
6. Article L.5134-1. Code de la Santé Publique.
7. Article R4127-318. Code de Déontologie des Sages-Femmes.
8. Article D.5134-8. Code de la Santé Publique.
9. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes [Internet]. 2010 [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
10. INED (Institut National des Études Démographiques). L'âge au premier rapport sexuel - Fiches pédagogiques [Internet]. INED. 2011 [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
11. Nisand I. Comment diminuer le nombre des IVG en France ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. juin 2003;31(6):499-503.
12. Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. *Arch Pédiatrie*. juin 2013;20(6):707-13.
13. Lawlor D, Shaw M. Teenage pregnancy rates: high compared with where and when? *J R Soc Med*. mars 2004;97(3):121-3.
14. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. *Arch Pédiatrie*. mars 2010;17(3):219-25.

15. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Population - Fécondité selon l'âge de la mère en 2013 [Internet]. [cité 17 mars 2015].
Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=10&ref_id=poptc02202
16. DOISNEAU L, KAFE H, BROUARD N, INED (Institut National des Etudes Démographiques). Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? Popul Sociétés. oct 2000;(361).
17. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Population - Fécondité selon l'âge détaillé de la mère [Internet]. [cité 17 mars 2015].
Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo2
18. Serfaty D. Contraception des adolescentes. Gynécologie. 2009;Article 802-A-45:1-5.
19. S. Ottesen, F. Narring, S.-C. Renteria, P.-A. Michaud. Comment améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence par les adolescents ? - EM|Premium. Rev Sage-Femme. sept 2002;1(2).
20. INED (Institut National des Etudes Démographiques). Avortements : Evolution du nombre d'avortements des des indices annuels. [Internet]. 2012 [cité 10 déc 2014].
Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
21. Vilain A, Mouquet M-C, La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Études Résultats [Internet]. 27 juin 2014 [cité 7 janv 2015];(884). Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2012,11311.html>
22. INED (Institut National des Etudes Démographiques). Statistiques de l'Avortement en France. Annuaire 2010 [Internet]. 2013 [cité 17 mars 2015].
Disponible sur: http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2010/T9_2010.html
23. Delotte J, Molinard C, Trastour C, Boucoiran A, Bongain A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises - EM|Premium. Gynécologie Obstétrique Fertil. janv 2008;36(1):63-6.
24. Haute Autorité de Santé. Recommandations en Santé Publique. Contraception d'urgence : Prescription à l'avance. [Internet]. 2013 [cité 17 mars 2015].
Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
25. Jamin C, André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D, Harvey T, et al. Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2011;39(11):644-55.

26. Benhammou MM. L'administration de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires. Arch Pédiatrie. mai 2002;9, Supplement 2:245-7.
27. INPES (Institut National d'Education et de Prévention pour la Santé). Dossier de Presse. Les femmes ont-elles une contraception adaptée à leur mode de vie ? [Internet]. 2011 [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
28. Graham A, Green L, Glasier AF. Teenagers' knowledge of emergency contraception: questionnaire survey in south east Scotland. BMJ. 22 juin 1996;312(7046):1567-9.
29. Alves dos Santos O, Luiza Vilela Borges A, Borges do Nascimento Chofakian C, Cibelle Machado Pirotta K. Revista da Escola de Enfermagem da USP - Determinantes del no uso de la anticoncepción de emergencia entre mujeres con embarazo no planeado u ambivalente. Esc Enferm USP. Aout 2014;48.
30. Haute Autorité de santé - contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
31. Veil S. LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. 75-17 janv 17, 1975.
32. Rofes C. La contraception d'urgence : Etat des lieux en France [Thèse de Pharmacie]. [Faculté des Sciences Pharmaceutiques]: Université de Toulouse III Paul Sabatier; 2013.
33. Coutin A-S, Lopes P. À propos des recommandations sur la contraception d'urgence du rapport Yeni 2010 sur la prise en charge des personnes exposées au VIH. N'y a-t-il rien de nouveau à proposer ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2011;40(3):273-5.
34. Haute Autorité de Santé. Recommandations en Santé Publique. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. 2013 [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1543202/fr/contraception-d-urgence-synthese-et-recommandations
35. Levonorgestrel Biogaran 1500 µg cp [Internet]. VIDAL 2015. [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.evidal.fr/sicd.clermont-universite.fr/showProduct.html?productId=73817>
36. European Medicines Agency (E.M.A.). EMA recommends availability of ellaOne emergency contraceptive without prescription. Press Release - EMA. London E14 5EU, U.K.; 21 nov 2014;
37. HRA-Pharma. European commission release : Historic decision from the European Commission grants 120 million women direct access to ellaOne® emergency contraceptive across the European Union. [cité 18 avr 2015]; Disponible sur:

http://www.hra-pharma.com/userfiles/file/CP/European_commission_release_08012015.pdf

38. Article D.5134-2. Code de la Santé Publique.
39. Article L312-16. Code de l'Education.
40. Article D.5134-6. Code de la Santé Publique.
41. AUBIN C, BRANCHU C, VIEILLERIBIERE J-L, SITRUK P. Les organismes de planification, de conseil, et d'éducation familiale : un bilan. Inspection générale des affaires sociales; 2011.
42. Gomez C. La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales. Rev Sage-Femme. juin 2007;6(2):74-89.
43. Norlevo 1,5mg [Internet]. VIDAL 2015. [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.evidal.fr.sicd.clermont-universite.fr/showProduct.html?productId=65157>
44. Dominguez L, Downing D, Schwartz E, Trussell J, Westley E. Update on Emergency Contraception [Internet]. Association of Reproductive Health Professionals : Clinical Proceedings; 2011 [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.arhp.org/uploadDocs/CPECUpdate.pdf>
45. Ellaone 30mg cp [Internet]. VIDAL 2015. [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.evidal.fr.sicd.clermont-universite.fr/search.html?q=ellaone>
46. Rayr C. Actualités sur l'acétate d'ulipristal - EM|Premium. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. août 2012;41(HS3):7.
47. Direction de l'information légale et administrative. Avis divers relatif aux spécialités pharmaceutiques. Journal Officiel du 13 Mars 2015 mars 13, 2015 p. 4815-6.
48. FilSantéJeunes. EllaOne : pilule du surlendemain [Internet]. FilSantéJeunes : Pouvoir en Parler. 2015 [cité 18 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/ellaone-la-pilule-du-surlendemain-6531>

Annexes

Annexe I : Auto-questionnaire

Annexe II : Lettre d'information aux personnes chargées de la distribution et du recueil des questionnaires

Annexe III : Réponses aux différentes propositions traitant des connaissances des lycéens sur la P.C.U. selon les établissements scolaires

Annexe IV : Dépliant d'information sur la P.C.U.

Annexe I

Auto-questionnaire

AUTO-QUESTIONNAIRE ANONYME

Etudiante sage-femme à Clermont-Ferrand, j'étudie les connaissances des lycéen(ne)s d'Auvergne sur la pilule de contraception d'urgence dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Ce questionnaire est anonyme et prend quelques minutes à remplir.

Fanchon RIVOIRE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- 1/ Quel est votre âge (en années révolues) ? _____
- 2/ Vous êtes une fille un garçon.
- 3/ Vous êtes scolarisé(e) au lycée de Chamalières Lafayette Ambroise Brugière Marie Curie Camille Claudel
- 4/ Vous suivez un enseignement général ou technologique.
 professionnel. Quelle filière ? _____

POUR LES FILLES (Si vous êtes un garçon, passez à la question 8.)

- 5/ Avez-vous déjà consulté chez un gynécologue ou une sage-femme ?
 oui non
Si oui : Pour quelle raison ? contraception visite de contrôle règles douloureuses
 autre : _____
Vous y êtes allée : seule accompagnée (famille...)
- 6/ Quelle(s) contraception(s) utilisez-vous ? aucune
 préservatif pilule implant dispositif intra-utérin (stérilet) patch
 anneau vaginal méthode de retrait Autre (précisez) : _____
- 7/ Avez-vous déjà été enceinte ? Jamais oui, une grossesse accidentelle
 oui, une grossesse planifiée.

CONCERNANT LA PILULE DE CONTRACEPTION D'URGENCE

Pour chaque question, cochez une ou plusieurs réponses. En cas d'incertitude, cochez « Je ne sais pas ».

La pilule de contraception d'urgence (ou pilule du lendemain) :

- 8/ Qu'est-ce que c'est ?
- une pilule que l'on prend en une fois
 - une pilule que l'on prend en plusieurs fois
 - une méthode d'avortement
 - Je ne sais pas

Il existe deux pilules de contraception d'urgence différentes, Norlevo® et Ellaone®.

9/ Jusqu'à quel délai maximum après les rapports est-il recommandé de prendre la pilule de contraception d'urgence ?

- 24h pour les deux pilules
- 48h pour les deux pilules
- 3 jours pour les deux pilules
- 3 jours pour Norlevo®
- 5 jours pour Ellaone®
- Je ne sais pas.

10/ Comment l'obtenir?

- Il faut obligatoirement une ordonnance
- l'une des deux pilules est délivrée sans ordonnance
- il faut le consentement des parents pour les mineures
- l'infirmier scolaire peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence
- un centre de planification familiale peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence.
- Une pharmacie peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence.
- Je ne sais pas

11/ Combien coûte une pilule de contraception d'urgence ?

- Elles sont gratuites pour toutes les femmes
- Norlevo® est gratuite seulement pour les mineures
- Ellaone® est gratuite seulement pour les mineures
- Norlevo® coûte plus de 10€
- Je ne sais pas

12/ Il est recommandé de prendre la pilule de contraception d'urgence :

- si le rapport sexuel a eu lieu pendant les règles
- en cas de rapports sexuels non protégés
- en cas d'oubli de pilule de plus de 12h
- si j'ai vomi une première pilule du lendemain 3h après sa prise.
- jamais plus de 3 par mois
- jamais plus de 3 par an
- jamais plus de 3 fois dans ma vie
- Je ne sais pas.

13/ Quelle est l'efficacité de la pilule de contraception d'urgence ?

- Elle est efficace à 100%.
- Elle est efficace à 50%.
- Plus elle est prise tôt plus elle est efficace.
- Elle protège contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
- Il est conseillé de faire un test de grossesse 10-15 jours après les rapports en cas de retard de règles.
- Elle est efficace jusqu'au cycle prochain, il ne faut donc pas continuer la contraception habituelle.

14/ Quels sont les effets secondaires des pilules de contraception d'urgence ?

- des nausées et vomissements
- une modification de la date des règles
- une diminution de la fertilité
- des malformations chez l'enfant si la pilule ne marche pas
- Je ne sais pas

15/ Si vous vous trouviez dans une situation de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception, que feriez-vous ? Si vous êtes un garçon, que conseillerez-vous à votre copine ?

- Vous attendez vos prochaines règles pour voir si vous êtes enceinte.
- Vous faites tout de suite un test de grossesse.
- Vous prenez la pilule de contraception d'urgence.
- Vous faites une prise de sang à la recherche d'infections sexuellement transmissibles (IST)
- Je ne sais pas.

16/ Si vous ne prenez pas la pilule de contraception d'urgence, pour quelle raison ?

- Elle n'est pas nécessaire
- Peur des effets secondaires
- Peur du regard des autres (en allant la chercher)
- Pas d'endroit pour se la procurer à proximité
- Pas de risque de grossesse
- Contre ma religion ou ma philosophie
- Autre : _____

VOS SOURCES

17/ D'où tenez-vous vos informations ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- médecin ou sage-femme
- cours de S.V.T.
- infirmier scolaire, dans le cadre de séances d'accompagnement personnalisé
- infirmier scolaire, lors d'une visite individuelle
- médias (TV, radio, magazines)
- sites internet
- pharmacien
- interventions du centre de planification familiale
- famille
- autre : _____

18/ Avez-vous eu des interventions sur la pilule de contraception d'urgence au cours de votre parcours scolaire (collège et lycée) ?

- oui non
- Si oui, combien de séances ? ____ Je ne sais pas

19/ Pensez-vous que ces interventions sur la pilule de contraception d'urgence vous ont été :

- très utiles utiles peu utiles inutiles

20/ Pensez-vous que ces interventions pour connaître la pilule de contraception d'urgence ont été :

- trop fréquentes suffisamment fréquentes pas assez fréquentes.

Je vous remercie de votre participation.

Annexe II

Lettre d'information aux personnes chargées de la distribution et du recueil des questionnaires

LETTRE D'INFORMATION AUX PERSONNES CHARGÉES DE LA DISTRIBUTION ET DU RECUEIL DES QUESTIONNAIRES

Bonjour,

Actuellement en fin de 4^e année d'études en Ecole de Sages-Femmes, je réalise un mémoire sur le thème de la contraception d'urgence. Cette étude fait suite à une augmentation conséquente du taux d'Interruption Volontaire de Grossesse chez les jeunes et notamment chez les mineures, et s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé qui stipule qu'il se doit « d'informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence, les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les possibilités d'accès [...] avec des professionnels de santé, des relais associatifs [...] ». Son but est donc d'identifier les connaissances des lycéen(ne)s sur la pilule de contraception d'urgence.

Cette étude se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 20 questions, prenant environ 10 minutes à remplir. Cet auto-questionnaire doit être rempli par les élèves dans une salle de classe, individuellement. Il est totalement anonyme, les élèves ne doivent en aucun cas inscrire leur nom sur la feuille. Une fois l'auto-questionnaire rempli, chaque élève devra plier celui-ci en deux avant de le rendre, de telle sorte à optimiser l'anonymat. Les personnes chargées de recueillir les questionnaires ne doivent en aucun cas les lire. Les résultats statistiques seront adressés aux lycées une fois que les données auront été analysées, c'est-à-dire durant l'année 2014-2015.

En cas d'incompréhension d'une question par un élève, il est éventuellement possible de définir un terme ou reformuler la question. Cependant, les explications données ne doivent en aucun cas orienter l'élève vers la réponse, l'intérêt de cette étude étant d'identifier leurs connaissances. Vous trouverez un récapitulatif comprenant les réponses qui pourra être transmis aux élèves une fois le questionnaire rendu.

Ce projet a fait objet d'une évaluation par un comité scientifique et a été validée le 17 Janvier 2014, et est mené à bien avec l'autorisation du proviseur d'établissement.

En vous remerciant pour votre coopération,

Fanchon RIVOIRE.

But : identifier les connaissances des lycéen(ne)s en Terminale sur la pilule de contraception d'urgence.

Temps Total Estimé : 10 minutes

Points Clefs :

- **Le questionnaire est anonyme.**
- **Il est rempli en classe.**
- **De manière individuelle.**
- **Ne pas inscrire son nom sur le questionnaire.**
- **Aucune indication orientant sur la réponse ne doit être donnée.**
- **Ne pas hésiter à cocher « je ne sais pas » si tel est le cas, il ne s'agit pas d'un contrôle.**
- **Pour donner l'âge « en années révolues » question 1 : par exemple, si vous avez 17 ans et demie, inscrivez 17.**
- **Pour la question 16 : quelles raisons vous pousseraient à ne pas la prendre ? Pour les garçons, pourquoi la déconseilleraient-ils à leur copine ? si aucune raison, ne pas remplir**
- **Une fois le questionnaire rempli, le plier en 2 de telle sorte à ce que les réponses ne soient pas visibles par la personne qui les recueille (anonymat).**

Annexe III

Réponses aux différentes propositions traitant des connaissances des lycéens sur la P.C.U. selon les établissements scolaires

	Une pilule que l'on prend en une fois	Une pilule que l'on prend en plusieurs fois	Une méthode d'avortement	Je ne sais pas	Non renseigné	
Ambroise Brugière	Filles	87,10% (n=81)	5,38% (n=5)	8,60% (n=8)	6,45% (n=6)	0
	Garçons	76,06% (n=54)	11,27% (n=8)	26,76% (n=19)	5,63% (n=4)	0
Lafayette	Filles	100,00% (n=9)	0	22,22% (n=2)	0	0
	Garçons	87,50% (n=42)	4,17% (n=2)	27,08% (n=13)	2,08% (n=1)	0
Marie Curie	Filles	86,89% (n=53)	0	19,67% (n=12)	6,56% (n=4)	0
Camille Claudel	Filles	66,67% (n=6)	0	0	22,22% (n=2)	11,11% (n=1)
	Garçons	81,82% (n=18)	4,55% (n=1)	22,73% (n=5)	4,55% (n=1)	4,55% (n=1)
Chamalières	Filles	89,11% (n=90)	6,93% (n=7)	26,73% (n=27)	0	1,98% (n=2)
	Garçons	78,22% (n=79)	11,88% (n=12)	19,80% (n=20)	1,98% (n=2)	2,97% (n=3)

Connaissances des élèves sur la définition de pilule d'urgence

	3 jours pour Norlevo®	5 jours pour Ellaone®	24h pour les deux pilules	48h pour les deux pilules	3 jours pour les deux pilules	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise Brugière	Filles	1,08% (n=1)	1,08% (n=1)	36,56% (n=34)	26,88% (n=25)	26,88% (n=25)	2,15% (n=2)
	Garçons	2,82% (n=2)	2,82% (n=2)	29,58% (n=21)	32,39% (n=23)	9,86% (n=7)	22,54% (n=16)
Lafayette	Filles	22,22% (n=2)	11,11% (n=1)	0	11,11% (n=1)	22,22% (n=2)	0
	Garçons	0	0	43,75% (n=21)	18,75% (n=9)	4,17% (n=2)	33,33% (n=16)
Marie Curie	Filles	1,64% (n=1)	0	37,70% (n=23)	39,34% (n=24)	16,39% (n=10)	8,20% (n=5)
Camille Claudel	Filles	0	0	77,78% (n=7)	22,22% (n=2)	0	11,11% (n=1)
	Garçons	0	4,55% (n=1)	59,09% (n=13)	18,18% (n=4)	0	18,18% (n=4)
Chamalières	Filles	6,93% (n=7)	1,98% (n=2)	18,81% (n=19)	44,55% (n=45)	15,84% (n=16)	14,85% (n=15)
	Garçons	6,93% (n=7)	6,93% (n=7)	41,58% (n=42)	25,74% (n=26)	9,90% (n=10)	15,84% (n=16)

Connaissances des élèves sur les délais recommandés de prise de la pilule d'urgence après un rapport sexuel non protégé

	L'une des deux pilules est délivrée sans ordonnance	L'infirmier scolaire peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence	Un centre de planification familiale peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence.	Une pharmacie peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence.	Il faut obligatoirement une ordonnance
Ambroise	20,43% (n=19)	36,56% (n=34)	54,84% (n=51)	75,27% (n=70)	2,15% (n=2)
Brugère	18,31% (n=13)	33,80% (n=24)	39,44% (n=28)	66,20% (n=47)	1,41% (n=1)
Lafayette	11,11% (n=1)	55,56% (n=5)	55,56% (n=5)	88,89% (n=8)	0
Marie Curie	14,58% (n=7)	35,42% (n=17)	45,83% (n=22)	85,42% (n=41)	4,17% (n=2)
Camille Claudel	24,59% (n=15)	55,74% (n=34)	81,97% (n=50)	91,80% (n=56)	3,28% (n=2)
Chamalières	44,44% (n=4)	55,56% (n=5)	66,67% (n=6)	100,00% (n=9)	11,11% (n=1)
	13,64% (n=3)	31,82% (n=7)	36,36% (n=8)	77,27% (n=17)	0
	34,65% (n=35)	34,65% (n=35)	63,37% (n=64)	93,07% (n=94)	0,99% (n=1)
	26,73% (n=27)	34,65% (n=35)	44,55% (n=45)	81,19% (n=82)	5,94% (n=6)

	Il faut le consentement des parents pour les mineures	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise	2,15% (n=2)	8,60% (n=8)	2,15% (n=2)
Brugère	8,45% (n=6)	16,90% (n=12)	2,82% (n=2)
Lafayette	0	0	0
Marie Curie	8,33% (n=4)	12,50% (n=6)	0
Camille Claudel	3,28% (n=2)	1,64% (n=1)	0
Chamalières	11,11% (n=1)	0	0
	4,55% (n=1)	13,64% (n=3)	0
	0,99% (n=1)	1,98% (n=2)	0
	4,95% (n=5)	6,93% (n=7)	0

Connaissances des élèves sur les modalités d'obtention de la pilule d'urgence

		Norlevo® est gratuite seulement pour les mineures	Elles sont gratuites pour toutes les femmes	Ellaone® est gratuite seulement pour les mineures	Norlevo® coûte plus de 10€	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise	Filles	26,88% (n=25)	20,43% (n=19)	26,88% (n=25)	3,23% (n=3)	47,31% (n=44)	2,15% (n=2)
	Garçons	22,54% (n=16)	26,76% (n=19)	21,13% (n=15)	7,04% (n=5)	46,48% (n=33)	2,82% (n=2)
Lafayette	Filles	33,33% (n=3)	33,33% (n=3)	22,22% (n=2)	0	33,33% (n=3)	0
	Garçons	6,25% (n=3)	29,17% (n=14)	8,33% (n=4)	4,17% (n=2)	60,42% (n=29)	0
Marie Curie	Filles	52,46% (n=32)	27,87% (n=17)	47,54% (n=29)	3,28% (n=2)	18,03% (n=11)	0
Camille Claudel	Filles	22,22% (n=2)	55,56% (n=5)	22,22% (n=2)	11,11% (n=1)	22,22% (n=2)	0
	Garçons	27,27% (n=6)	45,45% (n=10)	27,27% (n=6)	0	36,36% (n=8)	0
Chamalières	Filles	52,48% (n=53)	17,82% (n=18)	42,57% (n=43)	3,96% (n=4)	27,72% (n=28)	1,98% (n=2)
	Garçons	26,73% (n=27)	27,72% (n=28)	25,74% (n=26)	6,93% (n=7)	38,61% (n=39)	0

Connaissances des élèves sur le coût d'obtention de la pilule d'urgence

	Si le rapport sexuel a eu lieu pendant les règles	En cas de rapports sexuels non protégés	En cas d'oubli de pilule de plus de 12h	Si j'ai vomi une première PCU 3h après sa prise.	Jamais plus de 3 par mois	
Ambroise Brugière	Filles	3,23% (n=3)	80,65% (n=75)	40,86% (n=38)	6,45% (n=6)	24,73% (n=23)
	Garçons	8,45% (n=6)	70,42% (n=50)	30,99% (n=22)	8,45% (n=6)	19,72% (n=14)
Lafayette	Filles	0	100,00% (n=9)	33,33% (n=3)	33,33% (n=3)	22,22% (n=2)
	Garçons	4,17% (n=2)	75,00% (n=36)	25,00% (n=12)	2,08% (n=1)	18,75% (n=9)
Marie Curie	Filles	11,48% (n=7)	88,52% (n=54)	67,21% (n=41)	26,23% (n=16)	18,03% (n=11)
	Filles	22,22% (n=2)	88,89% (n=8)	66,67% (n=6)	33,33% (n=3)	55,56% (n=5)
Camille Claudel	Garçons	4,55% (n=1)	59,09% (n=13)	36,36% (n=8)	13,64% (n=3)	27,27% (n=6)
	Filles	3,96% (n=4)	90,10% (n=91)	44,55% (n=45)	25,74% (n=26)	29,70% (n=30)
Chamalrières	Garçons	3,96% (n=4)	75,25% (n=76)	34,65% (n=35)	15,84% (n=16)	22,77% (n=23)

	Jamais plus de 3 par an	Jamais plus de 3 fois dans ma vie	Je ne sais pas	Non renseigné	
Ambroise Brugière	Filles	3,23% (n=3)	11,83% (n=11)	16,13% (n=15)	2,15% (n=2)
	Garçons	11,27% (n=8)	9,86% (n=7)	21,13% (n=15)	2,82% (n=2)
Lafayette	Filles	0	22,22% (n=2)	0	0
	Garçons	10,42% (n=5)	10,42% (n=5)	14,58% (n=7)	0
Marie Curie	Filles	16,39% (n=10)	21,31% (n=13)	3,28% (n=2)	0
	Filles	0	11,11% (n=1)	0	0
Camille Claudel	Garçons	0	4,55% (n=1)	36,36% (n=8)	0
	Filles	17,82% (n=18)	18,81% (n=19)	6,93% (n=7)	0,99% (n=1)
Chamalrières	Garçons	8,91% (n=9)	11,88% (n=12)	13,86% (n=14)	1,98% (n=2)

Connaissances des élèves sur les modalités de prise de la pilule d'urgence

		Plus elle est prise tôt plus elle est efficace.	Il est conseillé de faire un test de grossesse 10-15 jours après les rapports en cas de retard de règles.	Elle est efficace à 100%.	Elle est efficace à 50%.	Elle protège contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
Ambroise Brugière	Filles	75,27% (n=70)	46,24% (n=43)	15,05% (n=14)	10,75% (n=10)	0
	Garçons	84,51% (n=60)	46,48% (n=33)	15,49% (n=11)	1,41% (n=1)	0
Lafayette	Filles	66,67% (n=6)	55,56% (n=5)	22,22% (n=2)	0	0
	Garçons	81,25% (n=39)	60,42% (n=29)	10,42% (n=5)	4,17% (n=2)	2,08% (n=1)
Marie Curie	Filles	77,05% (n=47)	62,30% (n=38)	9,84% (n=6)	14,75% (n=9)	0
	Filles	88,89% (n=8)	66,67% (n=6)	11,11% (n=1)	44,44% (n=4)	11,11% (n=1)
Camille Claudel	Garçons	72,73% (n=16)	40,91% (n=9)	4,55% (n=1)	13,64% (n=3)	0
	Filles	81,19% (n=82)	64,36% (n=65)	4,95% (n=5)	22,77% (n=23)	0,99% (n=1)
Chamalères	Garçons	80,20% (n=81)	51,49% (n=52)	11,88% (n=12)	9,90% (n=10)	0,99% (n=1)

		Elle est efficace jusqu'au cycle prochain, il ne faut donc pas continuer la contraception habituelle.	Non renseigné
Ambroise Brugière	Filles	4,30% (n=4)	9,68% (n=9)
	Garçons	2,82% (n=2)	9,86% (n=7)
Lafayette	Filles	0	0
	Garçons	0	2,08% (n=1)
Marie Curie	Filles	4,92% (n=3)	4,92% (n=3)
	Filles	22,22% (n=2)	0
Camille Claudel	Garçons	4,55% (n=1)	18,18% (n=4)
	Filles	6,93% (n=7)	2,97% (n=3)
Chamalères	Garçons	2,97% (n=3)	4,95% (n=5)

Connaissances des élèves sur l'efficacité de la pilule d'urgence

		Des nausées et vomissements	Une modification de la date des règles	Une diminution de la fertilité	Des malformations chez l'enfant si la pilule ne marche pas	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise Brugière	Filles	25,81% (n=24)	41,94% (n=39)	12,90% (n=12)	2,15% (n=2)	38,71% (n=36)	2,15% (n=2)
	Garçons	32,39% (n=23)	33,80% (n=24)	18,31% (n=13)	11,27% (n=8)	42,25% (n=30)	2,82% (n=2)
Lafayette	Filles	44,44% (n=4)	44,44% (n=4)	22,22% (n=2)	22,22% (n=2)	22,22% (n=2)	0
	Garçons	25,00% (n=12)	31,25% (n=15)	16,67% (n=8)	2,08% (n=1)	52,08% (n=25)	0
Marie Curie	Filles	31,15% (n=19)	55,74% (n=34)	16,39% (n=10)	0	27,87% (n=17)	0
Camille Claudel	Filles	55,56% (n=5)	55,56% (n=5)	11,11% (n=1)	11,11% (n=1)	11,11% (n=1)	0
	Garçons	31,82% (n=7)	50,00% (n=11)	13,64% (n=3)	0	45,45% (n=10)	0
Chamalières	Filles	46,53% (n=47)	67,33% (n=68)	15,84% (n=16)	1,98% (n=2)	15,84% (n=16)	1,98% (n=2)
	Garçons	39,60% (n=40)	45,54% (n=46)	12,87% (n=13)	4,95% (n=5)	35,64% (n=36)	0,99% (n=1)

Connaissances des élèves sur les effets indésirables de la pilule d'urgence

		Vous prenez la pilule de contraception d'urgence.	Vous faites une prise de sang à la recherche d'infections sexuellement transmissibles (IST)	Vous attendez vos prochaines règles pour voir si vous êtes enceinte.	Vous faites tout de suite un test de grossesse.	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise Brugière	Filles	68,82% (n=64)	47,31% (n=44)	16,13% (n=15)	26,88% (n=25)	12,90% (n=12)	2,15% (n=2)
	Garçons	71,83% (n=51)	57,75% (n=41)	8,45% (n=6)	30,99% (n=22)	7,04% (n=5)	0
Lafayette	Filles	66,67% (n=6)	88,89% (n=8)	0	44,44% (n=4)	0	0
	Garçons	77,08% (n=37)	58,33% (n=28)	6,25% (n=3)	25,00% (n=12)	4,17% (n=2)	0
Marie Curie	Filles	70,49% (n=43)	52,46% (n=32)	26,23% (n=16)	45,90% (n=28)	3,28% (n=2)	0
Camille Claudel	Filles	44,44% (n=4)	33,33% (n=3)	33,33% (n=3)	66,67% (n=6)	11,11% (n=1)	0
	Garçons	54,55% (n=12)	31,82% (n=7)	4,55% (n=1)	45,45% (n=10)	22,73% (n=5)	0
Chamalières	Filles	79,21% (n=80)	54,46% (n=55)	20,79% (n=21)	28,71% (n=29)	0	3,96% (n=4)
	Garçons	72,28% (n=73)	52,48% (n=53)	17,82% (n=18)	41,58% (n=42)	2,97% (n=3)	0,99% (n=1)

Connaissances des élèves sur la marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés

Annexe IV

Dépliant d'information sur la P.C.U.

Contacts utiles

Planning Familial 63 :

☎ : 04.73.37.12.07. ou

www.planning-familial.org



Centre de Planification Familiale au CHU Estaing

☎ : 04.73.75.07.50. (RDV) ou

04.73.75.01.15.



Pharmacie de Garde « DUCHER », 24h/24 et 7j/7, 1 place Delille à CLERMONT-Fd

☎ : 04.73.91.31.77.

Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit VIH/SIDA, dispensaire Emile ROUX à CLERMONT-Fd :

☎ : 04.73.14.50.80. ou 0.800.840.800.

www.sida-info-service.org



SIDA Info Service
0 800 840 800
24h/24, confidentiel, anonyme et gratuit
04 73 14 50 80 - 0 800 840 800

Fil Santé Jeunes :

☎ : 0.800.235.236.

www.fil-santejeunes.com

0800 235 236
Anonyme et gratuit
tous les jours de 8 heures à minuit

Pilule de Contraception d'Urgence

PCU



Après un rapport
sexuel non ou mal
protégé, un oubli de
contraception...

Pilule du lendemain.

Pilule de Contraception d'Urgence

Qu'est-ce-que c'est ?

Comprimé qui s'avale, en une seule prise, et qui permet d'éviter une grossesse après des rapports sexuels non ou mal protégés ou un oubli de contraception.

Contrairement à l'IVG, ce n'est pas une méthode d'avortement puisqu'elle empêche la fécondation, il n'y a donc pas d'embryon.

Quels sont les effets secondaires ?

Nausées et vomissements, fatigue

Modification de la date des règles (retard ou avance), d'où l'intérêt de pratiquer un **test de grossesse** en l'absence de retour des règles (test 10-12 jours après)

Elle ne diminue pas la fertilité, et ne cause pas de malformations chez l'enfant en cas d'échec

Dans quel cas peut-on la prendre ?

- ◇ En cas de rapports sexuels non ou mal protégés
- ◇ En cas d'oubli de pilule
- ◇ En cas de rupture de préservatif
- ◇ Même si les rapports ont eu lieu pendant les règles
- ◇ Même si une pilule de contraception d'urgence a déjà été prise récemment
- ◇ Si une 1ère « pilule du lendemain » a été vomie moins de 3h00 après sa prise

2 pilules de contraception d'urgence

	Norlévo®	Ellaone®
Délai maximal d'efficacité	72h00	120h00
Prescription médicale nécessaire	non	oui
Gratuite pour les mineures, en pharmacie	oui, sans justificatif	non
Remboursée si prescrite	oui, à 65% pour les deux	
Où la trouver ?	pharmacie, infirmerie scolaire, planning...	pharmacie
Prix	7,41 €	23,59 €

Concrètement, que faire en cas de rapports sexuels non ou mal protégés ? (oubli de pilule, rupture ou mésusage du préservatif...)

1. Prendre une pilule du lendemain le plus tôt possible pour optimiser son efficacité, **≤ 12h**
2. Se rendre dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit VIH/SIDA afin d'effectuer une prise de sang à la recherche **d'Infections Sexuellement Transmissibles** (ou contacter sans tarder un médecin)
3. Si les règles ne reviennent pas à la date prévue, faire un test urinaire de grossesse 10-12 jours après le rapport sexuel.
4. Mettre des préservatifs pour les rapports suivants.

Efficacité pilule du lendemain :



Besoin d'aide, d'un conseil :

Parlez-en en toute confidentialité à ton infirmier(e) du Lycée, à ton médecin, à ton pharmacien, au centre de planification...

Attention : l'utilisation de la pilule de contraception d'urgence doit rester exceptionnelle (consulter un médecin, un centre de planification ou une sage-femme pour choisir une contraception régulière, efficace et adaptée)



RESUME

Introduction : L'information de la population et particulièrement les adolescents sur la contraception d'urgence est un réel enjeu de santé publique, dans la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles. Malgré une politique d'information sur la sexualité et la contraception, peu de jeunes ont recours à la pilule de contraception d'urgence en cas de rapports sexuels non protégés. Leur manque de connaissances serait en cause.

Matériel: L'objectif principal de cette étude était d'identifier les connaissances des lycéens sur la pilule de contraception d'urgence. Les objectifs secondaires étaient, d'une part, de comparer ces connaissances selon le sexe, l'appartenance à une filière scolaire, et l'existence d'un suivi gynécologique, ainsi que d'identifier les connaissances des lycéen(ne)s sur la conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés, et d'autre part, de s'enquérir de leur satisfaction quant à l'information qui leur est apportée au cours de leur parcours scolaire.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale. Un auto-questionnaire a été distribué aux élèves scolarisés en classe de terminale dans le Puy-de-Dôme.

Résultats et Discussion : L'étude a montré que les élèves possèdent des connaissances convenables sur la pilule de contraception d'urgence. Cependant, certains points tels que ses délais d'action ou ses modalités d'accès sont encore très méconnus. Les filles ont des connaissances significativement meilleures que celles des garçons, et celles ayant déjà consulté pour contraception sont plus performantes que les autres. Aucune différence significative n'a été mise en évidence selon la filière suivie. Seuls 71% des élèves interrogés déclarent qu'ils auraient recours à la P.C.U., et seulement 52% à un dépistage des I.S.T. en cas de rapports sexuels non protégés. Les premiers motifs sont la peur des effets secondaires et le scepticisme sur le risque de grossesse encouru suite à un rapport sexuel. Globalement, les élèves sont satisfaits des interventions dont ils ont bénéficié et sont en demande de davantage.

Conclusion : Il est nécessaire que les élèves soient régulièrement informés sur la contraception d'urgence, ainsi que le dépistage des I.S.T., pour favoriser une bonne observance et diminuer le taux de grossesses inopinées en France.

Mots clés : **Pilule de contraception d'urgence, adolescents, connaissances, I.S.T., contraception, prévention, information**

SUMMARY

Introduction: Informing people, namely teenagers, about the emergency contraception pill is an important matter of public health that aims at preventing unwanted pregnancies and STDs. Despite the policy to inform people about sexual life and contraception, few teenagers do take the emergency contraception pill after unprotected sex. Lack of knowledge seems to be a large portion of the cause.

Material: The main objective of this study was to identify the knowledge that high school students have about the emergency contraception pill. Secondary objectives included comparing the level of knowledge depending on gender, affiliation to an education stream and gynecological follow-up, as well as identifying teenager's knowledge of the proper course of action after unprotected sexual intercourse, and enquiring as to the satisfaction of teenagers with the information provided during their educational pathway.

Method: This was a transversal descriptive observational study. A questionnaire was distributed to senior year high school students in the Puy-de-Dôme.

Results and Discussion: This study showed that students have decent knowledge of the emergency contraception pill. However, certain aspects such as the time limit to take it or where to get it are highly unknown. Girls have significantly better knowledge than boys, and those that had previously consulted a professional for acquiring contraception seem to show better results. There was no significant difference in knowledge according to the education stream followed. Only 71% of the participating students declared that they would take the emergency contraception pill after unprotected sex, and a few 52% would proceed to S.T.D.s screening tests. The main motives are fear of the side effects and denial of the risks unprotected sex poses. Globally, students are satisfied with the information delivered to them, and ask for more.

Conclusion: A steady rate of education about the emergency contraception pill and the prevention of STDs is crucial to facilitate its use and reduce the unwanted pregnancy rate in France.

Key Words: Emergency contraception pill, teenagers, knowledge, S.T.D.s, contraception, prevention, education.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DES CONNAISSANCES
DES LYCÉENS PUYDOMOIS SUR LA PILULE
DE CONTRACEPTION D'URGENCE EN 2014**

MEMOIRE PRESENTÉ ET SOUTENU PAR

Fanchon RIVOIRE

Née le 11 03 1991

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2015



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DES CONNAISSANCES
DES LYCÉENS PUYDOMOIS SUR LA PILULE
DE CONTRACEPTION D'URGENCE EN 2014**

MEMOIRE PRESENTÉ ET SOUTENU PAR

Fanchon RIVOIRE

Née le 11 03 1991

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2015



UdA | Université d'Auvergne



REMERCIEMENTS

Je remercie, pour m'avoir soutenue dans la réalisation de ce mémoire :

Madame Johanne DEININGER, directrice de mémoire, ainsi que Madame Annick VIALON, co-directrice, pour leurs conseils et leur soutien.

Les directions des établissements scolaires qui ont accepté de participer, ainsi que les élèves, les professeurs, et les conseillers principaux d'éducation pour le temps qu'ils ont accordé à mon projet.

Les infirmiers scolaires, pour s'être impliqués dans cette étude et leur soutien dans mes démarches :

- Stéphanie SAVANNIER
- Véronique FAVIER
- Mickael MONTEL
- Christiane SYRMEN
- Monique BONAFOUS
- Lydie CUBIZOLLES

Ma famille, Hélène et Julien pour leur aide et leurs encouragements impérissables.

GLOSSAIRE

- A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- A.N.R.S. : Agence Nationale de Recherches sur le S.I.D.A. et les hépatites virales
- A.S.S.P. : Accompagnement, Soins et Services à la Personne
- C.S.F. : Contexte et Sexualité en France
- D.I.U. : Dispositif Intra-Utérin
- H.A.S. : Haute Autorité de Santé
- H.B.S.C. : Health Behaviour in School-Aged Children
- H.P.V. : Human Papillomavirus
- H.S.V. : Herpes Simplex Virus
- I.N.E.D. : Institut National des Etudes Démographiques
- I.N.P.E.S. : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- I.S.T. : Infections Sexuellement Transmissibles
- I.T.G. : Interruption Thérapeutique de Grossesse
- I.V.G. : Interruption Volontaire de Grossesse
- L.H. : Luteinising Hormone
- N.H.S. : National Health Service
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
- P.C.U. : Pilule de Contraception d'Urgence
- P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile
- P.P.T.T.C. : Prix Public Toutes Taxes Comprises
- R.C.O.G. : Royal College of Obstetricians and Gynecologists
- S.I.D.A. : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- V.I.H. : Virus d'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	2
<u>REVUE DE LA LITTERATURE</u>	5
I/ Etat des lieux de la contraception, de la contraception d'urgence et de la sexualité en France.....	6
II/ Historique et législation	17
III/ P.C.U. et conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés	25
<u>MATERIELS ET METHODE</u>	34
I/ Objectifs et type de l'étude.....	35
II/ Matériel.....	35
III/ Méthodes.....	37
IV/ Analyse statistique.....	40
<u>RESULTATS</u>	41
I/ Population étudiée	42
II/ Connaissances des élèves sur la P.C.U.	46
III/ Marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception selon les lycéens	63
IV/ Sources d'information des élèves.....	68
<u>DISCUSSION</u>	74
I/ Limites de l'étude	75
II/ Discussion des objectifs et de leur réalisation.....	76
III/ Discussion des résultats	78
IV/ Projet d'action.....	90
<u>CONCLUSION</u>	92
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	
<u>ANNEXES</u>	

Introduction

La contraception d'urgence désigne les méthodes de « rattrapage » utilisées après un rapport sexuel non ou mal protégé pour éviter une grossesse non prévue. [1] Les deux types de contraception d'urgence efficaces accessibles sont, d'une part, les pilules de contraception d'urgence (P.C.U.), et d'autre part, le dispositif intra-utérin (D.I.U.) au cuivre.

La contraception d'urgence est un réel enjeu de santé publique. En effet, en France, une grossesse sur trois est inopinée, et aboutit à une interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) une fois sur deux. [2,1]. En ce qui concerne les adolescents, les taux d'I.V.G. semblent augmenter ces dernières années.[3,4] La prévention des grossesses adolescentes non désirées pose des enjeux importants en termes de risques obstétricaux, mais aussi sociaux et psychologiques. Les échecs de contraception sont d'ailleurs assez fréquents chez les adolescents, d'où l'importance de s'intéresser à cette population. De plus, les adolescents sont une population plus à risque de contracter des infections sexuellement transmissibles.

La Haute Autorité de Santé (H.A.S.) recommande d' « informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence ». [1] La législation impose désormais cette information dans les établissements scolaires, à travers les programmes scolaires, mais aussi des interventions extérieures telles que celles menées par le planning familial.

La P.C.U. est plutôt largement utilisée par les jeunes en France. Cependant, elle se heurte à de nombreux obstacles qui peuvent entraver son utilisation en cas d'exposition à un risque de grossesse. En effet, la contraception, de manière générale, porte un lourd bagage historique et culturel qui en dessine encore aujourd'hui une image négative, taboue, et fait l'objet de beaucoup d'idées reçues. De plus, si la contraception est un concept ancien, la contraception d'urgence, elle, a vu le jour dans la deuxième partie du vingtième siècle, et la population a donc peu de recul quant à ces méthodes. [5]

Plusieurs études se sont donc intéressées aux freins qui posaient des réticences au recours à la P.C.U., et le frein principal retenu est la méconnaissance de ces méthodes. Ainsi, l'objectif principal de ce mémoire est d'identifier les connaissances des adolescents puydômois sur la P.C.U.

Le Code de la Santé Publique, de même que le Code de Déontologie des Sages-Femmes, indiquent que, l'information et la prescription d'une contraception et a fortiori de la contraception d'urgence, font partie intégrante des compétences et des missions de

la profession de sage-femme. [6,7,8] La sage-femme est d'ailleurs un interlocuteur essentiel qui va également avoir pour rôle de repérer les comportements à risque, et les situations de vulnérabilité et de détresse des femmes. [9]

Dans une première partie, une revue de la littérature exposera les problématiques actuelles de sexualité, contraception et contraception d'urgence en France. Elle explorera également des notions historiques sur la contraception, l'I.V.G., et la contraception d'urgence, qui permettront de discuter des composantes culturelles, religieuses et philosophiques des comportements contraceptifs. Puis, nous étudierons les textes réglementaires et législatifs qui s'appliquent au thème abordé, ainsi que le rôle des sages-femmes face à ces problématiques. Enfin, nous étudierons les P.C.U. actuellement disponibles sur le marché, et aborderons le thème de la prévention des infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) et de leur dépistage en cas de rapports sexuels non protégés.

Dans une seconde partie, nous exposerons les matériels et méthodes utilisés lors de la réalisation de ce mémoire, ainsi que les résultats produits par la diffusion de l'auto-questionnaire élaboré.

Dans une troisième partie, nous analyserons les données recueillies et apporterons des réflexions qui les mettront en rapport avec la revue de la littérature.

Revue de la littérature

I/ Etat des lieux de la contraception, de la contraception d'urgence et de la sexualité en France.

1. Etat des lieux de la sexualité et de la contraception des jeunes en France

Avant de s'intéresser à l'état des lieux de la contraception d'urgence en France, il est important d'aborder les conduites sexuelles des jeunes.

Selon l'enquête de Baromètre Santé effectuée par l'I.N.P.E.S. (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), en 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel était de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles. Depuis quelques années, il semble se stabiliser. Dans les années 1940, il était de 22 ans pour les filles et de 18 ans pour les garçons : cet âge a donc fortement chuté en 50 ans. [10]

Globalement, peu d'adolescents de moins de 15 ans sont concernés par une vie sexuelle active. Cependant, ceux qui sont concernés appartiennent à un groupe à risque élevé en termes de grossesses non désirées et d'I.S.T. [4] Une étude l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (I.N.P.E.S.) menée en 2010 sur la santé des collégiens en France a révélé que 17,8% des élèves scolarisés en classe de quatrième ou de troisième déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels, dont 22% de garçons et 13,7% de filles. 38,2% de ces élèves déclarent que ces rapports avaient eu lieu à 13 ans ou avant, dont encore une majorité de garçons (44,9% contre 27,9% de filles).[4] Si l'on s'intéresse de manière globale aux jeunes entre 14 et 17 ans, 38% des garçons et 29% des filles ont des rapports sexuels.[11]

La difficulté principale de la prévention est liée au caractère sporadique de la plupart des rapports sexuels chez les adolescents. En effet, les adolescents sexuellement actifs auraient, en moyenne, 5 à 15 rapports sexuels par an, dont 63% pendant les vacances. Ce rythme n'est pas propice à l'observance d'une contraception régulière et favorise de manière générale la prise de risque.[12]

Cependant, le fait que le nombre de naissances de mères adolescentes soit resté relativement stable malgré une augmentation importante de la population à risque suggèrerait que les adolescents sont relativement compétents en termes de contraception.[13] Une enquête menée en Avril 2007 dans un collège français indiquait

une certaine curiosité et un intérêt de la part des collégiens en matière de contraception, de risque infectieux, et des professionnels à qui s'adresser si besoin.[14]

En dehors du caractère occasionnel des rapports sexuels, cas dans lesquels environ 38% des filles n'ont recours à aucune contraception, le facteur qui semble le plus influencer la prise de risque et le comportement contraceptif chez les jeunes est l'information par les parents, qui entrainerait une multiplication par deux le taux d'utilisation d'une contraception lors du premier rapport.[11] Il est également important de noter qu'une jeune fille de moins de 18 ans sur huit est confrontée aux sévices sexuels, dont 8% sont de nature incestueuse. [12]

En 1987, seulement 31% des adolescentes utilisaient un moyen contraceptif au cours de leur premier rapport sexuel.[12] Aujourd'hui, toutes les contraceptions sont accessibles dès l'adolescence. Beaucoup de recommandations encouragent la méthode « double Dutch », c'est-à-dire l'association d'une contraception orale avec le préservatif, méthode employée largement en Hollande où les taux d'I.V.G. et de naissances non désirées chez les adolescentes sont très bas, d'où son nom.[12] Selon l'étude menée par l'I.N.P.E.S. en 2000, 89,6 % des jeunes filles de 15 à 19 ans utilisent une contraception, contre 96,6 % des femmes entre 20 et 25 ans, mais seulement 75 à 80% des adolescents ont recours à une contraception lors de leur premier rapport sexuel. Le préservatif reste le moyen le plus utilisé à cette occasion, soit dans près de 80% des cas. Ce taux très important résulte des nombreuses campagnes de prévention contre les I.S.T. et notamment les infections à V.I.H. (Virus d'Immunodéficience Humaine). La contraception orale, elle, est largement utilisée et supasse toutes les autres contraceptions hormonales (patch, anneau, implant...) : Elle est employée par 38% des femmes qui utilisent une contraception au cours de leur premier rapport sexuel, et par 83% des adolescentes de manière générale.[12]

L'étude menée par l'I.N.P.E.S. en 2010 sur la santé des collégiens en France s'est également intéressée aux méthodes contraceptives des élèves, et révélait que 11,3% des adolescents sexuellement initiés n'avaient utilisé aucune contraception lors de leur dernier rapport sexuel. Parmi ceux qui ont pris des mesures de prévention d'une grossesse, 85,4% ont utilisé le préservatif, 33,1% la pilule contraceptive, 16,5% la pilule de contraception d'urgence, 7,4% la méthode de retrait.[4]

2. Grossesses non désirées et I.V.G.

En 2013, le taux de fécondité des femmes de 15 à 24 ans était de 0,30 pour toute la France, 0,27 en Auvergne, 0,22 dans le Puy-de-Dôme. Ces taux sont légèrement plus élevés dans le Cantal et la Haute-Loire (respectivement 0,29 et 0,28), et sensiblement plus important dans l'Allier, soit 0,40.[15] Concernant les mineures, le taux de fécondité des 12-17 ans a considérablement chuté dans les années 1980, soit une diminution de 5,4% par an. Le nombre de grossesses de mineures a diminué de 36% en 17 ans, passant de 20 710 en 1980 à 13 192 en 1997.[16]

En 1980, on comptait 350 000 grossesses inopinées par an, ayant abouti à 200 000 I.V.G., ainsi que 150 000 naissances mal planifiées et non désirées, souvent par absence ou mésusage d'une contraception.[2] Actuellement, et ce malgré la large diffusion de la contraception en France et une augmentation du recours à la contraception d'urgence, une grossesse sur trois est non prévue en France.[1] En moyenne, chaque femme connaît une grossesse inopinée au cours de sa vie, et procède à une I.V.G. une fois sur deux dans ces cas-là. [2]

En 2014, on compte 0,8 naissances pour mille femmes de 15 ans contre 0,7 pour mille en 2004, 2,3 naissances pour mille femmes de 16 ans contre 2,5 en 2004, et 5,2 naissances pour mille femmes de 17 ans contre 6 en 2004. On observe donc une baisse du taux de naissances chez les mères mineures, mais le nombre total de naissances mineures pour 1000 femmes en 2014 reste encore élevé, soit 8,3 pour mille femmes, et le taux de naissances survenant chez les moins de 20 ans est de 35,9 naissances pour mille femmes.[17] A l'échelle internationale, le taux de naissances chez les adolescents de 15 à 19 ans varie considérablement d'un pays à l'autre, de 3,9, 5,7 et 6,9 pour mille jeunes filles au Japon, en Suisse et en Italie, jusqu'à 54,3, 54,4 et 56,2 pour milles adolescentes en Ukraine, aux Etats-Unis et en Arménie.[13]

La prévention des grossesses adolescentes non désirées est un véritable enjeu de santé publique, d'une part pour ses implications socio-psychologiques, et d'autre part, car le pronostic obstétrical est plus défavorable dans ces cas-là. En effet, les complications liées à une grossesse adolescente sont principalement une augmentation du risque de pré-éclampsie, de fausses-couches, d'accouchement prématuré, de retard

de croissance intra-utérin et d'hypotrophie. Il y a également plus d'accouchements dans le secret dans cette population, avec toutes leurs conséquences psychologiques. [12] [18,19] On retrouve notamment un certain nombre de jeunes filles qui, pour des raisons culturelles, religieuses, ou simplement parce qu'elles ne savent pas à qui s'adresser ni quelle est la marche à suivre, cachent leur grossesse de tous dans la plus grande solitude.[2]

De manière générale, il a été montré qu'une maternité librement choisie apporte également un meilleur pronostic obstétrical, notamment parce que les grossesses sont mieux suivies médicalement, et que les patientes en prennent « plus soin » (observance des conseils hygiéno-diététiques, meilleure écoute de leur corps...). Le désir de grossesse aurait également une influence importante sur la qualité du lien mère-enfant.[2]

De manière globale, le recours à l'I.V.G. est stable ou en légère hausse dans les dernières années, mais reste plus faible que lors de sa légalisation en 1975. Nous avons pu observer une augmentation des I.V.G. entre 1976 et 1983, qui peut être attribuable à un meilleur accès aux données statistiques. Entre 1984 et 1991, une certaine stabilité s'établit, suivie d'une légère baisse au cours des dernières années.[2]

En effet selon l'Institut National des Etudes Démographiques (I.N.E.D.), pour toute femme confondue, le nombre moyen d'I.V.G. par femme est en baisse (0,66 en 1976 vs 0,52 en 2011), mais le nombre d'I.V.G. total augmente : 192 174 en 2000 vs 207 120 en 2012.[20] Il a cependant baissé en 2011 (209 000) et en 2012 par rapport à 2010 (213 000). En 2012, on comptait près de 219 000 I.V.G. effectuées sur le territoire français, dont 207 000 en métropole.[21]

L'Auvergne, elle, a vu réaliser 2394 I.V.G. durant l'année 2010.[22] Le recours à l'I.V.G. concerne toutes les catégories socioprofessionnelles. Les femmes les plus concernées appartiendraient au groupe d'âge de 20 à 24 ans, avec un taux d'I.V.G. de 27 pour 1000 femmes. On note d'importants écarts régionaux, avec des taux de recours à l'I.V.G. plus élevés en Ile-de-France et dans le sud de la France.[21]

A l'échelle européenne, la France se situe à une place moyenne ; on compte plus d'avortements qu'en Allemagne ou en Hollande (0,3 avortement par femme), mais moins qu'en Suède, Europe de l'Est, Royaume-Uni et États-Unis.[2]

Cependant, si les taux d'I.V.G. toute femme confondue reste plutôt stable voire en baisse, on observe une augmentation des I.V.G. chez les jeunes depuis le milieu des années 1990, avec une incidence annuelle qui est passée de 7,7/1000 à 10,5/1000 parmi les jeunes âgés de 15 à 17 ans et de 17,8 à 22,6/1000 parmi les 18–19 ans.[3] [4] Les années 1980 ont connu à la fois une diminution du nombre de naissances vivantes et une diminution du nombre d'I.V.G. dans cette tranche d'âge. Cependant, à partir des années 1990, alors que la fréquence des naissances chez les 12-17 ans continue de baisser et que les conceptions se stabilisent à 35 conceptions pour 1 000 adolescentes atteignant 18 ans, le nombre d'I.V.G., lui, semble ré augmenter d'en moyenne 2,8% par an.[16] Sur les 200 000 I.V.G. réalisées annuellement en France, environ 13 000 sont pratiquées chez des patientes mineures. [23]

Si l'on compare ces chiffres à ceux des autres pays, on peut dire que les taux d'I.V.G. chez les adolescentes sont assez peu élevés en France.[2] Par exemple, en Suisse, contre toute attente après les campagnes de prévention menées à bien, les taux d'I.V.G. chez les adolescentes ont augmenté. L'usage du préservatif comme seul moyen de contraception est ici mis en cause (30% des adolescentes faisant pratiquer une I.V.G. avaient utilisé le préservatif seul). Il en est de même en Grande-Bretagne, où il semblerait que le préservatif soit responsable de 43% des I.V.G. [11]

Toutefois, il est souvent discuté dans la littérature que l'augmentation du taux d'I.V.G. chez les jeunes depuis les années 1990 peut être attribuée, non pas à une augmentation de prise de risque de la part des adolescents, mais à une plus forte probabilité de recours à l'I.V.G. en cas de survenue d'une grossesse inopinée, ce qui est cohérent avec la forte diminution de la prévalence des naissances vivantes de mères adolescentes. [3,11,2] D'autres explications de cette augmentation ont été évoquées, mettant également en cause l'usage, ou plutôt le mésusage du préservatif, souvent un peu aléatoire, ainsi que certains phénomènes psychologiques des adolescentes, qui pourraient désirer une grossesse (et non un enfant) pour se sentir femme, pour faire réagir son entourage ou bien pour des raisons plus concrètes comme stabiliser une relation amoureuse ou acquérir un statut social. [12]

3. Echecs de Contraception

Les échecs de contraception sont assez courants chez les adolescents, nettement plus que chez les femmes adultes. Les facteurs principalement mis en cause sont, d'une part, leur fertilité intrinsèque plus élevée (toutes les méthodes de contraception, y compris le D.I.U., seraient moins efficaces chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées), et d'autre part, des facteurs davantage liés à l'état psychique et aux comportements qui accompagnent souvent l'adolescence : croyance « d'invincibilité », dénégation de la réalité du risque de grossesse, image romantique du rapport sexuel détaché de toute notion de reproduction, impression que l'acquisition d'une contraception « officialiserait » une relation amoureuse... [11,19,18]

En effet, il a été signifié que la prise de risque et le manque de précautions étaient corrélés à la précocité de l'entrée dans la vie sexuelle active, avec notamment un moindre recours aux préservatifs lors des premiers rapports sexuels. [4] Par ailleurs, submergés par le tourbillon de tourments affectifs et psychologiques de l'adolescence, la différence entre désir de grossesse et désir d'enfant serait d'autant plus floue chez les jeunes. De manière très théorique, il a été calculé que, si on augmentait la prévalence contraceptive de 50%, le nombre d'I.V.G. ne diminuerait que de 32%. [2]

Une étude centrée sur la comparaison des échecs de contraception entre adolescents et adultes a révélé que les adolescentes étaient plus sujettes aux échecs de préservatifs (17,8 contre 11,5 % chez les adultes). D'après la même étude, les adolescentes sont également plus nombreuses à n'avoir recours à aucun mode de contraception, soit 9,4 contre 3,6 % chez les adultes.[11]

Le motif principal (soit 60%) de recours à la P.C.U. s'adresse à des échecs de contraception régulière, soit un oubli de pilule, soit une rupture de préservatif, alors que l'absence complète de méthode contraceptive n'intervient que pour environ 17 % des recours.[1] Globalement, sur 100 grossesses accidentelles, 53 seraient la conséquence de rapports mal protégés, 15 d'un oubli de contraception habituelle et 32 de méthodes peu fiables ou mal utilisées.[2] Si l'on s'attache aux contraceptions habituelles, on observe que la pilule et le préservatif sont équitablement fautifs : selon la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), les motifs principaux de recours à la P.C.U. seraient dans 30,7% des cas liés à un oubli de contraception orale et dans 31% des cas à un mésusage ou une rupture de préservatif.[24]

La contraception la plus utilisée de manière habituelle par les adolescentes est la pilule contraceptive. Elle n'a pas été dépassée, ni par le préservatif, ni par les autres contraceptions hormonales comme le patch, l'implant ou l'anneau vaginal. 83% des adolescentes l'utilisent. [12] Or, les oublis de la contraception hormonale sont responsables, en France, du quart des I.V.G. réalisées en France. [25]

Chez les adolescentes, la contraception orale pose un certain nombre de problèmes d'observance : rapports sexuels souvent irréguliers, imprévisibles entraînant chez l'adolescente une impression de « mauvaise rentabilité » et donc des arrêts ou des pauses intempestifs, et ceci associé au sentiment d'invincibilité évoqué précédemment, la pensée merveilleuse que « cela ne peut arriver qu'aux autres... » [12]. L'enquête H.B.S.C. (Health Behaviour in School-Aged Children) menée entre 2002 et 2006 témoignait de l'imperfection de la protection des jeunes filles utilisatrices de pilule contraceptive.[4]

La Haute Autorité de santé (H.A.S.), à l'époque encore dénommée A.N.A.E.S. (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), a publié des recommandations à appliquer en cas d'oubli de contraception orale. Des études se sont, par la suite, intéressées à l'observance par les femmes de ces recommandations. En réalité, seulement 21% des femmes interrogées adoptaient l'attitude recommandée par l'A.N.A.E.S. en cas d'oubli, et juste 17% se protégeaient avec une autre contraception dans les jours suivant l'oubli. Les causes évoquées pour expliquer cette situation seraient, en particulier, le manque de connaissances de ces recommandations de la part des femmes voire de la part des professionnels de santé, ainsi que l'applicabilité de ces recommandations. Ainsi, différentes sociétés savantes de divers pays se sont prononcées sur ce sujet proposant différentes recommandations. Certaines d'entre elles, prenant en compte notamment la période du cycle au moment de l'oubli, le type de pilule etc., sont, du fait de leur complexité, beaucoup moins suivies par les femmes que les recommandations plus pragmatiques qui apporteraient une meilleure efficacité en termes de prévention des grossesses non désirées.[25] Ceci est d'autant plus vrai lorsque les personnes concernées sont des adolescentes.

En ce qui concerne les échecs de préservatif, nous pouvons remarquer que, si son usage est crucial dans la prévention des I.S.T., le préservatif utilisé isolément constitue une méthode insuffisamment efficace chez les jeunes en ce qui concerne la prévention des grossesses non désirées.[11,2,3] Il s'agit principalement d'un manque

d'observance systématique et d'un mésusage, qui touche particulièrement les jeunes, inexpérimentés dans son utilisation. Ici, plusieurs phénomènes psychiques entrent en jeu : D'une part, le recours au préservatif peut être perçu comme un manque de confiance en l'autre ; il jetterait un doute sur sa fidélité ou son passé sexuel. D'autre part, dans les représentations populaires, le préservatif est souvent associé au S.I.D.A., ce qui peut poser un frein chez les jeunes convaincus de leur invulnérabilité. En outre, s'ajoute l'envie de faire plaisir à l'autre et d'augmenter son propre plaisir. En effet, selon l'enquête menée par l'A.N.R.S. en 2004, 40% des utilisateurs de préservatifs (tous âges confondus) déclarent qu'il diminue le plaisir sexuel. [12,3]

Enfin, nous ne pouvons pas parler d'échec de contraception sans évoquer les freins culturels et religieux qui peuvent entraver leur utilisation. En effet, la contraception (et par extension la contraception d'urgence) est souvent considérée comme une œuvre de mort, on « empêche » à une vie de se créer.

Malgré une certaine évolution ces dernières années, l'Eglise catholique interdit l'usage de contraceptifs car, pour elle, sexualité et procréation sont indissociables. Les Eglises réformées et luthériennes sont beaucoup plus libérales, autorisant non seulement la contraception, mais aussi l'I.V.G. tant que celle-ci reste exceptionnelle. Dans le judaïsme, de même que dans le catholicisme, la procréation est la seule finalité de la sexualité. Cependant, la loi talmudique-rabbinique n'interdit pas la contraception, mais interdit les I.V.G., avec pour seule exception l'ITG, c'est-à-dire les cas où la grossesse mettrait en danger la vie de la future mère. Contrairement aux idées reçues, la Charia, soit la loi islamique, tolère l'avortement jusqu'au 120e jour de vie in utero, date à partir de laquelle l'embryon acquiert une existence, et au-delà si la grossesse met la santé physique de la mère en danger. Certains pratiquants s'opposent malgré tout à la contraception et, a fortiori à l'I.V.G., car les règles de l'Islam somment de ne pas contrevenir aux lois de la nature d'une part, et recommandent d'avoir beaucoup d'enfants dans le mariage d'autre part. Ainsi, bien que la Charia ne mentionne pas directement la contraception, celle-ci n'est pas tolérée par les intégristes. Chez les bouddhistes, le respect de la vie est une valeur sacrée et l'avortement entraverait les cycles de la réincarnation. En revanche, la contraception est autorisée.[2]

4. Recours à la pilule de contraception d'urgence et échec de la P.C.U.

Rappelons que le terme contraception d'urgence désigne toutes les méthodes de rattrapage permettant d'éviter la survenue d'une grossesse après un rapport non protégé ou un oubli, une absence ou un mésusage de contraception. Il inclut donc le D.I.U. au cuivre, qui ne sera pas traité dans cet ouvrage. La P.C.U., elle, constitue une étape essentielle entre l'erreur contraceptive et le recours à l'I.V.G. En effet, correctement employée, elle pourrait prévenir plus de trois grossesses non désirées sur quatre. [5] Assez peu d'articles d'intéressent aux comportements des adolescents vis à vis de la P.C.U., alors que ce sont pourtant eux les plus concernés par son utilisation.

La P.C.U. est largement utilisée par les jeunes en France. Son recours a vu une forte augmentation depuis qu'elle n'est plus soumise à prescription médicale obligatoire en 1999. [1] Il est d'environ 14% chez les moins de 25 ans en 2006, comme l'a rapporté l'étude Baromètre Santé, et près d'une femme sur quatre en âge de procréer avait déjà utilisé la P.C.U. au cours de sa vie en 2010. [4,1] Une étude menée en 2001 sur le lycée d'Orly s'est intéressée à la délivrance des pilules d'urgences par les infirmières scolaires. Celles-ci rapportaient une progression dans la demande de P.C.U., qui était plus importante en filière professionnelle qu'en filière générale. [26] Cependant, l'obtention de la P.C.U. via l'infirmerie scolaire représente moins de 3% de l'ensemble des P.C.U. délivrées aux mineures ; dans 90% des cas, l'accès à la P.C.U. pour les mineures se fait via une pharmacie. [24]

Cependant, la P.C.U. se heurte à de nombreux obstacles qui entravent son utilisation. Premièrement, sa dénomination courante de « pilule du lendemain » est inappropriée car elle donne une fausse idée de son délai d'efficacité. Certaines femmes auraient ainsi des hésitations à la prendre si le rapport sexuel date de plus de 24h. [27,19] Selon l'H.A.S., le recours à la P.C.U. est indépendant de l'âge, du niveau d'éducation, de la localisation géographique et des comportements sexuels à risque des femmes. [24] Les principaux obstacles à l'utilisation de la P.C.U. en cas de situation à risque sont le manque de perception de risque de grossesse, le manque de connaissance de la P.C.U. et de son délai d'efficacité et de ses moyens d'obtention, les fausses idées dessinant une image négative de la P.C.U., les craintes du regard des autres et la crainte des effets indésirables. [1,24]

Globalement, les adolescentes ont connaissance de l'existence de la P.C.U., cependant l'information dont elles disposent en Europe comme aux Etats-Unis est souvent limitée, en particulier sur le délai d'efficacité, les effets secondaires ou le lieu où elles peuvent se la procurer.[19]

Une étude menée en 1996 en Ecosse incluait huit écoles publiques et deux écoles privées, regroupant au total 1206 élèves (612 garçons et 594 filles) et leur a présenté un questionnaire sur la P.C.U. Les connaissances sur le délai efficace d'utilisation de la P.C.U. était pauvre : 318 (soit 26,4%) élèves ont bien répondu, 271 (22,4%) ne savaient pas, 173 (14,3%) pensaient que la P.C.U. devait être utilisée au plus tard dans les 48h et 332 (27,3%) dans les 24h. 925 élèves, soit 82,5% d'entre eux pensaient que la P.C.U. était efficace à 100%. 398, soit 35,5% des élèves, étaient d'accord avec l'affirmation que l'utilisation de la P.C.U. deux fois par an était dangereuse pour la santé. 91 élèves, soit 8%, croyaient que l'infertilité à long terme était l'un des risques potentiels de la P.C.U. [28]

Une étude plus récente, conduite à Sao Paulo en 2014 montrait que la vie en couple, ainsi qu'une ambivalence dans la planification d'une naissance étaient des facteurs favorisant l'absence de recours à la P.C.U. Paradoxalement, elle a indiqué que le niveau de connaissances sur cette méthode, le niveau d'éducation, la classe socio-économique, les antécédents obstétricaux ne semblaient pas corrélés au recours à la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés. [29]

Par ailleurs, d'autres obstacles plus pragmatiques peuvent limiter le recours à la contraception d'urgence, comme par exemple les difficultés d'accès géographique, l'impossibilité de se déplacer dans un pharmacie ou un centre de planification familiale. [1]

Un autre frein fréquemment évoqué provient des professionnels de santé eux-mêmes. En effet, il demeurerait une certaine méconnaissance de la P.C.U., un manque d'information et parfois des attitudes moralisatrices qui limiteraient la transmission des informations pertinentes aux patientes. [1,24] Certains professionnels expliquent leur choix de limiter cette information par une crainte d'utilisation abusive de la P.C.U. et d'augmentation des comportements à risque et d'absence de contraception régulière. Néanmoins, une étude a montré, qu'après avoir reçu une information détaillée sur la

P.C.U., 97% des jeunes femmes ne l'utiliseraient que dans des situations d'urgence, et seulement 2% l'auraient adopté comme méthode de contraception habituelle. [19]

Un bon exemple d'obstacle au recours à la P.C.U. est apporté par une étude menée à bien sur Nice entre le 1er juillet et le 31 août 2006. 53 pharmacies ont été choisies de manière aléatoire, dans lesquelles 4 mineures ont été envoyées pour demander une contraception d'urgence (avec leur accord et accord parental pour la participation à cette étude). L'objectif était d'examiner la prise en charge des adolescentes en demande de P.C.U. par les pharmaciens. Dans 86,8% des cas (n=46), l'entretien avait lieu dans un endroit n'offrant aucune intimité. 20 pharmacies, soit 37,7%, ont refusé de leur délivrer la P.C.U. gratuitement. Les principaux motifs de refus de délivrance de la P.C.U. étaient la rupture de stock, l'exigence de paiement et les refus « par principe ». Un tiers des pharmacies qui ont accepté de leur délivrer la P.C.U. ont exigé la présentation d'une pièce d'identité pour prouver la minorité. Moins de la moitié (48,5%) ont fourni des informations sur son utilisation et ses effets indésirables. Aucune pharmacie n'a fourni d'explication ni d'information sur la contraception régulière, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles, sur l'intérêt d'un suivi médical, ni n'a communiqué à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche. L'étude a par ailleurs montré une différence statistiquement significative dans la prise en charge des mineures selon le sexe du pharmacien qui les recevait, avec 53,5% des femmes (n=23) qui ont accepté de délivrer gratuitement la P.C.U. aux mineures contre 100% des hommes (n=10).[23]

Une solution intermédiaire souvent évoquée et récemment débattue par l'H.A.S. serait la prescription d'une P.C.U. à l'avance à titre préventif, ce qui retirerait plusieurs obstacles, notamment la facilité et la rapidité d'accès, et assurerait qu'une information exhaustive ait été délivrée, au moment de la prescription. La conclusion de l'H.A.S. était finalement d'évaluer l'utilité de cette prescription à l'avance au cas par cas. [19] [30]

II/ Historique et législation

1. Historique

La question de la régulation des naissances ne date pas d'hier : Des données archéologiques ont révélé que, dès l'Antiquité, les femmes utilisaient des moyens, principalement locaux tels que des éponges ou même des stérilets, pour limiter la survenue de grossesses. Cependant, ces méthodes étaient peu efficaces. Face à ces échecs, étaient courants les abandons de nouveau-nés, les infanticides, et l'avortement. [2]

Au début du II^{ème} siècle après Jésus-Christ, au commencement du Christianisme, ces trois pratiques, de même que la contraception elle-même, deviennent interdites. Cependant, jusqu'au seizième siècle, l'Eglise reste assez tolérante, particulièrement envers les jeunes filles et les prostituées. C'est à partir du 16^e siècle, sous Henri II, qu'une sévérité implacable s'abat sur les femmes, qui sont désormais punies de mort en cas d'avortement, ainsi que toute personne ayant concouru à cet avortement. [2]

Cette peine de mort est levée au 18^e siècle, sous l'influence de certains philosophes tels que Jacques Rousseau. C'est à la même époque que se substituent aux mariages arrangés les mariages d'amour, bouleversant fondamentalement la notion de sexualité. [2]

Cependant, face à une chute importante de la natalité, l'avortement devient à nouveau interdit en 1810, et réprimé par le Code Pénal dans son article 317. Cet évènement constitua un véritable tremplin vers un mouvement des femmes qui commencèrent à se réunir pour revendiquer leurs droits à la contraception et à l'avortement. Elles furent soutenues par plusieurs idéologues, notamment Thomas Robert Malthus, un pasteur anglican (1766-1834), qui préconise alors la limitation des naissances pour les pauvres, plutôt que de les entretenir par des assistances matérielles. De ses idées est né un mouvement : le néo-malthusianisme, promu notamment par Paul Robin, pédagogue libertaire français, qui se charge de la propagande de limitation des naissances entre 1870 et 1875. En 1905, Gabrielle Petit crée un journal dans lequel elle présente et soutient les différentes mesures contraceptives, ce qui provoqua un véritable scandale à l'époque. [2]

Ce mouvement a cependant à nouveau reculé lorsque, à l'issue de la première guerre mondiale et en vue de repeupler la France dévastée par la guerre ; suite à l'apparition des courants politiques comme les Moralistes ou les Natalistes, courants soutenus par l'Eglise catholique, la loi du 23 Juillet 1920 est éditée, réprimant la contraception de même que l'avortement. Ce mouvement anti-contraception et anti-I.V.G. va très loin, puisqu'en 1942, l'avortement est assimilé à un crime contre la sûreté de l'Etat et puni de guillotine. Cependant, les femmes, revendiquant de ne plus être cantonnées au seul rôle de procréatrices, résistent, et continuent à faire circuler des informations sur les méthodes contraceptives. [2]

Après la seconde guerre mondiale, la situation évolue brusquement : En effet, les années 1950 marquent, d'une part, une baisse importante de la mortalité maternelle et infantile devant les progrès de la médecine, et, d'autre part, la découverte des oestroprogestatifs et du D.I.U. On parle de liberté de choisir, de maternité heureuse. En 1960, le Mouvement Français pour le Planning Familial est créé, et en 1967, la loi Neuwirth autorise la vente de contraceptifs en France. Cependant, dans la pratique, l'accès à la contraception et aux informations sur celles-ci n'est pas performant : le consentement des parents est obligatoire pour les mineures, les contraceptifs doivent être inscrits sur des carnets à souche dans les pharmacies, et la publicité est interdite. La détermination des femmes, elle, reste inébranlable, comme le prouvent l'ascension des mouvements féministes, le célèbre « manifeste des 343 salopes », la véritable révolte qui suivit le procès de Bobigny en 1972, et la création du Mouvement de libération de l'avortement et de la contraception en 1973, regroupant des associations féminines, des syndicats et des partis politiques. Grâce en autres au soutien des médecins, le gouvernement sous Valéry Giscard d'Estaing prend la conviction qu'une loi libéralisant l'avortement et facilitant l'accès à la contraception s'impose : il confie cette mission à Simone Veil, qui produit le 17 Janvier 1975, la loi n° 75-17 relative à l'interruption volontaire de la grossesse autorisant officiellement la pratique de l'I.V.G. en France, parue dans le journal officiel du 18 Janvier 1975. [2,31]

Les premiers essais de contraception d'urgence datent des années 1940. Mais il faudra cependant attendre les années 1960 pour que les premières études soient publiées. Morris et Van Wagenen sont les premiers à conduire, en 1963, des essais sur des jeunes femmes victimes de viol à qui ils administraient une forte dose de diéthylbestrol. [5] L'année suivante, Haspels et al. administrent une forte dose

d'œstrogènes à une jeune fille de 13 ans victime d'un viol pour prévenir la survenue d'une grossesse. [19]

La première contraception d'urgence associait oestrogènes et progestatifs, connue sous le nom de méthode Yuzpe, qui n'apparait plus dans le Vidal depuis 2006. [5] Cette méthode a commencé dans les années 1970 : Yuzpe menait des essais de contraception d'urgence en combinant 50mg d'éthinylestradiol et 250mg de lévonorgestrel, et en les administrant dès que possible après les rapports sexuels non protégés, dans la limite de 72h de délai, suivie d'une seconde prise de deux comprimés de la même composition 12h plus tard. [19,5] En 1998, la méthode Yuzpe est commercialisée en France sous le nom de Tétragynon[®], sous forme de deux comprimés constitués de 100µg d'éthinylestradiol et de 500µg de lévonorgestrel à prendre dès que possible et à 12h d'intervalle l'un de l'autre. Tétragynon[®] était soumise à prescription médicale obligatoire et remboursée à 65% par la sécurité sociale. Ce traitement s'exposait à de nombreuses contraindications du fait des fortes doses d'éthinylestradiol, ce qui limitait son utilisation. [32] Très vite, les chercheurs se sont rendus compte que l'utilisation de progestatifs seuls était également très efficace, et ont aussi découvert la possibilité du D.I.U. au cuivre en tant que contraception d'urgence. [19] Aussi, la méthode Yuzpe a été reléguée en deuxième intention par la H.A.S. en 2004. [32]

En mai 1999, Norlevo[®] est ainsi commercialisée, composée initialement de deux comprimés de 0,75mg de lévonorgestrel, devant être pris dès que possible et à 12 à 24h d'intervalle l'un de l'autre. Cette méthode a ensuite été remplacée par une unique prise d'un comprimé de 1,5mg. Il a été montré que Norlevo[®] était plus efficace que Tétragynon[®], avec 3,2% de grossesses après la prise de Tétragynon[®] pour 1,18% après la prise de Norlevo[®]. Elle peut être obtenue sans ordonnance, présente beaucoup moins de contraindications que Tétragynon[®], et moins d'effets indésirables sont décrits. C'est ainsi qu'en 2008, le Tétragynon[®] a été retiré définitivement du marché. [32,33,34]

En mars 2002, HRA Pharma commercialise Vikela[®], de même composition que Norlevo[®], non remboursé et dont le prix était le double. Cependant, la campagne d'information menée par le laboratoire pour appuyer sa vente a été accusée de publicité mensongère, en banalisant la contraception d'urgence et la prise de risque. En outre, il lui a été reproché d'occulter presque totalement la prévention des I.S.T., et Vikela[®] a été retirée du marché en 2004. [32]

En 2007, lévonorgestrel Biogaran[®] est mise sur le marché, commercialisée par les laboratoires britanniques Medimpex. Cette P.C.U. est encore disponible ce jour. Elle dispose de la même composition, et des mêmes indications que Norlevo[®]. [35]

Ce n'est qu'en Mai 2009 que l'ulipristal acétate, commercialisé sous le nom d'EllaOne[®], voit le jour. Elle est souvent surnommée, à tort, « pilule du surlendemain » du fait de son délai maximal d'action supérieur à celui du lévonorgestrel, soit de 120h ou 5 jours après les rapports sexuels non protégés. Il s'agit d'un dérivé stéroïdien, modulateur sélectif des récepteurs à la progestérone. Néanmoins, contrairement au lévonorgestrel, EllaOne[®] est soumise à prescription médicale. Elle est remboursée à 65% par la sécurité sociale depuis septembre 2010.[32,33]

Le Comité des médicaments à usage humain (C.H.M.P., « Committee for Medicinal Products for Human Use ») de l'Agence Européenne des Médicaments (« European Medicines Agency », E.M.A.) a publié le 21 Novembre 2014 un communiqué de presse dans lequel il recommande l'accès à l'ulipristal acétate sans prescription médicale dans l'Union Européenne (U.E.). L'E.M.A. déclare dans ce communiqué que le profil de sécurité de l'ulipristal acétate est comparable aux contraceptifs d'urgence composés de lévonorgestrel, et souligne l'importance de la facilité d'accès aux contraceptifs d'urgence dans la prévention des grossesses inopinées. [36] Les recommandations du C.H.M.P. ont été envoyées à la Commission Européenne qui les a validées. Ainsi, le 8 Janvier 2015, HRA-Pharma annonce que la Commission Européenne a autorisé la délivrance d'EllaOne[®] sans prescription médicale.[37]

Plus récemment, deux autres molécules ont été étudiées dans l'indication de contraception d'urgence : le Danazol[®], immédiatement abandonné, et la mifépristone aussi appelée RU486[®] qui s'avérant très efficace (taux d'échec de 0,1 à 0,2%), et est déjà commercialisée en Chine et en Russie comme contraception d'urgence. En Europe, elle est associée à l'I.V.G. et sa mise sur le marché en vente libre ne semble pas probable dans un futur proche. [32,19,33]

2. Législation et recommandations

La H.A.S. recommande d'« informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence, les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les possibilités d'accès, à l'occasion de tout contact relatif à la

contraception, la sexualité ou la délivrance de préservatifs avec des professionnels de santé, des relais associatifs, les dispositifs d'éducation à la santé ou les programmes d'éducation à la sexualité en milieu scolaire ».[1,24]

Pour la H.A.S., les stratégies à suivre pour éviter les grossesses non désirées sont « l'information et l'éducation sexuelle dès le plus jeune âge, le développement des moyens contraceptifs, l'utilisation correcte de la contraception régulière, l'utilisation de la contraception d'urgence et le recours à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) ».[1]

Des recommandations concernant la conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage d'une pilule contraceptive régulière ont été publiées par l'A.N.A.E.S., en collaboration avec l'I.N.P.E.S. en 2004. L'O.M.S. a publié la même année des conduites à tenir en cas d'oubli de contraception régulière, qui prenaient en compte le dosage de la pilule oestroprogestative, le nombre de comprimés oubliés et le moment de l'oubli dans le cycle menstruel. La définition de l'oubli est également différente pour l'O.M.S. ; elle ne considère utile de prévenir une grossesse que si l'oubli de la pilule oestroprogestative est supérieur à 24 heures. Les recommandations du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (R.C.O.G.) publiées en mai 2011 sont proches de l'O.M.S., prenant en compte de nombreux facteurs. Le R.C.O.G., cependant, considère qu'il n'est nécessaire de prendre une P.C.U. que s'il y a eu oubli de deux comprimés successifs ou plus. Le *National Health Service* (N.H.S.) est moins précis, ne prenant pas en compte la période du cycle au moment de l'oubli. Cependant, les recommandations de l'A.N.A.E.S., qui ont le mérite de la simplicité de leur mise en œuvre, semblent être proposées par les professionnels de santé de manière prépondérante. [25]

Un argumentaire rédigé par l'H.A.S. s'est récemment intéressé à l'intérêt d'une prescription à l'avance d'une P.C.U. par les professionnels de santé chargés du suivi gynécologique de prévention des femmes. Sa conclusion n'était pas favorable à une prescription à l'avance de manière systématique, mais à préconiser au cas par cas, selon l'évaluation du praticien. Elle précise cependant que la délivrance à l'avance d'une prescription doit absolument s'accompagner d'une information personnalisée sur l'utilisation de la P.C.U., ainsi que sur la contraception régulière et sur la prévention des I.S.T. [24]

En outre, en ce qui concerne la prévention des I.S.T., un groupe d'experts sous la direction du Pr Patrick Yeni a actualisé les recommandations sur les modalités de prise en charge des personnes exposées à un risque de contamination par le V.I.H. en Juillet 2010. Ces recommandations sont inscrites dans un rapport publié tous les deux ans et constitue une référence nationale pour l'ensemble des professionnels de santé concernés par l'infection par le V.I.H. ainsi que pour les usagers. Cependant, il se rapporte davantage aux situations d'accidents d'exposition au sang contaminé, et offre peu de précisions sur les cas de rapports sexuels non protégés, avec un statut sérologique du partenaire souvent inconnu. [33]

Plusieurs mesures législatives ont été mises en place pour améliorer l'information et l'accès à la P.C.U. Par exemple, le décret de 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence impose aux pharmaciens la délivrance de cette contraception de manière gratuite et anonyme aux mineures répondant aux critères d'urgence et en faisant la demande.[23] Cette notion est reprise par le code de la santé publique, à l'article L. 5134-1 qui stipule que « la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. » [6] Le même article rajoute que « le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. » [6] L'article D. 5134-2 du Code de la Santé Publique précise que la jeune fille mineure justifie sa minorité par simple déclaration orale. Les pharmaciens ne peuvent donc pas les obliger à présenter une pièce d'identité avant de leur délivrer la P.C.U. [38]

Dans l'optique d'améliorer l'information des adolescents, il est désormais inscrit dans le code de l'éducation depuis 2004, à l'article L312-16, qu'une éducation à la sexualité doit être dispensée dans les écoles, les collèges et les lycées, « à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. »[39]

Par ailleurs, l'accès à la P.C.U. pour les adolescents a été grandement amélioré par l'autorisation de délivrance du lévonorgestrel (ce qui n'est pas le cas, à ce jour, de l'ulipristal acétate) par les infirmières scolaires d'une part, et par les centres de planification et d'éducation familiale d'autre part. Les premières sont habilitées à

délivrer la P.C.U. dans les établissements du second degré depuis le décret n° 2001-258 publié le 27 mars 2001, comme énoncé dans la partie législative du code de la santé publique à l'article L. 5134-1, qui précise que « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel [...] dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. » [6,4] Ainsi, les infirmiers scolaires peuvent fournir une P.C.U., sous certaines conditions de respect de confidentialité, d'information éclairée sur la P.C.U. et sur la prévention des I.S.T., d'adresser l'élève vers des structures d'aide compétentes, de proposer un contact avec l'autorité parentale, et de répertorier les demandes à des fins statistiques.[26] Ces notions sont détaillées dans l'article D5134-8 du Code de la Santé Publique, qui précise que « l'infirmier ou l'infirmière peut, à titre exceptionnel, administrer la contraception d'urgence à l'élève concernée aux fins de permettre d'éviter une grossesse non désirée à un âge précoce. » [8] L'article D. 5134-6 du même code énonce : « Peuvent administrer la contraception d'urgence [...] les infirmiers et les infirmières rattachés à un établissement et y disposant d'un local permettant le respect de la confidentialité. » [40] La législation précise également dans l'article L. 5134-1 du Code de la Santé Publique que les infirmiers doivent s'assurer de l'accompagnement psychologique de l'élève et veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical. [6]

Certains conseils généraux, comme par exemple celui de la Seine-Saint-Denis, approvisionnent gratuitement les infirmeries des collèges et lycées en P.C.U. de lévonorgestrel, mais dans les cas contraires, ce sont les établissements qui doivent inclure l'achat de P.C.U. dans leur budget global alloué aux fournitures de l'infirmerie, ce qui parfois peut créer des soucis de rupture de stock. [41]

Par ailleurs, les enjeux d'une information en matière de sexualité et contraception dans les écoles ont été de plus en plus pris au sérieux par les établissements scolaires, interpellés par l'apparition de l'épidémie de S.I.D.A., la diffusion de la pornographie, les violences sexuelles, et la nécessité d'une lutte contre l'homophobie. Cette prise de conscience a été soutenue par la loi du 4 Juillet 2001 imposant trois séances annuelles d'éducation à la sexualité. Il était préconisé que ces interventions soient effectuées en binôme, constitué d'une conseillère conjugale et familiale et d'un professionnel de santé, soit infirmière scolaire, médecin ou sage-

femme. [41] Les établissements scolaires ont ainsi ouvert leurs portes à des interventions menées par des médecins, des sages-femmes et des infirmières participant à certains programmes tels que Info-ado ou le Planning Familial. Ces interventions ont notamment pour objectif d'apporter une éducation à la sexualité et aux risques auxquels cette sexualité peut exposer. Il est très difficile de réellement chiffrer l'impact de ces interventions et peu d'études s'y sont intéressées. [2]

Trouvant leur origine dans la loi Neuwirth de 1967, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont aujourd'hui au nombre d'environ 1200 sur le territoire national. Ils assurent une fonction irremplaçable d'information, de conseil et de prévention. [41] Les centres de planification et d'éducation familiale sont également habilités à délivrer des P.C.U., selon l'article R. 5124-45 du Code de la Santé Publique, de même qu'à pratiquer les I.V.G. médicamenteuses dans le respect des règles établies par la loi. [40]

3. Les sages-femmes et la P.C.U.

Selon l'article L. 5134-1 du Code de la Santé Publique, « les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. » [6] Le code de déontologie des sages-femmes inclut bien d'ailleurs la contraception dans son article R4127-318 qui décrit leurs compétences. [7] Ce champ de compétences alloué à la sage-femme lui confère des responsabilités et un rôle bien spécifique : celui d'accompagner les femmes dans leur suivi gynécologique de prévention tout au long de leur vie, et notamment de leur prescrire une contraception, et de leur apporter les informations nécessaires à l'utilisation d'une contraception d'urgence en cas d'échec de cette contraception. L'article D. 5134-8 du code de la santé publique précise d'ailleurs que, dans le cas où une infirmière est confrontée à une jeune fille en demande de P.C.U., elle doit lui proposer de consulter un médecin *ou une sage-femme*. [8]

Que son exercice soit hospitalier, libéral ou de P.M.I., elle peut prescrire et délivrer toutes les formes de contraception d'urgence. La sage-femme a également dans ce cadre un rôle important de prévention et d'éducation pour prévenir les I.S.T., et non uniquement les infections au V.I.H. [42] Elle repère en outre les comportements à risque, et les situations de vulnérabilité et de détresse des femmes. [9] Son rôle inclut

alors d'adapter la contraception, en exposant les différentes formes de contraception possibles, en expliquant la physiologie de la fécondité et des cycles féminins afin d'améliorer la qualité de l'observance de la patiente. [9]

III/ Pilules de contraception d'urgence et conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés.

Aujourd'hui, trois spécialités sont commercialisées en France avec l'indication de contraception d'urgence : Norlevo[®] et Levonorgestrel Biogaran[®], composés de lévonorgestrel, et EllaOne[®], composée d'ulipristal acétate.

1. Les pilules de contraception d'urgence disponibles sur le marché français

1.1. Norlevo[®]

1.1.1. Composition, indications, contrindications, administration

Norlevo[®] est composée de 1,5mg de lévonorgestrel. Elle est indiquée comme contraception d'urgence dans un délai de 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive.

La seule contreindication de Norlevo[®] est une hypersensibilité au lévonorgestrel ou à l'un des excipients. [43] En effet, malgré l'administration d'une dose élevée d'hormones en une seule prise, la P.C.U. ne représente qu'un cinquième d'une plaquette de contraception orale régulière. Son utilisation est donc possible sans restriction particulière chez les femmes, y compris les adolescentes. [19] Son utilisation est également possible pendant l'allaitement maternel, il est cependant recommandé de ne pas allaiter dans les 8h suivant la prise du comprimé, et des troubles transitoires de production de lait ont été décrits. [44] Même si aucun effet indésirable grave n'a été mis en évidence, il n'est pas conseillé de prendre plusieurs fois Norlevo[®] au cours d'un même cycle menstruel en raison du taux élevé d'hormones et de la possibilité de perturbations importantes du cycle menstruel. [43]

Il s'agit d'un comprimé administré par voie orale en une prise unique. Le Vidal précise que l'efficacité du traitement est d'autant plus grande qu'il est mis en route rapidement après le rapport non protégé. Norlevo[®] doit donc être prise si possible dans les 12 premières heures suivant le rapport sexuel, et aux plus tard 72h, soit 3 jours, après

ce rapport. Elle peut être prise à n'importe quel moment du cycle menstruel. [43] En effet, si il est démontré que la période la plus à risque en cas d'oubli de contraception hormonale est la première semaine du cycle contraceptif, les études ont montré que la « fenêtre fertile » de la femme est imprévisible. De plus, la durée de vie des spermatozoïdes dans le vagin est mal évaluée. Sharpe a montré, en 1963, que les spermatozoïdes restaient mobiles en moyenne trois heures, et exceptionnellement jusqu'à quatre voire 5 jours, puis se dégradent progressivement. [25]

Il est précisé qu'en cas de survenue de vomissements dans les trois heures suivant la prise du comprimé, un second comprimé doit immédiatement être pris.

Une contraception locale telle que le préservatif est préconisée jusqu'aux menstruations suivantes, avec la poursuite tout de même de la contraception régulière. En cas de retard de règles, il faudra éliminer l'éventualité d'une grossesse. [43]

1.1.2. Mécanisme d'action

Théoriquement, le lévonorgestrel prévient les grossesses via plusieurs mécanismes. Le plus prépondérant est l'inhibition ou le retardement de l'ovulation par action sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. Il a également été question de modifications de l'endomètre qui pourraient réduire les capacités d'implantation de l'œuf, mais des études récentes ont montré que la P.C.U. n'avait aucune action de ce genre. D'autres mécanismes évoqués sont une interférence avec la fonction du corps jaune, un épaissement de la glaire cervicale, et une altération des mouvements ciliaires, mais aucune donnée clinique ne prouve la véracité de ces possibilités. Au total, l'inhibition de l'ovulation pourrait bien être le seul mécanisme d'action du lévonorgestrel. [44,25]

Le lévonorgestrel bloque et/ou de retarde l'ovulation par la suppression du pic de l'hormone lutéinisante (LH). Il interfère avec le processus d'ovulation uniquement s'il a été administré avant l'augmentation initiale du taux de LH. Le lévonorgestrel n'a pas d'effet contraceptif d'urgence s'il est administré plus tard au cours du cycle. [43] Contrairement à certaines allégations qui assimilent la P.C.U. à une méthode abortive, le lévonorgestrel, de même que l'ulipristal acétate, n'est plus efficace après la nidation ; il ne peut donc pas induire d'avortement. [19]

1.1.3. Effets indésirables

Les effets indésirables les plus probables décrits par le Vidal sont les vertiges, céphalées, nausées, douleurs abdominales, diarrhée, vomissements, douleurs pelviennes, tension mammaire, retard de règles, règles abondantes, métrorragies et dysménorrhée. [43]

Aucune tératogénéicité n'a été démontrée en cas d'échec de la P.C.U., et contrairement aux idées reçues, aucune incidence sur la fertilité future de la femme n'a été mise en évidence. [19]

Après la prise de Norlevo[®], le retour des règles s'effectue à la date habituelle et l'abondance est peu modifiée, mais il existe parfois une avance ou un retard de quelques jours. Il est fortement recommandé de consulter un professionnel de santé compétent pour démarrer ou réadapter une contraception régulière. [43]

1.1.4. Efficacité

Norlevo[®] est d'autant plus efficace qu'elle est prise précocement après le rapport non protégé. En effet, elle préviendrait 95% des grossesses lorsqu'elle est prise dans les 24h, contre 58% si elle est prise entre 48 et 72h. [33] Lors des études cliniques, l'efficacité de Norlevo[®] dépendait également du poids de la femme qui la prenait : l'effet contraceptif était réduit chez les femmes dont le poids est supérieur ou égal à 75 kg et le lévonorgestrel n'était plus efficace chez les femmes dont le poids était supérieur à 80 kg. [43]

Par ailleurs, du fait des mécanismes d'action cités précédemment, si la femme a déjà eu un premier rapport sexuel non protégé dans le même cycle qui date de plus de 72 heures, une fécondation liée à ce premier rapport sexuel est possible. Le traitement par Norlevo[®] suivant un deuxième rapport sexuel pourrait être alors inefficace pour prévenir une grossesse. [43] En effet, la pilule d'urgence minimise le risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé, mais elle ne prévient pas du risque que présenterait un rapport sexuel ultérieur à sa prise. [25]

Si la majorité des études rapportent un délai maximal d'efficacité de 72h après le rapport sexuel, certains auteurs estiment que son action est suffisante jusqu'à 6 jours après un rapport non protégé, et qu'elle devrait être prise même si le délai est dépassé. [19]

Enfin, l'ulipristal acétate étant un modulateur du récepteur à la progestérone, il peut interagir avec l'action progestative du lévonorgestrel et la rendre inefficace. Il faut donc bannir l'utilisation concomitante de lévonorgestrel et d'ulipristal acétate. [43] Il est également important de noter l'interaction entre la P.C.U. et les antirétroviraux : les inducteurs enzymatiques réduisent l'effet de la P.C.U., qu'il s'agisse de lévonorgestrel ou d'ulipristal acétate. [33]

1.1.5. Modalités d'accès

Norlevo[®] est en vente libre dans les pharmacies. Son prix de base est de 7,41 euros. Si elle est prescrite, elle est remboursée à 65% par la sécurité sociale. Elle est délivrée à titre anonyme et gratuit aux mineures, selon le décret n° 2002-39 du 9 Janvier 2002.[43,34]

Elle est également accessible aux élèves scolarisés dans les établissements du second degré sur délivrance des infirmiers scolaires [6,4,40], ainsi que dans les centres de planification et d'éducation familiale. [40]

1.2. Lévonorgestrel Biogaran[®]

Cette spécialité étant de la même composition que Norlevo[®], les indications, contrindications, conseils d'administration, effets indésirables et efficacité sont sensiblement identiques. Cependant, elle ne possède pas la mention qui lui permet la délivrance gratuitement aux mineures. Son prix est de 5,30 euros, remboursé à 65% par la sécurité sociale si elle est prescrite. [35]

1.3. EllaOne[®]

1.3.1. Composition, indications, contrindications, administration

Elle est composée de 30mg d'ulipristal acétate. Elle est indiquée comme contraception d'urgence dans les 120 heures (5 jours) suivant un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive. De même que pour le lévonorgestrel, la seule contreindication à EllaOne[®] décrite dans le Vidal est l'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, de même que l'existence d'une grossesse en cours.[45]

Elle se présente sous la forme d'un comprimé unique, à prendre en une seule fois, par voie orale, le plus tôt possible et au plus tard 120h, soit 5 jours, après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive. Elle peut être prise à n'importe quel moment du cycle menstruel. [45]

Elle doit être immédiatement reprise en cas de vomissements dans les trois heures suivant la première prise. Il est conseillé que les rapports sexuels ultérieurs soient protégés par une méthode de contraception barrière jusqu'au début des règles suivantes. [45]

En matière d'allaitement maternel, en raison d'absence d'études démontrant son innocuité, l'ulipristal acétate est déconseillé chez les femmes allaitantes.[44] Après la prise d'EllaOne[®], il est recommandé de suspendre l'allaitement maternel pendant une semaine. [45]

1.3.2. Mécanisme d'action

L'ulipristal acétate est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone qui agit en se liant avec une forte affinité aux récepteurs de la progestérone humaine. De même que le lévonorgestrel, son mécanisme d'action primaire est l'inhibition ou le retard de l'ovulation. Des études ont montré qu'il était capable de retarder la rupture folliculaire même s'il est pris juste avant la date d'ovulation prévue. [45]

1.3.3. Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont les maux de tête, les nausées, les douleurs abdominales et la dysménorrhée. Les autres effets indésirables assez fréquents sont les troubles de l'humeur, les céphalées, les sensations vertigineuses, les nausées, les douleurs abdominales, les vomissements, les myalgies, les douleurs dorsales, les dysménorrhées, les douleurs pelviennes, une sensibilité des seins, et une asthénie. [45]

Après la prise d'ulipristal acétate, la date des règles peut être modifiée : Chez approximativement 7 % des femmes, les règles avaient plus de 7 jours d'avance et, chez approximativement 18,5 % des femmes, plus de 7 jours de retard. [45]

De plus, même si la prise d'ulipristal acétate ne constitue pas en soi une contreindication à l'utilisation de contraception hormonale régulière, il est susceptible de réduire son action contraceptive. [45]

Aucun effet tératogène n'a été décrit à ce jour, mais les données sont, à ce jour, insuffisantes pour pouvoir l'affirmer. Il n'y a pas de surdosage possible. Bien que cette pilule soit contreindiquée chez la femme enceinte, elle n'interrompt pas une grossesse en cours. [45,19]

Globalement, la tolérance de l'ulipristal acétate est comparable à celle du lévonorgestrel. [46]

1.3.4. Efficacité

Les études ont montré que l'efficacité de l'ulipristal acétate n'était pas inférieure à celle de lévonorgestrel chez les femmes qui prenaient la pilule d'urgence dans les 72h suivant les rapports sexuels. Le risque de grossesse serait, au contraire, réduit de façon significative avec l'ulipristal acétate. [45] En effet, l'utilisation d'ulipristal acétate comme contraception d'urgence diviserait par trois le risque de grossesse si le rapport sexuel a eu lieu depuis moins de 24h, et par deux s'il a eu lieu depuis moins de 72h. [46] De plus, alors que l'efficacité des pilules à base de lévonorgestrel est directement corrélée avec le délai de prise, l'efficacité de l'ulipristal acétate diminue moins fortement avec le temps. [44]

Le lévonorgestrel s'est révélé inefficace dans l'inhibition de l'ovulation dès lors que la taille du follicule atteint 18mm. A l'inverse, l'ulipristal acétate peut encore inhiber ou retarder la rupture folliculaire même lorsque le diamètre du follicule dominant atteint 18 à 20mm (soit une survenue d'ovulation dans les 48h). [25] A ce stade-là, l'ulipristal acétate est efficace dans 59% des cas. [44] Aucune donnée n'est disponible sur l'efficacité de l'ulipristal acétate au-delà d'un délai de 120h après les rapports sexuels non protégés. [45]

De même que pour le lévonorgestrel, le poids de la patiente influe sur l'efficacité du comprimé. En revanche, un indice de masse corporelle élevé diminue plus fortement l'efficacité du lévonorgestrel que celle de l'ulipristal acétate. En effet, en cas de

surpoids, le risque relatif de grossesse est de 2,09 sous lévonorgestrel contre 0,97 sous ulipristal acétate. En cas d'obésité, le risque relatif de grossesse est de 4,41 avec utilisation de lévonorgestrel contre 2,62 avec l'ulipristal acétate. [46]

Comme précisé précédemment, l'utilisation simultanée d'ulipristal acétate et de lévonorgestrel est fortement déconseillée.[45]

A la suite de la prise d'ulipristal acétate, une couverture contraceptive efficace de 7 jours est recommandée. [25] En cas de retard de règles de plus de sept jours, de saignements anormaux ou de signes mnésiques de grossesse, un test de grossesse doit être effectué. [45]

Avec un taux d'échec de 0,1 à 0,2%, l'insertion d'un D.I.U. au cuivre est établie comme étant d'une efficacité supérieure à celle du lévonorgestrel. En revanche, aucune étude comparative ne permet d'évaluer l'efficacité relative de cette méthode à l'ulipristal acétate comme contraception d'urgence.[33]

1.3.5. Accessibilité

EllaOne[®] était, jusqu'à récemment, inscrite sur la liste I des produits pharmaceutiques. Elle était donc obligatoirement soumise à prescription médicale. Elle est alors remboursée à 65% par la sécurité sociale. Son prix unitaire est de 23,50 euros. [45] Cependant, son prix a été revisité le 16 mars 2015 pour passer à 18,88€ P.P.T.T.C. (prix public toutes taxes comprises).[47] Elle est également devenue accessible sans ordonnance et gratuitement pour les mineures. [48]

2. Risque et prévention des I.S.T.

L'étude du recours à la P.C.U. semble indissociable d'une étude de la prévention des I.S.T.

D'après l'O.M.S., les taux les plus élevés d'I.S.T. sont souvent observés chez les 20-24 ans suivis par les 15-19 ans. [18] Ces taux sont probablement sous-estimés, car la plupart de ces infections sont asymptomatiques. [4]

A l'heure actuelle, il est fortement recommandé d'utiliser le préservatif au début de toute relation sexuelle, car il s'agit actuellement du seul et unique moyen de protection efficace contre les I.S.T. [12]

Il est préférable, non seulement pour son effet protecteur contre les I.S.T. et contre les lésions précancéreuses génitales, mais aussi pour son efficacité contraceptive dès lors qu'il est utilisé de manière irréprochable. C'est bien sur cette notion que réside le problème. Comme vu précédemment, les adolescents sont rarement de parfaits utilisateurs du préservatif : son utilisation est inconstante, souvent il fait l'objet d'un mésusage, mis non pas au début des rapports mais seulement au moment de l'éjaculation... [18,12]

C'est pourquoi la méthode la plus souvent préconisée chez les adolescents est le « double Dutch », c'est-à-dire l'association du préservatif et de la contraception hormonale. [18]

Depuis les campagnes de prévention organisées en France et en Europe, le taux d'utilisation du préservatif pendant les premiers rapports sexuels a fortement augmenté : 90% des filles et des garçons de moins de 30 ans déclarent l'avoir utilisé à cette occasion. Toutefois, son usage est souvent relâché lorsqu'il s'agit d'y avoir recours en routine. Une enquête menée par le groupe CSF en 2010 a révélé que, dès lors que la relation avec le premier partenaire avait duré plus de 3 mois, 65% des femmes et 55% des hommes ont arrêté de l'utiliser. 6% des femmes et 11% des hommes l'ont arrêté au cours du premier mois. Ainsi, le préservatif est rapidement abandonné par les adolescents qui s'exposent alors à des risques de transmission des I.S.T. Cet abandon semble d'autant plus rapide que les jeunes filles prennent une pilule contraceptive en plus du préservatif. [3] Le préservatif féminin a une efficacité comparable à celle du préservatif masculin, mais son acceptabilité, et particulièrement chez les adolescentes, est assez médiocre. [18]

Les adolescentes sont une population à haut risque d'I.S.T. Les germes les plus fréquents mis en cause, sont les Human Papillomavirus (H.P.V.), les Herpès Simplex Virus (H.S.V.) et Chlamydia Trachomatis. [18]

Une étude menée chez 960 femmes française a affiché des taux d'infection au papillomavirus maximaux chez les moins de 20 ans. En France, la fréquence du portage d'H.P.V. dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans se trouve entre 15,3% et 16,6% selon les

études. [12] Cependant, le préservatif serait une protection relativement inefficace contre ce germe.

En ce qui concerne Chlamydia Trachomatis, des analyses réalisées en France entre 2007 et 2009 ont révélé que les jeunes de moins de 25 ans constituaient l'essentiel des personnes atteintes, et ces chiffres sont en augmentation constante depuis 2005.[4] En France, la prévalence actuelle des chlamydioses génitales serait comprise entre 0,5 et 9,1 % chez les adolescentes asymptomatiques et entre 10,2 et 18 % chez celles présentant une symptomatologie évocatrice d'infection urogénitale. [12] Chlamydia Trachomatis serait en outre responsable de la majorité des grossesses extra-utérines dans les pays développés et constituerait une cause essentielle d'infertilité tubaire.

Les autres I.S.T. fréquentes sont les condylomes génitaux, la syphilis et les infections à VIH, qui reste marginale chez l'adolescente, mais est favorisée par la vulnérabilité de la muqueuse vaginale. [12,18]

Si l'on se focalise sur le groupe des adolescentes s'exposant à des conduites à risque telles que les prostituées et les toxicomanes, les agents infectieux les plus récurrents sont Treponema pallidum, le V.I.H. et le gonocoque. [12]

Matériel et méthode

I/ Objectifs et type de l'étude

Une étude observationnelle transversale descriptive a été réalisée.

Objectif principal :

L'objectif principal était d'identifier les connaissances des lycéen(e)s en classe de terminale en filière générale et professionnelle sur la pilule de contraception d'urgence sur des établissements du Puy-de-Dôme par une étude descriptive transversale.

Objectifs secondaires :

Le premier objectif secondaire était de comparer les connaissances des garçons et celles des filles parmi les lycéen(ne)s en classe de terminale sur la pilule de contraception d'urgence.

Le second objectif secondaire était de comparer les connaissances des lycéen(ne)s selon leur filière générale et technologique ou professionnelle.

Le troisième objectif secondaire s'intéressait à la comparaison des connaissances des lycéennes ayant débuté un suivi gynécologique avec celles des lycéennes n'ayant jamais eu de consultation gynécologique.

Le quatrième objectif secondaire était de s'enquérir de la satisfaction et de la demande de la part des lycéen(ne)s quant aux interventions scolaires et extra-scolaires d'information sur la pilule de contraception d'urgence.

Le dernier objectif secondaire était d'identifier les connaissances des lycéen(ne)s concernant la conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés, notamment en termes de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles.

II. Matériel

1. Critères d'inclusion

La population étudiée regroupait les élèves en classe de terminale scolarisés dans le département du Puy-de-Dôme en lycée général ou professionnel, ayant donné leur accord pour participer à cette étude.

Cette population a été étudiée dans cinq lycées du Puy-de-Dôme, à savoir :

- Le lycée Ambroise Brugière, à filière générale
- Le lycée Lafayette, à filière générale
- Le lycée Camille Claudel, à filières professionnelles, soit : Agent de sécurité et électrotechnique
- Le lycée Marie Curie, à filières professionnelles, soit : A.S.S.P. (Accompagnement, Soins et Services à la personne), esthétique, coiffure et environnement
- Le Lycée de Chamalières, à filières à la fois générales et professionnelles, dont : cuisine, hôtellerie et service.

L'échantillonnage s'est appuyé principalement sur l'accord des lycées : En effet, une lettre de demande adressée au proviseur d'établissement adjointe d'une fiche récapitulative du protocole de recherche de l'étude avec notamment les objectifs et intérêts de l'étude ont été envoyées dès le mois de Janvier 2014 à neuf établissements scolaires de Clermont-Ferrand et de Chamalières. Quatre établissements ont refusé de participer, dont un qui n'a pas souhaité fournir d'explication, et trois qui ont refusé de participer pour des raisons d'organisation et d'aménagement des emplois du temps. Ces quatre établissements n'ont donc pas pu être inclus.

Au sein des établissements, les classes interrogées ont été sélectionnées uniquement selon les possibilités d'aménagement des emplois du temps de la part des administrations. Seul le lycée de Chamalières a pu s'organiser de telle sorte à ce que toutes les classes de terminales puissent participer.

2. Critères d'exclusion

Les élèves, ou les parents d'élèves en cas de minorité, ayant refusé de participer à cette enquête en ont été exclus de l'étude.

3. Aspects éthiques et règlementaires

Les questionnaires ont été distribués aux élèves si leur consentement était recueilli. Sur ce point, les proviseurs d'établissements avaient des exigences différentes.

La direction du lycée Lafayette a opté de faire parvenir aux parents d'élèves mineurs une information sur cette étude, en leur donnant la possibilité d'envoyer une demande de désaccord dans un délai de 15 jours après réception s'ils ne souhaitaient pas la participation de leur enfant.

Pour le lycée Ambroise Brugière, une autorisation de diffusion de questionnaire a été signée par le proviseur d'établissement et l'Ecole de Sages-Femmes et le projet a été présenté devant le conseil d'administration du lycée le 7 Avril 2014 pour approbation et a été validé. Aucun consentement supplémentaire n'était requis par la direction, y compris vis-à-vis des élèves mineurs ; les élèves ont tous reçu une information sur l'étude et avaient le droit de refuser de participer.

En ce qui concerne les lycées de Chamalières et Marie Curie, une feuille de consentement n'était pas requise par la direction des établissements concernés, y compris pour les mineurs, étant donné le caractère totalement anonyme des questionnaires. Les élèves avaient néanmoins, après avoir reçu une information sur l'étude, le droit de refuser de participer.

Le lycée Camille Claudel a pris la même position que les lycées précédents concernant les consentements, cependant, une case « j'accepte de participer à cette étude » était rajoutée en haut des questionnaires et devait être cochée pour que le questionnaire puisse être inclut dans l'étude.

III/ Méthodes

1. Critères de jugements

Le critère de jugement principal était le taux de réponses justes aux propositions qui concernaient les connaissances des lycéens sur la P.C.U.

Pour répondre à l'objectif secondaire de comparer les connaissances des garçons et celles des filles parmi les lycéen(ne)s en classe de terminale sur la pilule de contraception d'urgence, le critère de jugement était le taux de réponses correctes, selon le sexe.

Pour répondre à l'objectif secondaire de comparer les connaissances des lycéen(ne)s selon leur filière générale et technologique ou professionnelle, le critère de jugement choisi était le taux de réponses correctes, selon la filière.

Le troisième critère de jugement, permettant de comparer les connaissances des lycéennes ayant débuté un suivi gynécologique avec celles des lycéennes n'ayant jamais eu de consultation gynécologique, était également le taux de réponses correctes.

Afin de s'enquérir de la satisfaction et de la demande de la part des lycéen(ne)s quant aux interventions scolaires et extra-scolaires d'information sur la pilule de contraception d'urgence, le critère de jugement était le pourcentage de personnes ayant considéré les interventions utiles ou très utiles, et taux de personnes les trouvant pas assez fréquentes.

Enfin, pour répondre à l'objectif secondaire d'identifier les connaissances des lycéen(ne)s concernant la conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés, notamment en termes de prévention des Infections Sexuellement Transmissibles, le critère de jugement était le taux de réponses justes aux propositions qui traitaient de ce sujet.

2. Recueil des données

L'étude a été menée du 24 février au 13 Juin 2014.

Les élèves ont été interrogés de façon anonyme par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire (Annexe I) comportant 20 questions.

2.1. Les variables recueillies

Le questionnaire était organisé de la manière suivante :

- La première partie s'intéressait à la population étudiée, des questions 1 à 7 incluse. Cette partie incluait 3 questions réservées aux filles puisqu'elles traitaient de la contraception et des antécédents de consultation gynécologiques et de grossesse.
- La deuxième partie s'intéressait aux connaissances des élèves sur la P.C.U., des questions 8 à 14 incluse.

- La troisième partie s'intéressait à la conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés et motifs de non recours à la P.C.U., des questions 15 et 16.
- La quatrième partie s'intéressait aux sources des informations dont disposaient les élèves, avec des questions sur le nombre d'interventions qu'ils estimaient avoir eu au cours de leur parcours, leur satisfaction concernant ces interventions, et leur impression sur la nécessité d'en augmenter ou diminuer le nombre. Cette partie s'étendait sur les questions 17 à 20.

2.2. Mode de recueil des données

Les questionnaires ont été distribués directement, en personne, dans certains établissements qui souhaitaient qu'une information auprès des élèves soit apportée (Lafayette, Camille Claudel et Chamalières), et par les professeurs principaux des élèves, ou les infirmiers scolaires dans les établissements qui ne souhaitaient pas ma présence pour la distribution et le recueil des questionnaires (Ambroise Brugière et Marie Curie).

Pour les établissements pour lesquels la distribution et le recueil des questionnaires n'ont pas été effectués en personne, un document expliquant les objectifs de l'étude et comprenant des consignes sur les modalités de remplissage des questionnaires (Annexe II). Pour ces établissements, les questionnaires ont été confiés à l'infirmier scolaire.

La répartition du nombre de questionnaires distribués dans chaque établissement et dans chaque classe a dépendu exclusivement des disponibilités et possibilités matérielles et organisationnelles des établissements :

- 214 questionnaires au lycée Ambroise Brugière, soit 7 classes
- 90 questionnaires au lycée Lafayette, soit 3 classes
- 70 questionnaires au lycée Marie Curie, soit 3 classes
- 38 questionnaires au lycée Camille Claudel, soit 2 classes
- 259 questionnaires au lycée de Chamalières, soit l'ensemble des classes de terminale du lycée (8 classes).

Le recueil s'est effectué à chaque fois dans des circonstances similaires, soit, en classe, de manière individuelle, sans indication orientant sur la réponse de la part de la personne surveillant le recueil.

Pour un maximum d'anonymat et de confidentialité, les élèves avaient pour instruction de ne pas inscrire leur nom, ou toute autre marque distinctive sur les questionnaires, et, une fois le questionnaire rempli, de le plier en deux de telle sorte à ce que les réponses ne soient pas visibles par la personne qui les recueille. Aucune donnée recueillie dans le questionnaire ne permettait de retrouver l'identité de son auteur.

IV/ Analyse statistique

Les données ont été saisies avec le logiciel Microsoft Excel. Elles ont ensuite été analysées avec le logiciel R.

Pour mettre en évidence un lien entre une variable quantitative comme un nombre de réponses correctes, et une variable binaire comme le sexe, la filière, ou le suivi gynécologique, un test de Student, a été réalisé. Ce test permettra de calculer la valeur t à partir des moyennes de chaque groupe. Ensuite, la valeur du seuil de signification appelée p -value permettra d'affirmer une différence statistiquement significative entre les deux groupes lorsqu'elle est inférieure à 0,05. Dans ce cas, l'hypothèse nulle, qui présume que la différence observée est liée au hasard, pourra être rejetée.

Résultats

Pour cette étude, 671 auto-questionnaires ont été distribués, et 515 auto-questionnaires ont été retournés. Le taux de participation est donc de 76,65%. Un seul refus a été répertorié.

I/ Population étudiée.

La population compte 273 femmes, soit 53.01% de la population, et 242 hommes qui représentent donc 46,99% de la population étudiée.

1. Établissements scolaires

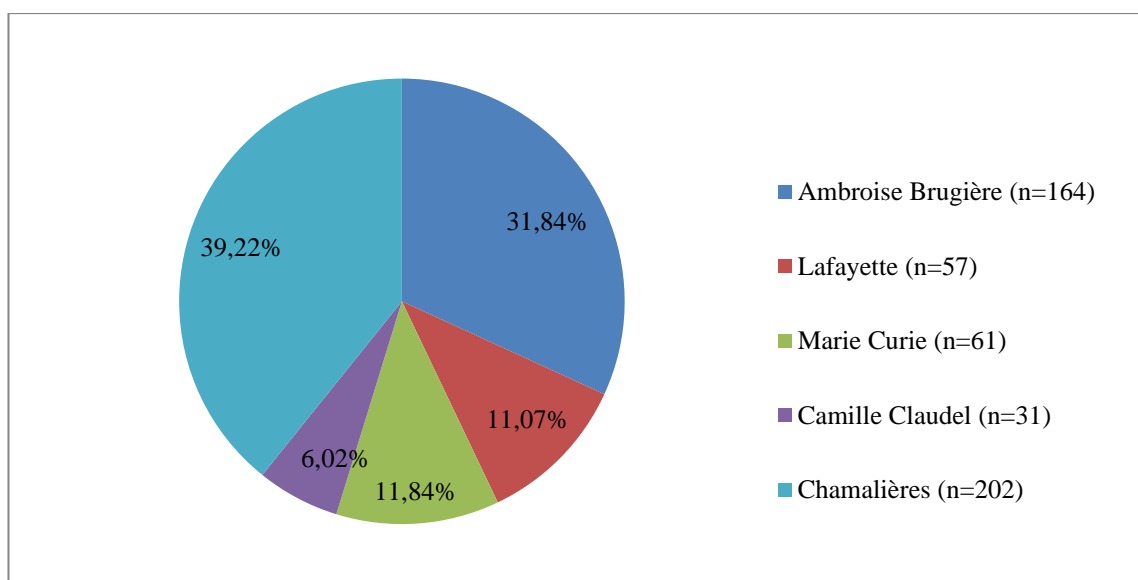


Figure 1 : Établissements scolaires de la population.

Le lycée Ambroise Brugière comprend exclusivement des filières générales, et la population interrogée était composée de 93 filles (soit 56.71%) et 71 garçons (soit 43.29%).

De même, le lycée Lafayette est un lycée général et la population interrogée comprenait 9 filles (soit 15.79%), et 48 garçons (soit 84.21%).

Le lycée Marie Curie est un lycée professionnel, avec deux filières : Assistance, Soins et Services à la Personne (A.S.S.P.) et esthétique. La population interrogée comprenait 48 élèves inscrits en A.S.S.P. (soit 80,8% des élèves interrogés dans ce

lycée) et 12 élèves inscrits en esthétique (soit 19,67%). Au total, 61 ont participé à l'étude. Aucun garçon scolarisé dans le lycée Marie Curie n'a été interrogé.

Le lycée Camille Claudel est également un lycée professionnel, dont deux filières : Agent de sécurité et Electrotechnique. L'auto-questionnaire a été soumis à 9 filles (soit 29.03%), et 22 garçons (soit 70.97%).

Le lycée de Chamalières présente une filière générale ainsi que des filières professionnelles. La population interrogée incluait 101 garçons et 101 filles, soit 50% de chaque. 20 soit 9,90% de la population suivaient la filière Cuisine, 52 soit 25,74% suivaient la filière Hôtellerie, 19 soit 9,41% la filière Service et 111 soit 54.95% étaient inscrits en filière générale.

Au total, 332 (64,47%) élèves interrogés étaient issus de filières générales et 183 (35,53%) de filières professionnelles.

Tableau 1 : Filières professionnelles.

Filière	% (n)
A.S.S.P.	26.78% (n=49)
Agent de Sécurité	12.02% (n=22)
Cuisine	10.93% (n=20)
Electrotechnique	4.92% (n=9)
Esthétique	6.56% (n=12)
Hôtellerie	28.42% (n=52)
Service	10.38% (n=19)

2. Âge de la population

La médiane d'âge, pour les filles comme pour les garçons, est de 18 ans. La population étudiée était composée de 206 élèves mineurs de (soit 40%) et 309 élèves majeurs (soit 60%).

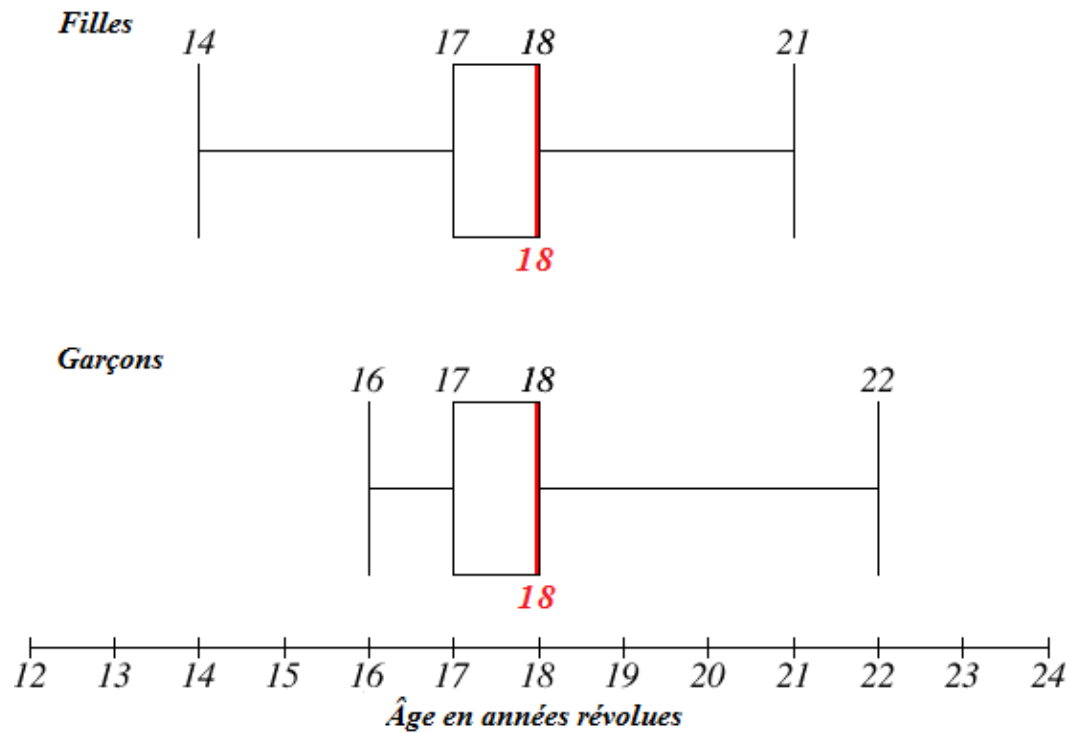


Figure 2 : Âge de la population.

3. Consultations de suivi gynécologique

Une section du questionnaire distribué était réservée aux filles. Cette section traitait notamment de la contraception utilisée, du fait d'avoir débuté un suivi gynécologique et des antécédents de grossesse.

Dans la population, 24,27% des filles avaient déjà consulté une sage-femme ou un gynécologue (n=125). Il n'y a pas eu de non-réponses à cette proposition.

Tableau 2 : Motifs de consultation.

Raison	% (n)
Contraception	22,40% (28)
Contraception + Règles douloureuses	3,20% (4)
Contraception + Visite de contrôle	24,00% (30)
Contraception + Visite de contrôle + Règles douloureuses	9,60% (12)
Contraception + Pathologie gynécologique	0,80% (1)
Règles douloureuses	14,40% (18)
Visite de contrôle	14,40% (18)
Visite de contrôle + Règles douloureuses	5,60% (7)
Grossesse	2,40% (3)
Pathologie gynécologique	1,60% (2)
Non précisé	1,60% (2)

Les trois pathologies gynécologiques mentionnées comprenaient deux cas de kystes aux ovaires et un cas de traitement hormonal substitutif.

4. Usage d'une contraception

Cette question était également incluse dans la section réservée aux filles.

Au total, 31,50% (n=86) des filles interrogées déclaraient n'utiliser aucune contraception. 3,30% d'entre-elles (n=9) n'ont pas répondu à cette question.

Tableau 2 : Contraceptions utilisées par les adolescentes interrogées.

Contraception	% (n)
Pilule seule	41,01% (73)
Préservatif + Pilule	31,46% (56)
Préservatif seul	20,22% (36)
Implant	5,06% (9)
Anneau vaginal	0,56% (1)
Préservatif + Pilule + Méthode de retrait	0,56% (1)
Patch	0,56% (1)
Stérilet	0,56% (1)

Chez les mineures, nous avons pu observer que 64,80% d'entre elles ont recours à une contraception régulière (n=81), contre 32,8% qui n'y ont pas recours (n=41). 3 mineures, soit 2,4%, n'avaient pas renseigné cette question.

5. Antécédents de grossesse

Dans la population, 254, soit 93,04% des adolescentes interrogées, n'avaient aucun antécédent de grossesse. L'étude a relevé dans sa population 12 jeunes filles qui avaient déjà été enceintes, dont une grossesse planifiée (soit 0,37% des filles) et 11 grossesses inopinées (soit 4,03% des filles). Notons que 2,56% (n=7) des adolescentes interrogées n'ont pas répondu à cette question.

II/ Connaissances des élèves sur la pilule de contraception d'urgence.

Le questionnaire distribué comprenait 39 affirmations concernant la pilule d'urgence.

Le taux global de bonnes réponses était de 66,12%, avec un taux de réponses justes de 67,68% (n=6467) parmi les filles et 64,36% (n=5451) parmi les garçons.

Tableau 3 : Taux de bonnes réponses par établissement scolaire.

Bonnes réponses	% (n)
Ambroise Brugière	64,63% (3710)
Lafayette	65,16% (1300)
Marie Curie	68,99% (1473)
Camille Claudel	64,70% (702)
Chamalières	66,94% (4733)

Les nombres et pourcentages de réponses à chaque proposition par établissement scolaire ont été organisés sous forme de tableaux et sont disponibles dans l'Annexe III.

Le taux de réponses correctes était de 67,30% (n=4852) parmi les mineurs de 18 ans contre 65,34% (n=7066) parmi les élèves majeurs.

1. Comparaison des connaissances selon le sexe

Les moyennes de bonnes réponses par nombre d'élèves étaient respectivement 26,39 pour les filles et 25,30 pour les garçons. Ces moyennes ont été calculées sur 39 propositions qui traitaient des connaissances sur la P.C.U. Le test t de Student (comparaison de moyennes) a produit $t = 4,3481$ pour 512,158 degrés de liberté et $p\text{-value} = 1,658.10^{-5}$. La valeur de p étant largement inférieure au seuil de signification de 0,05, on rejette donc l'hypothèse nulle.

La conclusion de ce test est que les filles ont globalement de meilleures connaissances sur la P.C.U. que les garçons et cette différence est statistiquement significative.

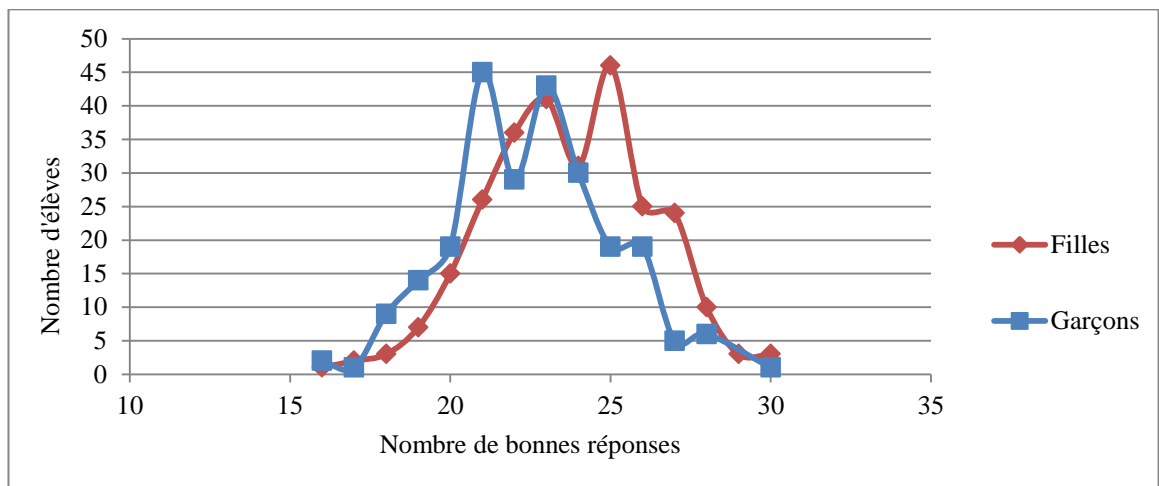


Figure 3 : Distribution du nombre de réponses correctes selon le sexe.

2. Comparaison des connaissances selon le type de filière

Les moyennes de bonnes réponses par nombre d'élèves étaient respectivement 25,81 pour les élèves inscrits en filière générale et 26,00 pour ceux inscrits en filière professionnelle. Ici, la valeur de t pour 355,197 degrés de liberté est de 0,7167 et p vaut 0,4741. La valeur de p étant largement supérieure au seuil de signification de 0,05, on conserve donc l'hypothèse nulle.

La conclusion de ce test est que les taux de bonnes réponses ne diffèrent pas significativement entre les deux populations.

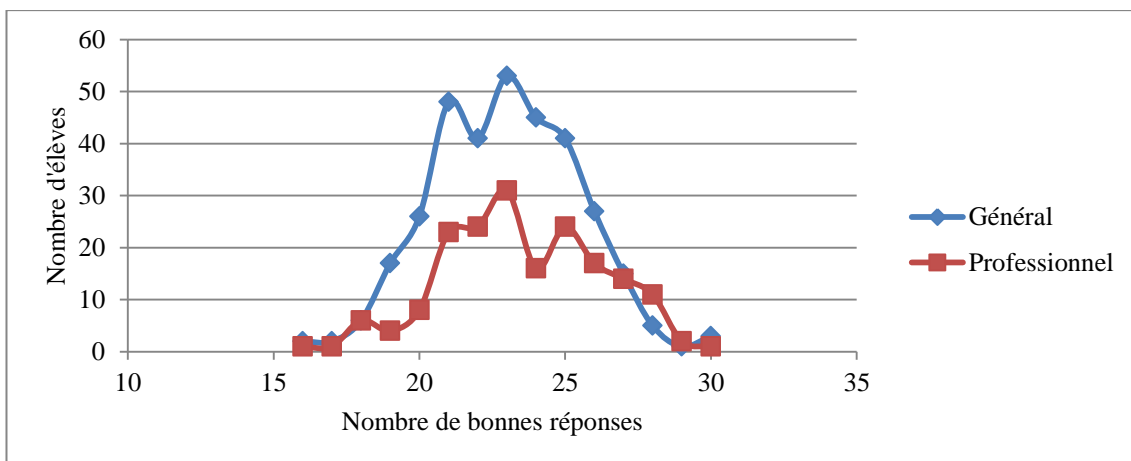


Figure 4 : Distribution du nombre de réponses correctes selon le type de filière.

3. Comparaison des connaissances chez les adolescentes ayant déjà consulté ou non un gynécologue ou une sage-femme

Les moyennes de bonnes réponses par nombre d'élèves étaient respectivement 26,56 pour les filles ayant débuté un suivi gynécologique et 26,25 pour celles n'ayant jamais consulté de gynécologue ou sage-femme. Le test t de Student ne met en évidence aucune différence significative de qualité des connaissances des adolescentes qu'elles aient débuté un suivi gynécologique ou non, avec $t = 0,8583$ pour 258,279 degrés de liberté et un $p\text{-value} = 0,3915$. L'hypothèse nulle est conservée.

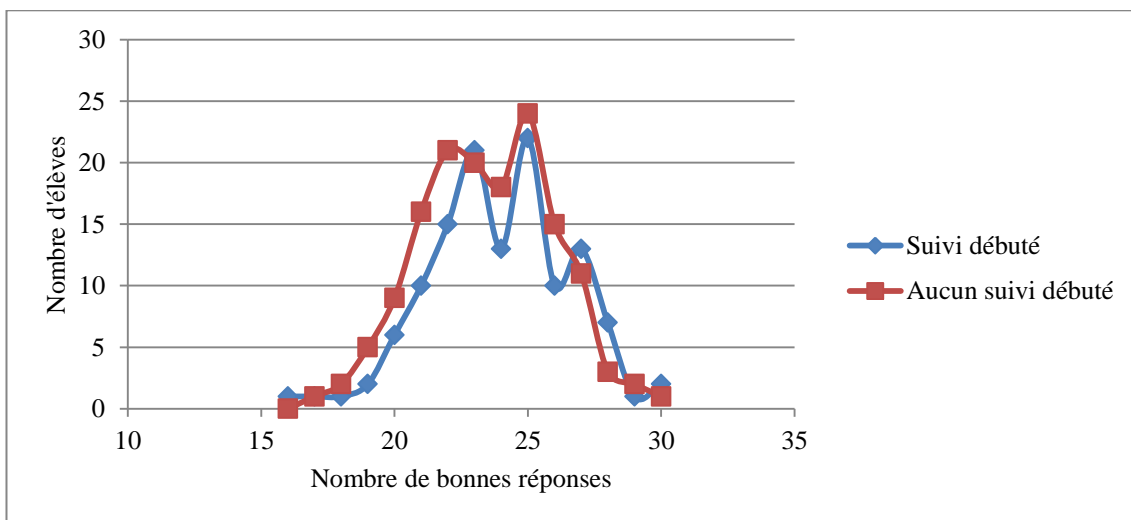


Figure 5 : Distribution du nombre de réponses correctes pour les filles ayant ou non un début de suivi gynécologique.

Nous nous sommes donc intéressés à la différence entre les adolescentes ayant consulté pour obtenir une contraception et celles ayant consulté pour d'autres motifs.

Les moyennes de bonnes réponses par nombre d'élèves étaient respectivement 27,25 pour les filles ayant consulté pour contraception et 25,25 pour celles ayant consulté pour d'autres motifs. Le test t de Student a produit $t = 3,0912$ pour 88,473 degrés de liberté et $p\text{-value} = 0,002666$. La valeur de p étant largement inférieure au seuil de signification de 0,05, on rejette donc l'hypothèse nulle.

La conclusion de ce test est que les filles ayant consulté un gynécologue ou une sage-femme avec pour motif la prescription d'une contraception ont de meilleures connaissances sur la P.C.U. que celles qui ont consulté pour d'autres motifs, et cette différence est statistiquement significative.

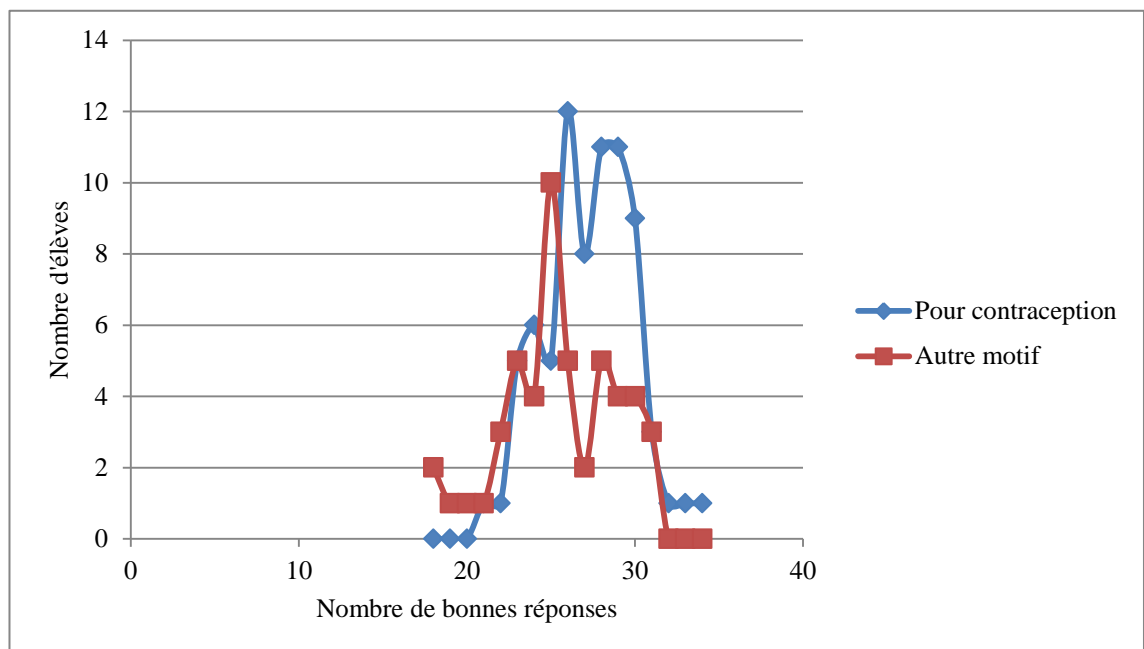


Figure 6 : Distribution du nombre de réponses correctes pour les filles selon le motif de consultation.

4. Connaissances des élèves sur la définition de pilule d'urgence

Cette question comprenait quatre propositions traitant de ce qu'était une P.C.U. Au total, 83,88% (n=432) des élèves interrogés savaient que la P.C.U. était une pilule qui s'administrait en une seule prise, 6,60% (n=35) pensaient qu'il s'agissait d'une pilule qui s'administrait en plusieurs prises, et 20,58% (n=106) ont stipulé qu'il s'agissait d'une méthode d'avortement.

Peu d'élèves ont déclaré ne pas savoir ce qu'était une P.C.U., soit 3,38% (n=20).
 1,36% (n=7) des élèves n'ont pas répondu à cette question.

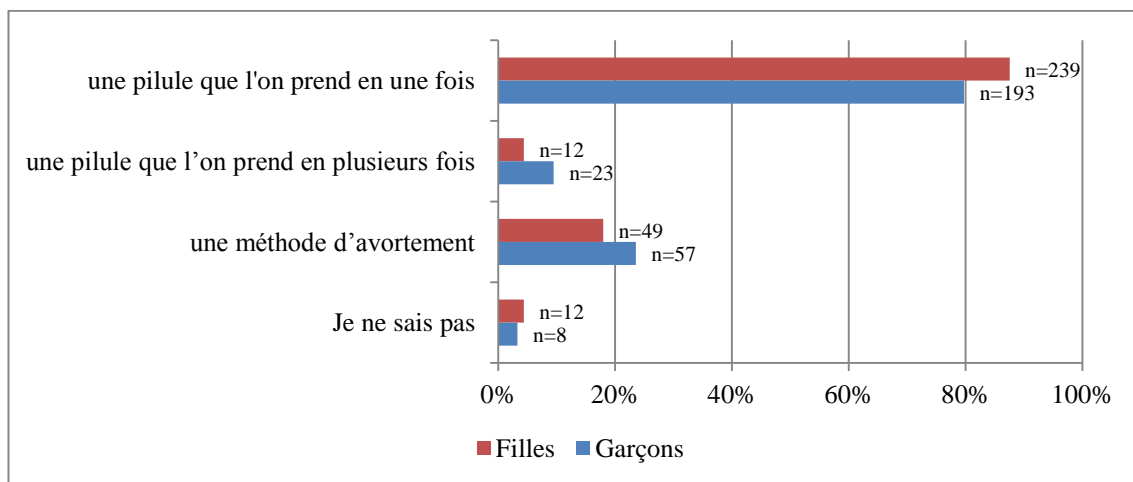


Figure 7 : Taux de réponses par proposition sur la définition de la P.C.U. selon le sexe.

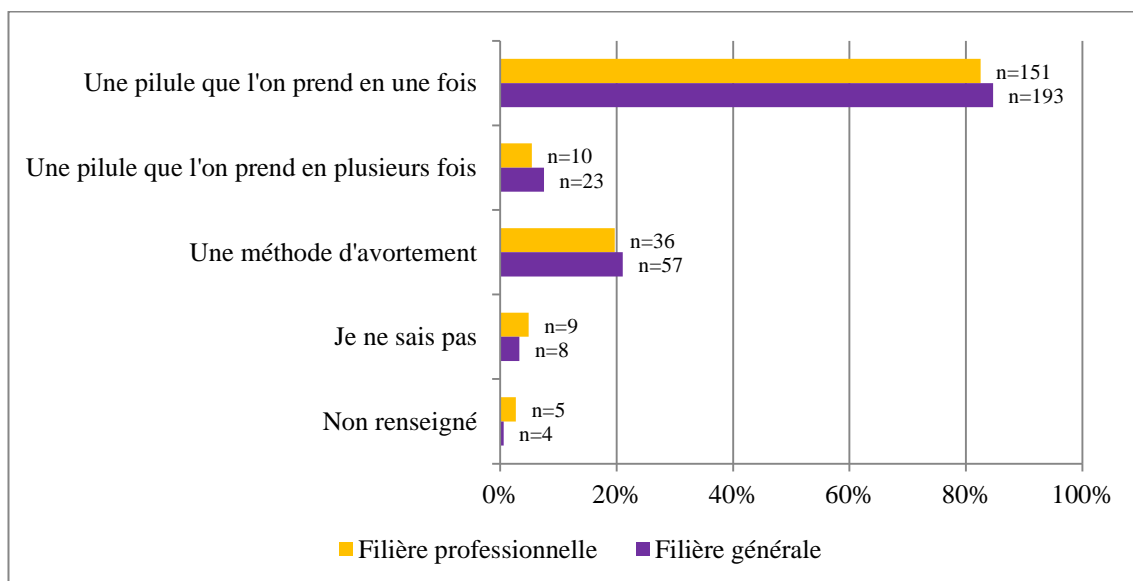


Figure 8 : Taux de réponses par proposition sur la définition de la P.C.U. selon le type de filière.

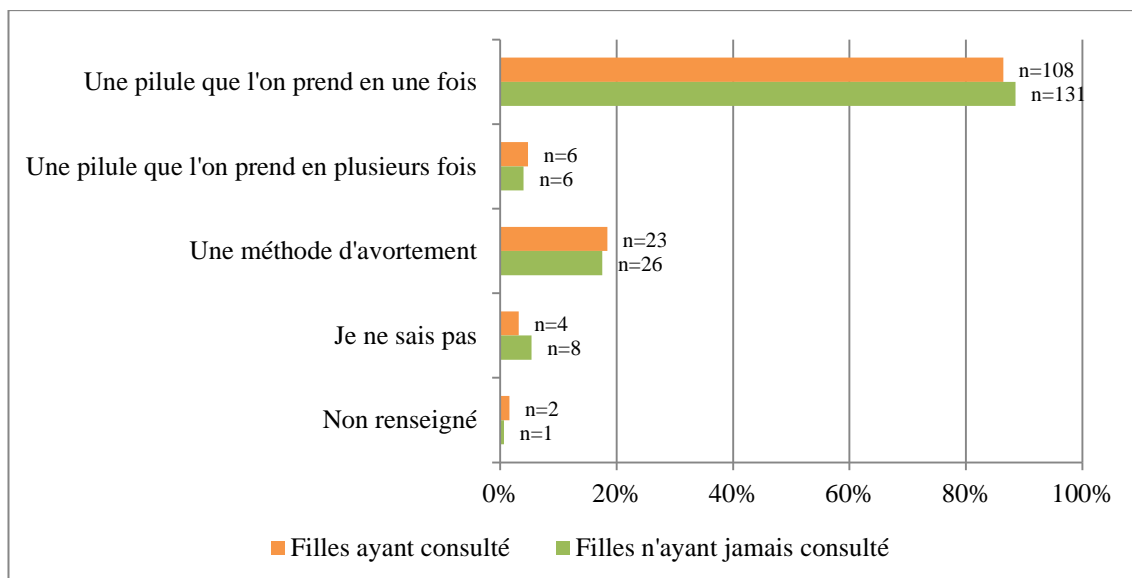


Figure 9 : Taux de réponses par proposition sur la définition de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

5. Connaissances des élèves sur les délais recommandés de prise de la pilule d'urgence après un rapport sexuel non protégé

Au total, seuls 14,17% des élèves (n=73) connaissaient le délai d'action de Norlevo[®] de 72h, et seuls 2,72% d'entre eux (n=14) connaissaient le délai de 120h pour Ellaone[®]. La majorité des élèves, soit 34,95% (n=180), pensaient que les deux P.C.U. devaient être prises au plus tard dans les 24h suivant les rapports sexuels non protégés. 30,87% (n=159) pensaient que le délai maximal de prise était de 48h pour les deux pilules.

102 élèves, soit 19,81% de la population interrogée, ont déclaré ne pas connaître les délais d'action de la P.C.U., et 6 élèves (soit 1,17%) n'ont pas répondu à la question.

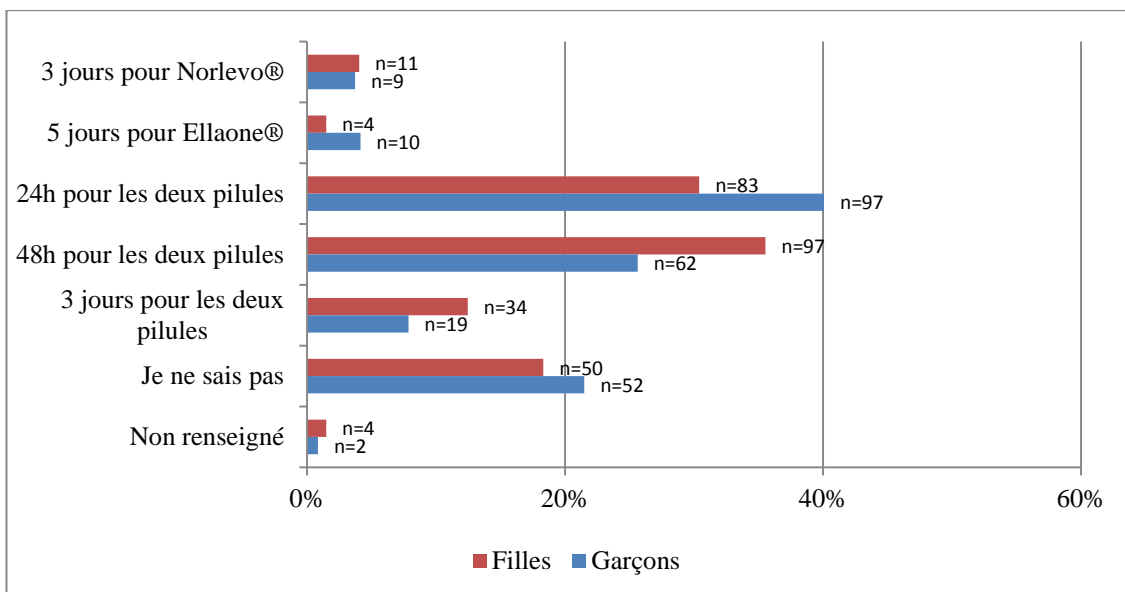


Figure 10 : Taux de réponses par proposition sur les délais recommandés de prise de la P.C.U. selon le sexe.

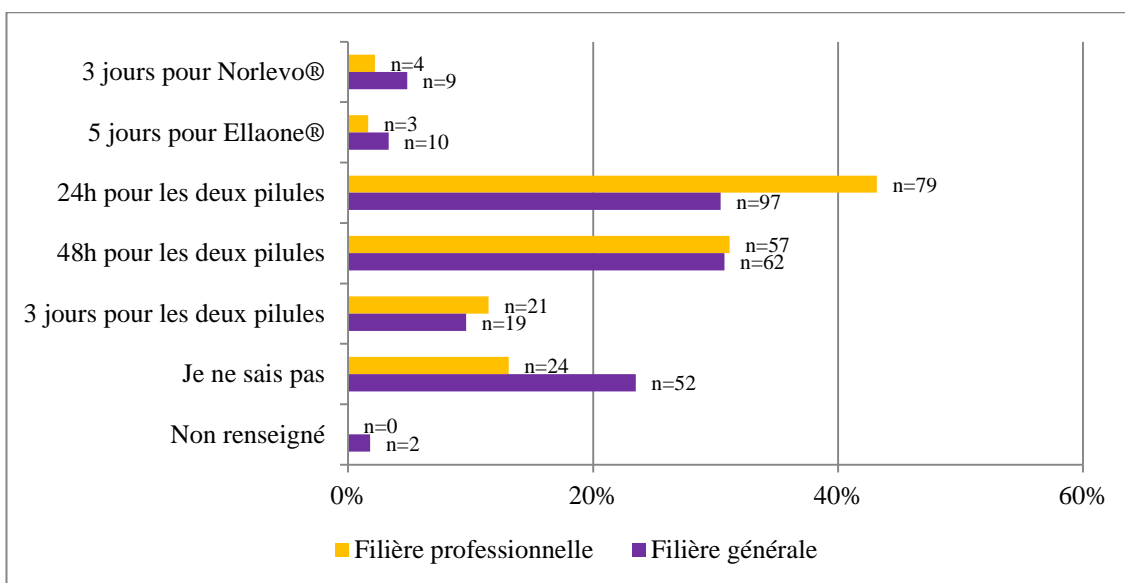


Figure 11 : Taux de réponses par proposition sur les délais recommandés de prise de la P.C.U. selon le type de filière.

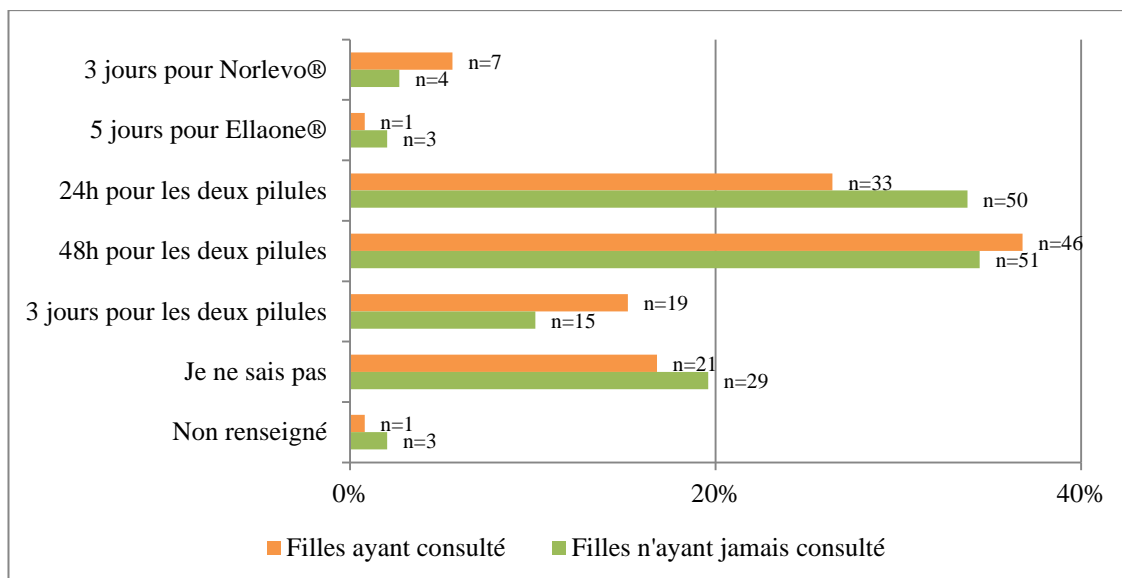


Figure 12 : Taux de réponses par proposition sur les délais recommandés de prise de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

6. Connaissances des élèves sur les modalités d'obtention de la pilule d'urgence

La plupart des élèves, soit 82,33% (n=424) d'entre eux, savaient que la P.C.U. était accessible dans les pharmacies. 2,91% (n=15) pensaient qu'une ordonnance était nécessaire pour l'obtenir, et 24,08% (n=124) savaient qu'une des deux pilules était disponible sans ordonnance. 4,27% (n=22) des élèves interrogés pensaient qu'un consentement était nécessaire pour les jeunes filles mineures.

Seule la moitié des élèves, soit 54,17% (n=279), savait qu'il était possible de se faire délivrer une P.C.U. dans un centre de planification et d'éducation familiale, et seulement 38,06% (n=196) savaient que les infirmiers scolaires étaient habilités à en délivrer.

39 élèves (soit 7,57% de la population) ont déclaré ne pas savoir comment se procurer une P.C.U. et 4 élèves (0,78%) n'ont pas répondu à la question.

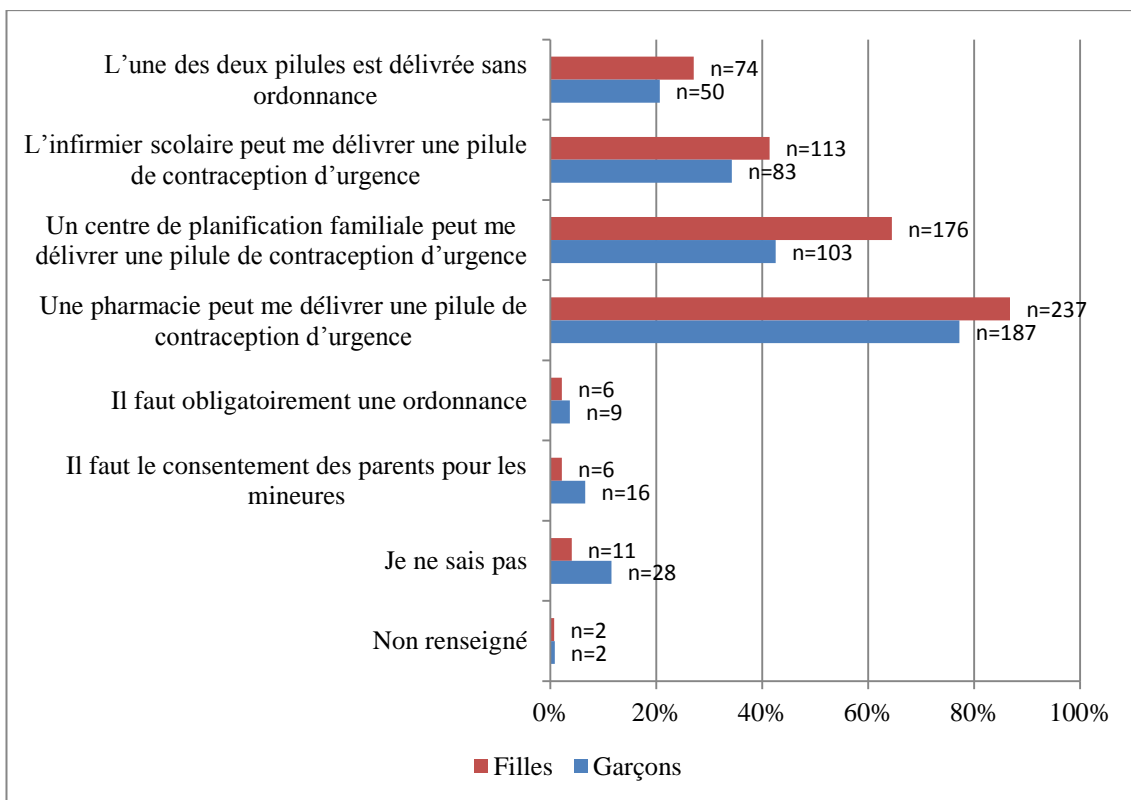


Figure 13 : Taux de réponses par proposition sur les modalités d'obtention de la P.C.U. selon le sexe.

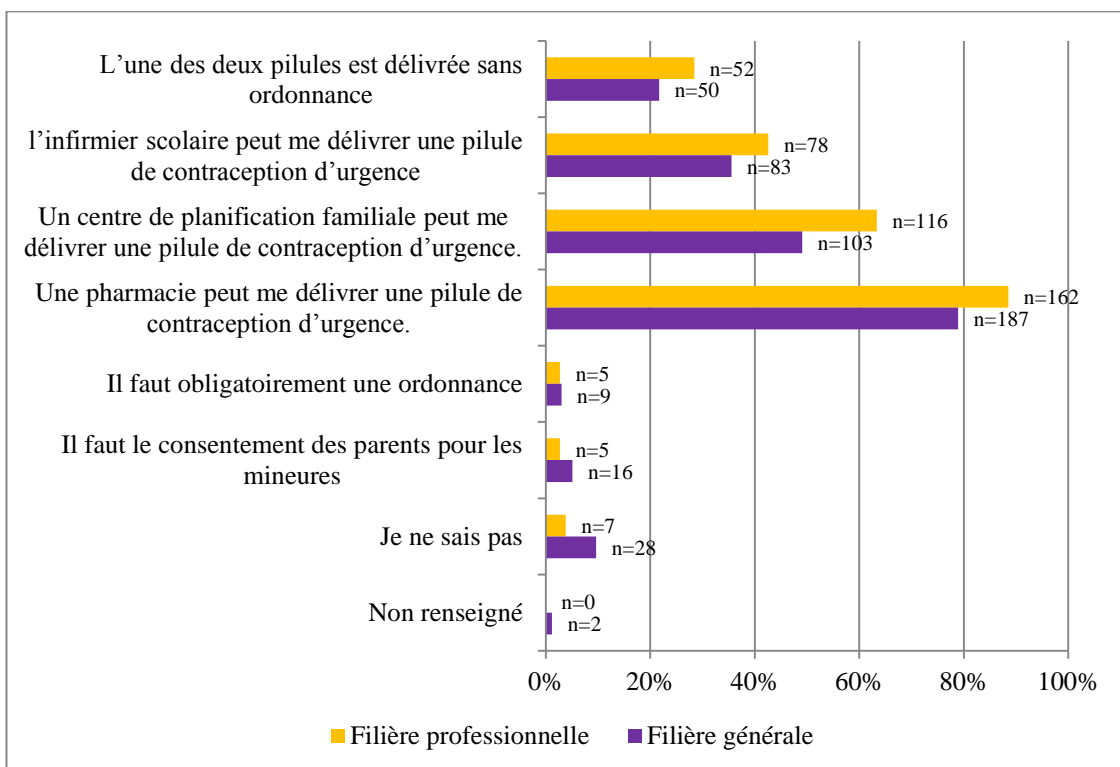


Figure 14 : Taux de réponses par proposition sur les modalités d'obtention de la P.C.U. selon le type de filière.

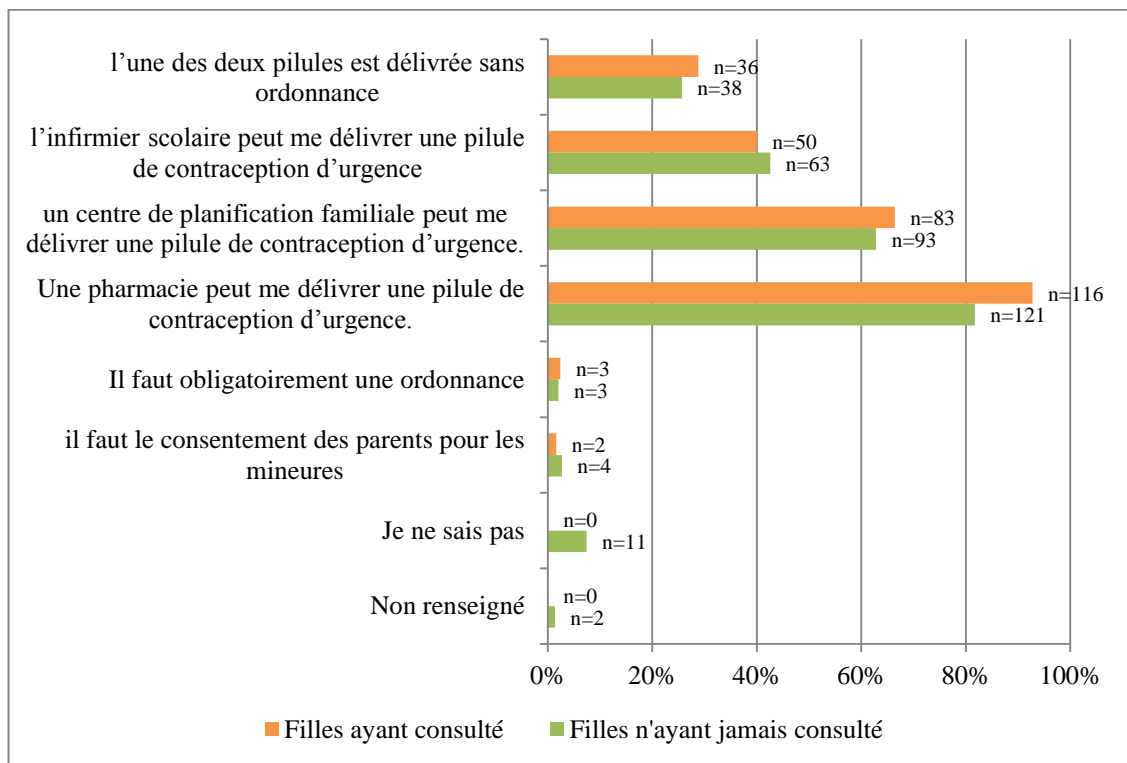


Figure 15 : Taux de réponses par proposition sur les modalités d'obtention de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

7. Connaissances des élèves sur le coût d'obtention de la pilule d'urgence

Seuls 32,43% (n=167) de la population interrogée savait que Norlevo[®] était dispensée gratuitement aux mineures. 25,83%(n=133) des élèves pensaient que les P.C.U. étaient gratuites pour toutes les femmes, et 29,51%(n=152) pensaient qu'EllaOne[®] était gratuite pour les mineures. Peu d'élèves, soit 4,66%(n=24) estimaient que le prix de Norlevo[®] excédait 10 euros.

La majorité des élèves, soit 38,25%(n=197), ont admis ne pas connaître les prix des P.C.U. 1,17% des élèves (n=6) n'ont pas répondu à la question.

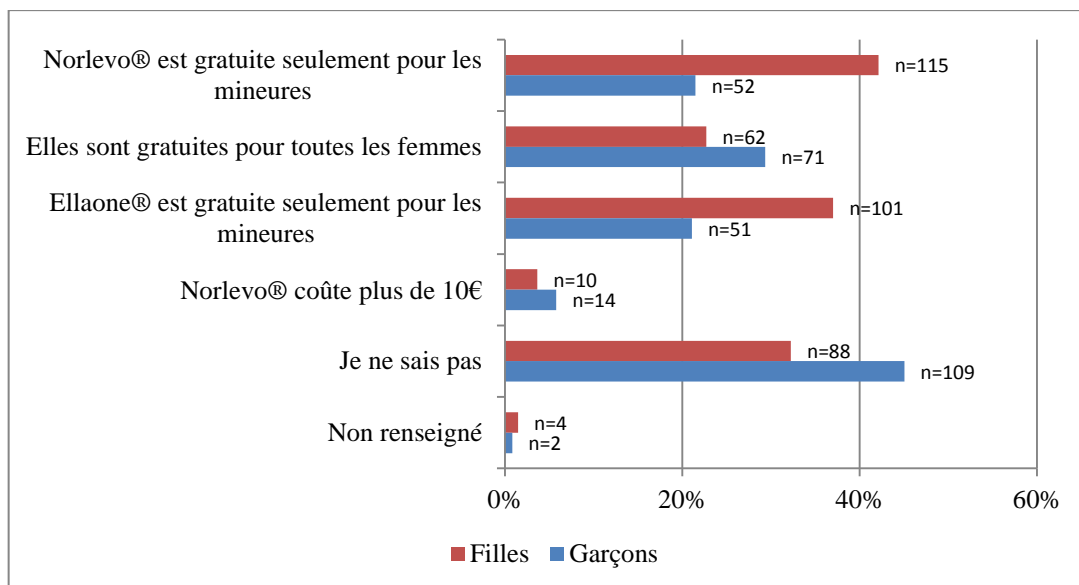


Figure 16 : Taux de réponses par proposition sur le coût d'obtention de la P.C.U. selon le sexe.

52 soit 41,60% des filles mineures de 18 ans ont correctement répondu que la pilule Norlevo® est gratuite pour les mineures.

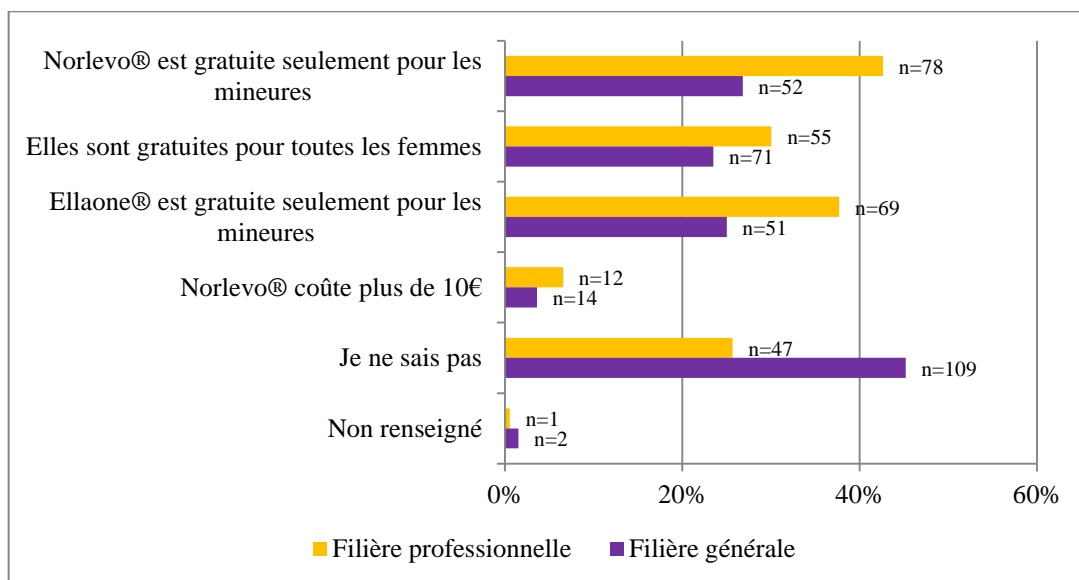


Figure 17 : Taux de réponses par proposition sur le coût d'obtention de la P.C.U. selon le type de filière.

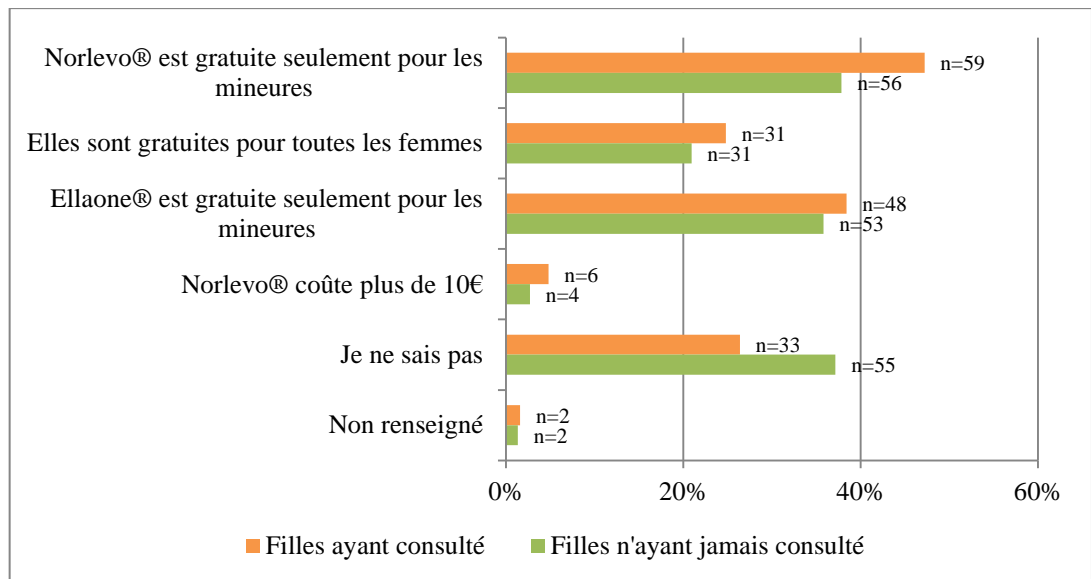


Figure 18 : Taux de réponses par proposition sur le coût d'obtention de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

8. Connaissances des élèves sur les modalités de prise de la pilule d'urgence

La majorité des élèves, soit 80% (n=412) ont déclaré que la P.C.U. était indiquée en cas de rapports sexuels non protégés, et seulement 40,78% (n=210) en cas d'oubli de pilule contraceptive régulière de plus de 12h. 5,63% (n=29) ont déclaré qu'il fallait la prendre si le rapport sexuel avait eu lieu pendant les règles.

15,53% (n=80) avaient la notion qu'il était recommandé de reprendre une P.C.U. en cas de vomissements dans les 3h qui suivent la prise du premier comprimé.

Au total, 47,96% (n=247) des élèves pensaient que la fréquence de prise de la P.C.U. était limitée. 23,88% (n=123) ont déclaré qu'il était contraindiqué de la prendre plusieurs fois dans le même mois, 10,29% (n=53) pensaient qu'il était contraindiqué de la prendre plusieurs fois dans une année et 13,79% (n=71), plusieurs fois au cours de la vie génitale.

Le taux de non réponses s'élevait à 1,36% (n=7) pour cette question, et 13,20% des élèves interrogés (n=68) ont déclaré ne pas connaître les modalités de prise de la P.C.U.

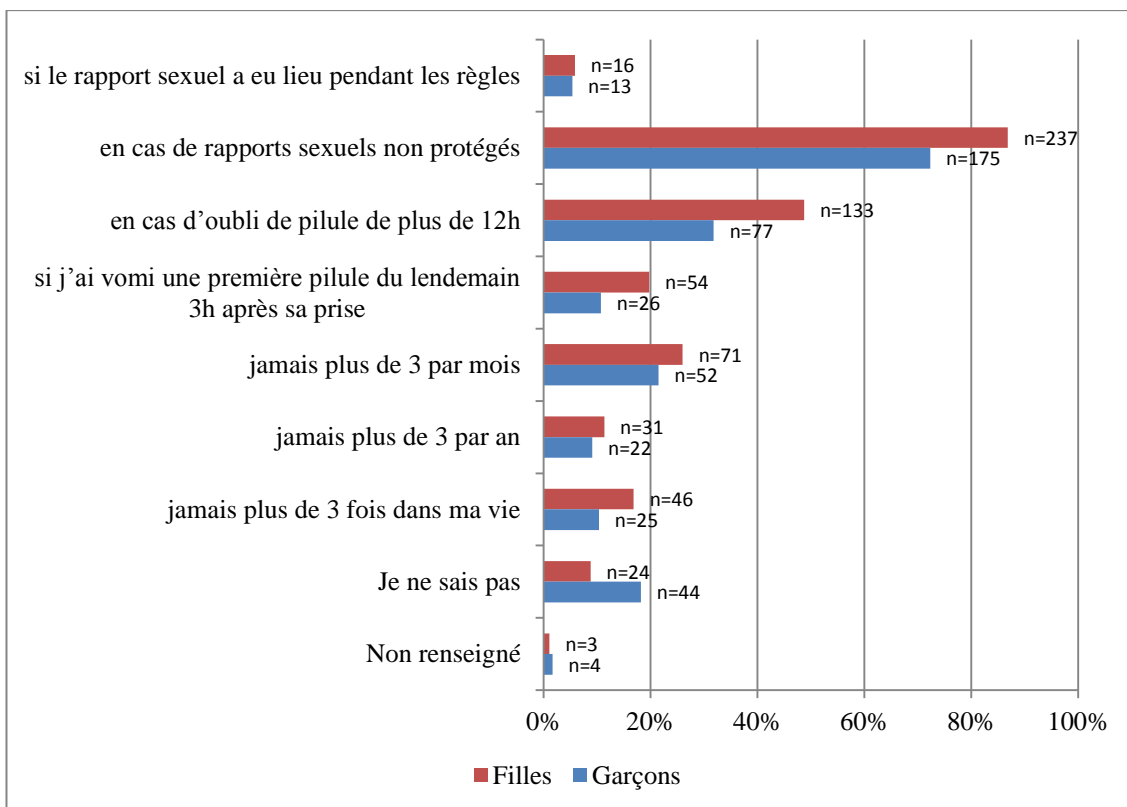


Figure 19 : Taux de réponses par proposition sur les modalités de prise de la P.C.U. selon le sexe.

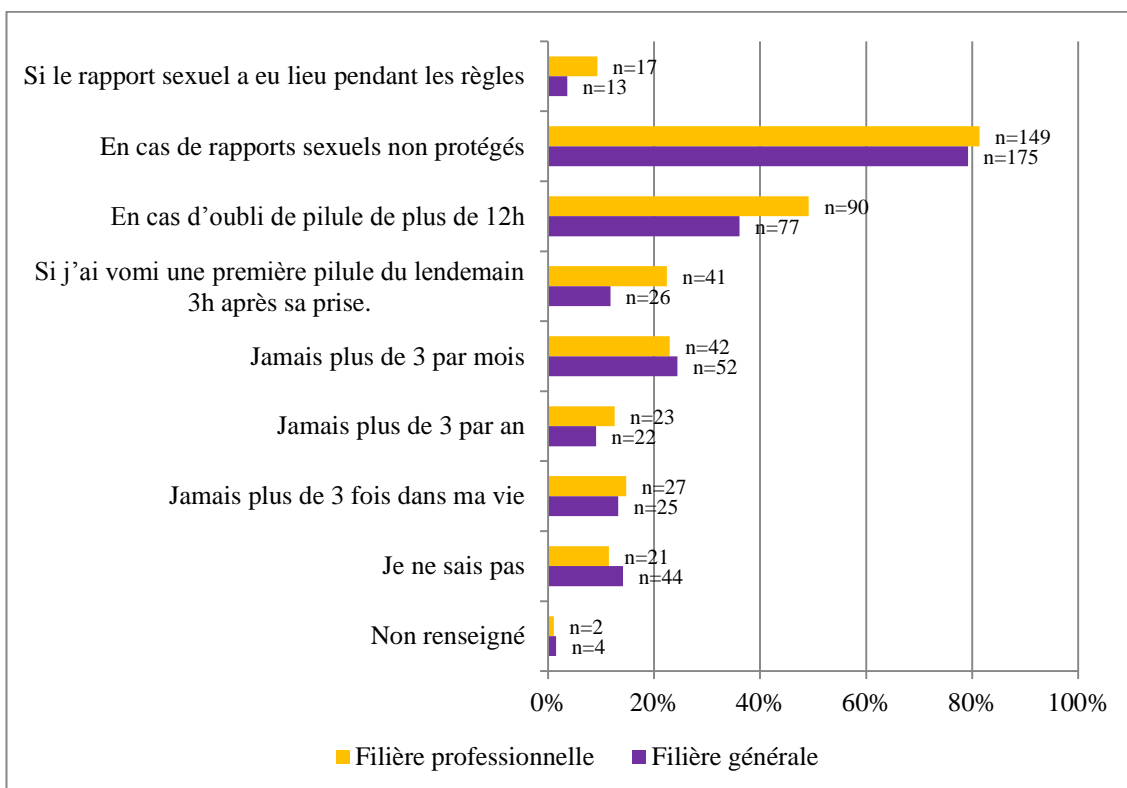


Figure 20 : Taux de réponses par proposition sur les modalités de prise de la P.C.U. selon le type de filière.

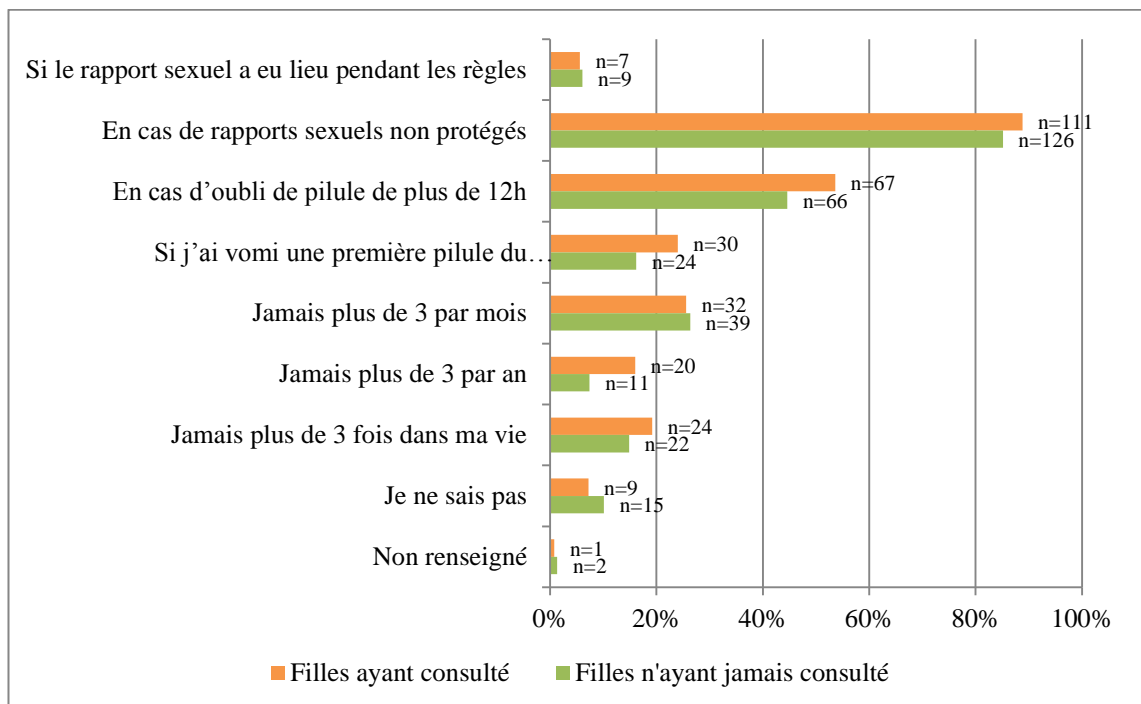


Figure 21 : Taux de réponses par proposition sur les modalités de prise de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

9. Connaissances des élèves sur l'efficacité de la pilule d'urgence

Près de 8 élèves sur 10 (79,42%, n=409) savaient que l'efficacité de la P.C.U. était corrélée au délai de prise. 12,04% (n=62) des élèves pensaient qu'elle n'était efficace que dans 50% des cas, et 11,04% (n=57) pensaient qu'elle était efficace à 100%.

Peu d'élèves, soit 4,27% (n=22), pensaient qu'il était inutile de continuer la contraception régulière pour le reste du cycle après la prise d'une P.C.U., et 0,78% (n=4) pensaient qu'elle protégeait également contre les I.S.T.

Le taux de non-réponses s'élevait à 6,61% (n=32) pour cette question.

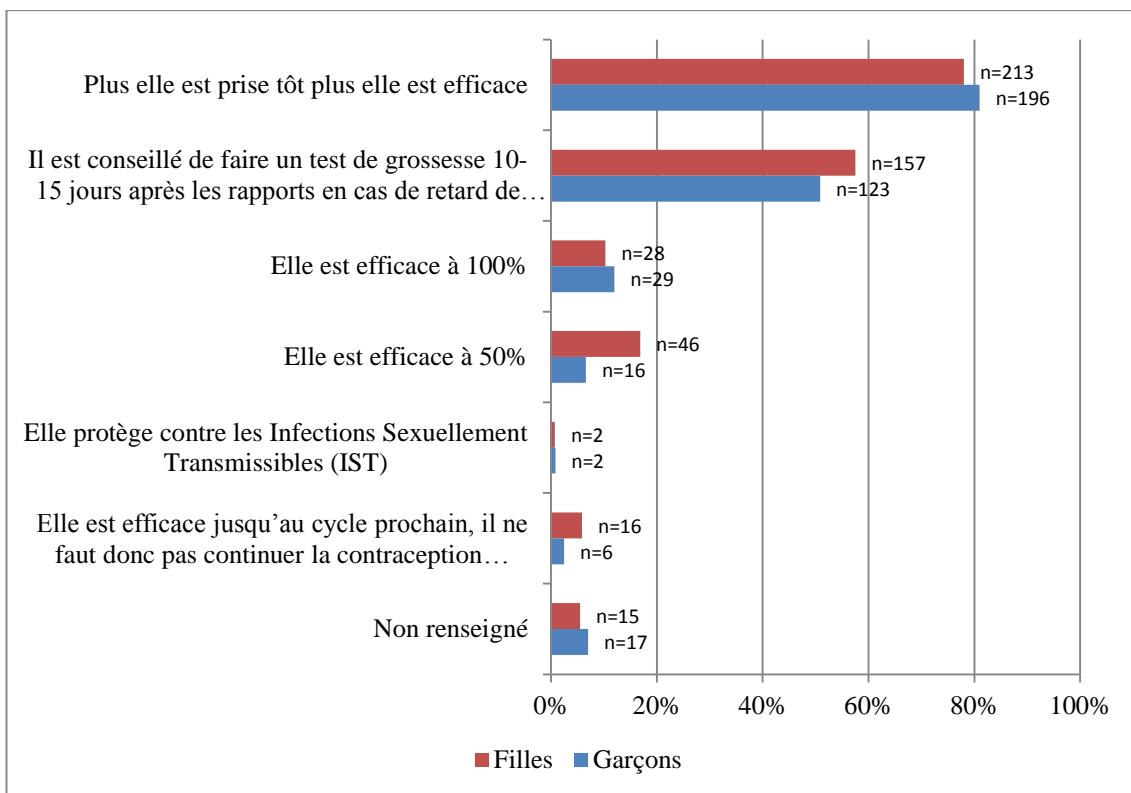


Figure 22 : Taux de réponses par proposition sur l'efficacité de la P.C.U. selon le sexe.

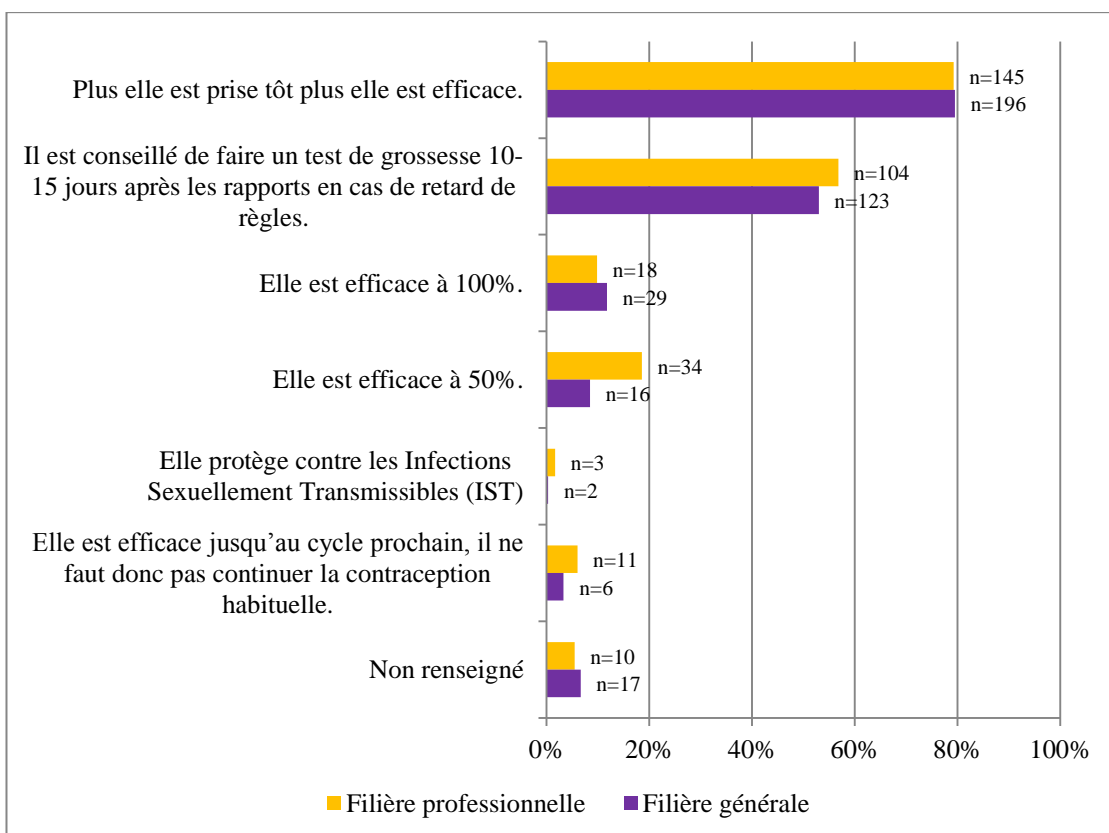


Figure 23 : Taux de réponses par proposition sur l'efficacité de P.C.U. selon le type de filière.

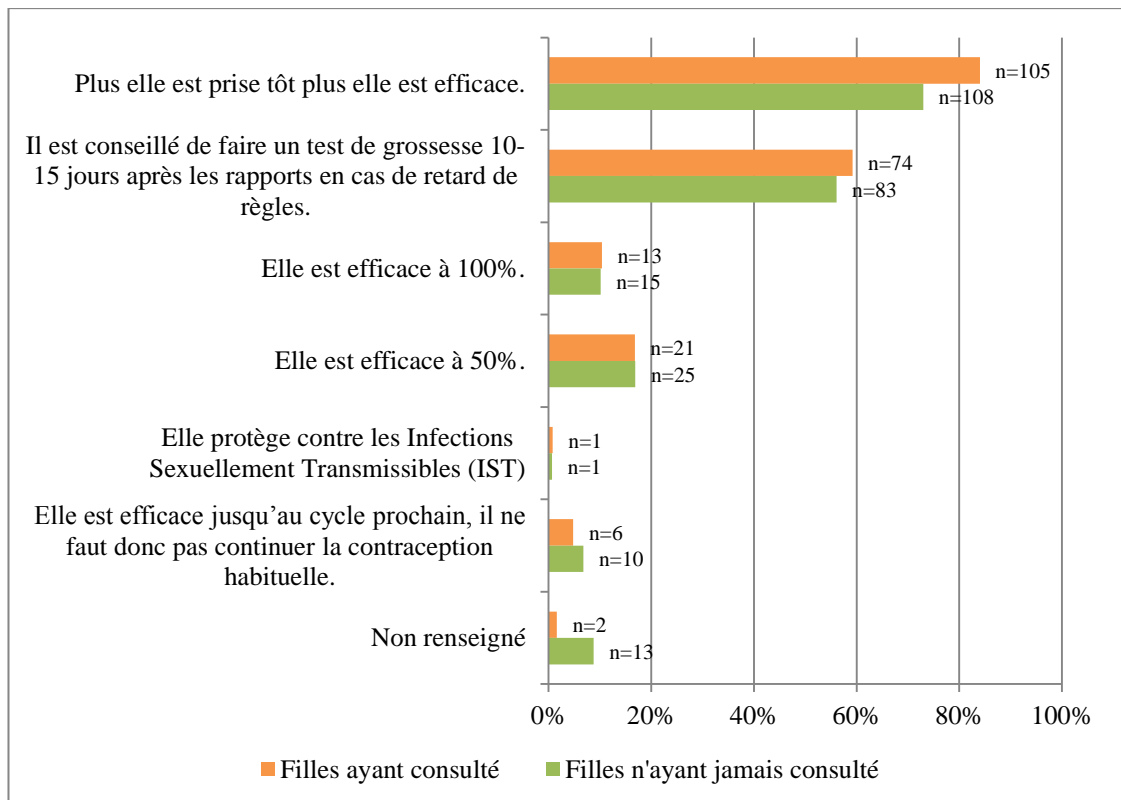


Figure 24 : Taux de réponses par proposition sur l'efficacité de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

10. Connaissances des élèves sur les effets indésirables de la pilule d'urgence

Les effets secondaires à type de nausées et vomissements ont été énoncés par 35,15% (n=181) des élèves interrogés, et 47,77% (n=246) ont énoncé une modification de la date des règles comme effet indésirable possible.

15,15% des élèves (n=78) pensaient que la P.C.U. entraînait une diminution de la fertilité à long terme et 4,08% (n=21) déclaraient qu'elle avait un effet tératogène en cas de survenue d'une grossesse.

33,59% (n=173) des élèves ont déclaré ne pas connaître les effets secondaires de la P.C.U. 1,36% (n=7) n'ont pas répondu à la question.

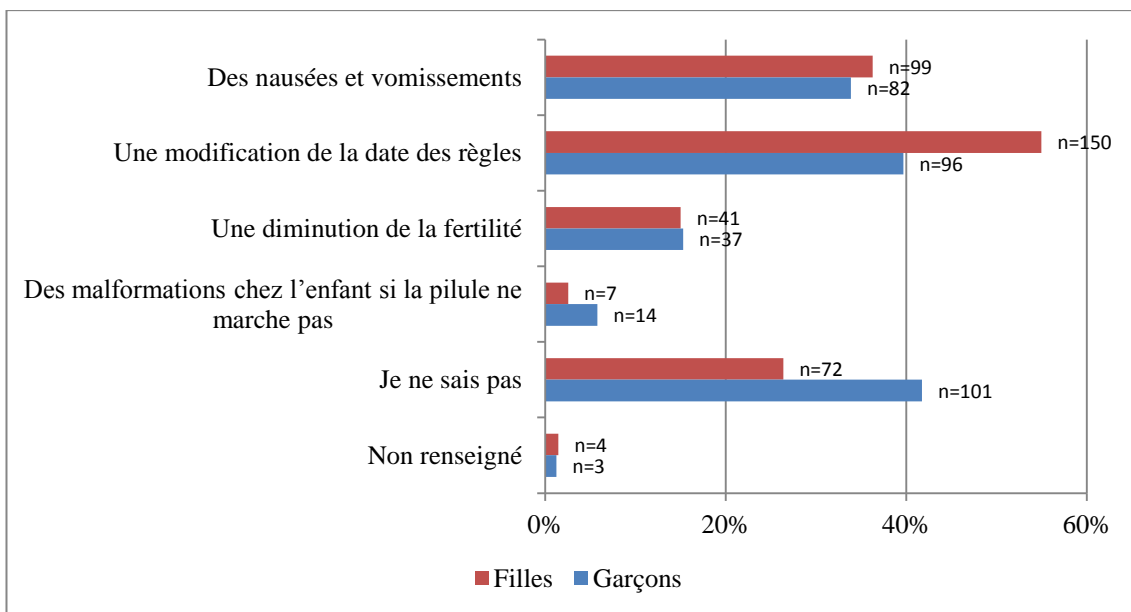


Figure 25 : Taux de réponses par proposition sur les effets secondaires de la P.C.U. selon le sexe.

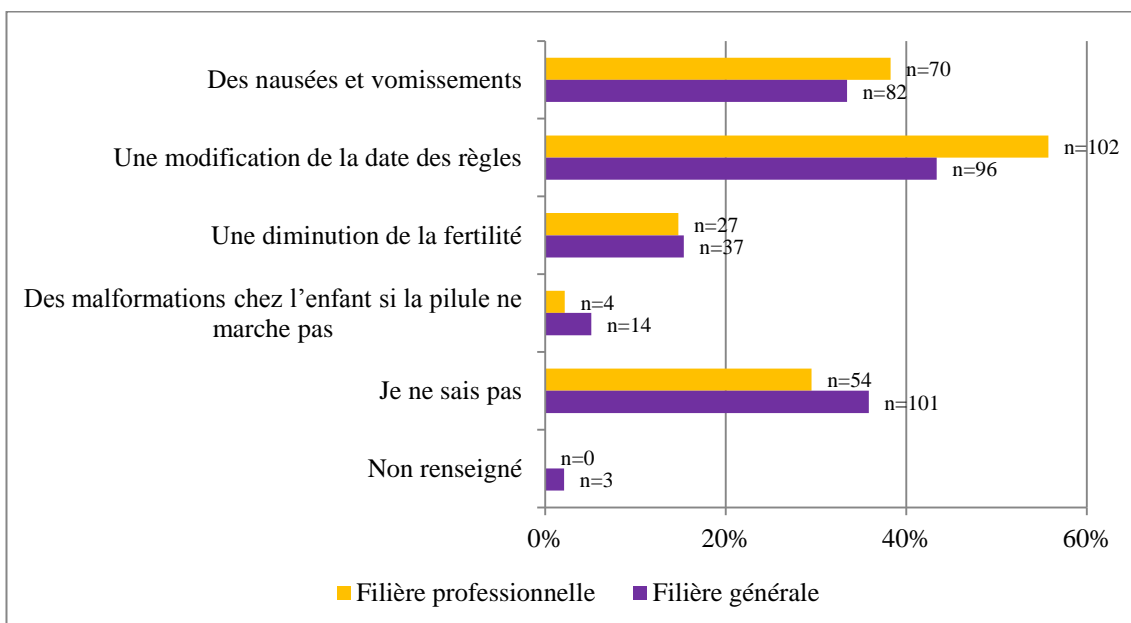


Figure 26 : Taux de réponses par proposition sur les effets secondaires de la P.C.U. selon le type de filière.

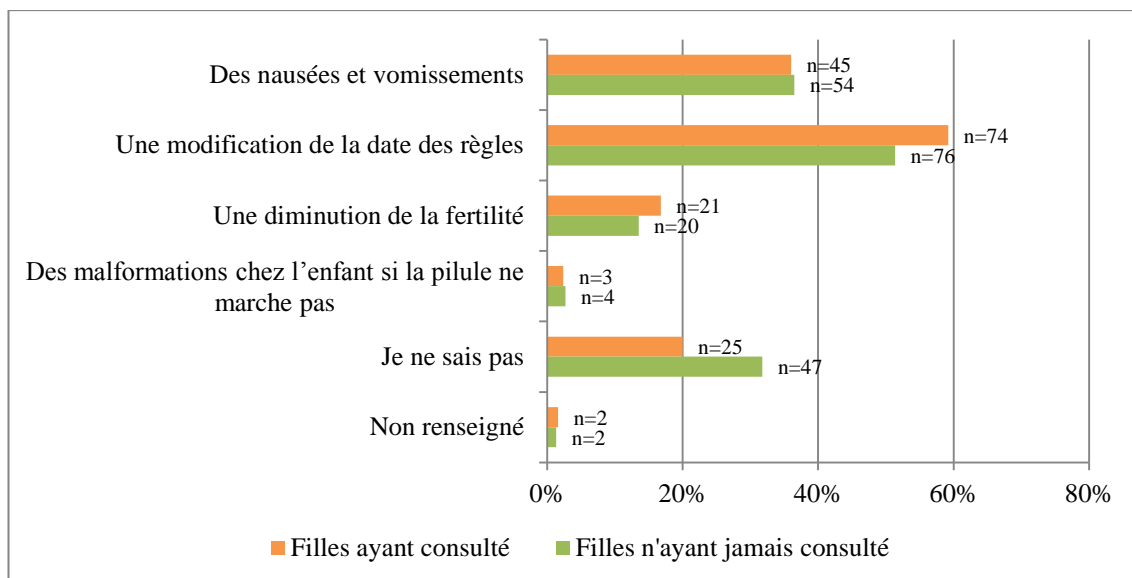


Figure 27 : Taux de réponses par proposition sur les effets secondaires de la P.C.U. selon l'existence d'un suivi gynécologique.

III/ Marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés selon les lycéen(ne)s.

1. Marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception selon les lycéens

Parmi tous les élèves interrogés, seuls 71,84% (n=370) déclarent qu'ils prendraient la P.C.U. (ou la conseilleraient à leur partenaire pour les garçons) en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'échec de contraception régulière.

Seule la moitié des élèves (52,62%, soit n=271) déclare qu'ils effectueraient un dépistage des I.S.T. dans cette situation.

En ce qui concerne l'évaluation du risque de grossesse, 16,12% (n=83) des élèves interrogés pensaient qu'il fallait attendre la survenue des menstruations suivantes avant d'agir, et 34,56% (n=178) pensaient qu'il était recommandé d'effectuer un test de grossesse immédiatement après les rapports sexuels non protégés.

5,53% des élèves ont déclaré ne savoir quelle était la marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés et/ échec de contraception régulière. 1,36% (n=7) n'ont pas répondu à la question.

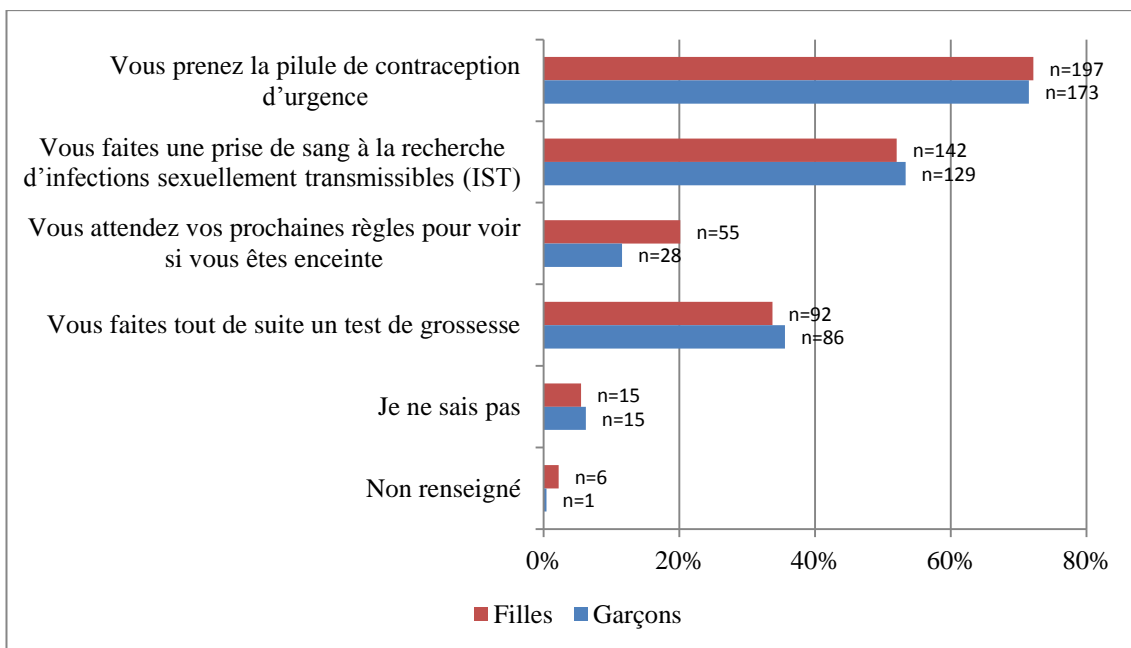


Figure 28 : Taux de réponses par proposition sur la marche à suivre en case de rapports sexuels non protégés selon le sexe.

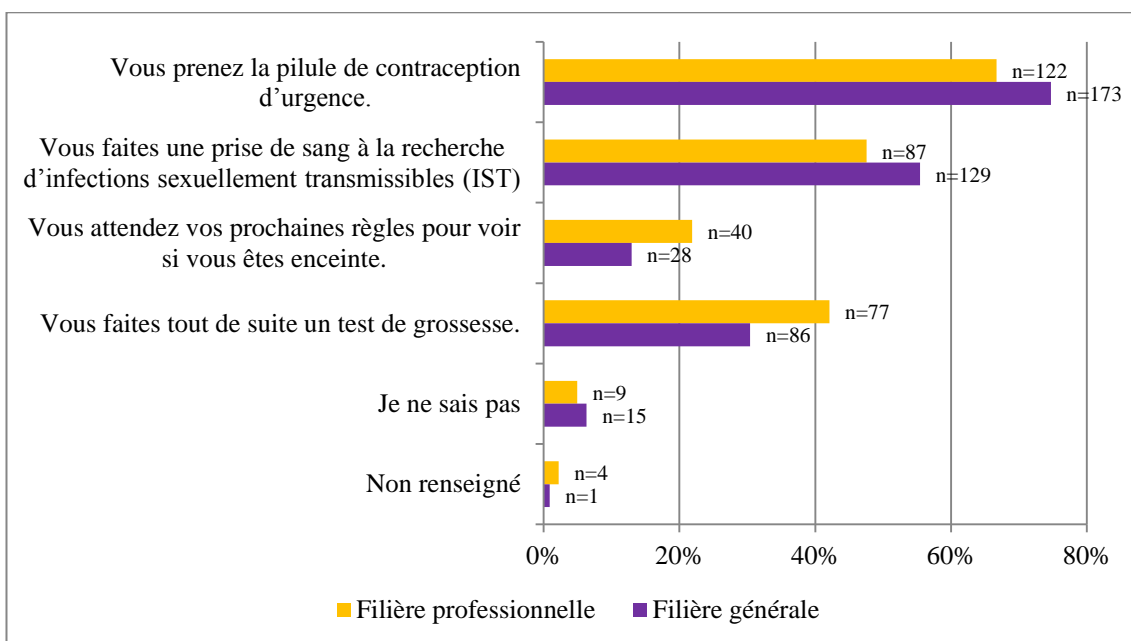


Figure 29 : Taux de réponses par proposition sur la marche à suivre en case de rapports sexuels non protégés selon le type de filière.

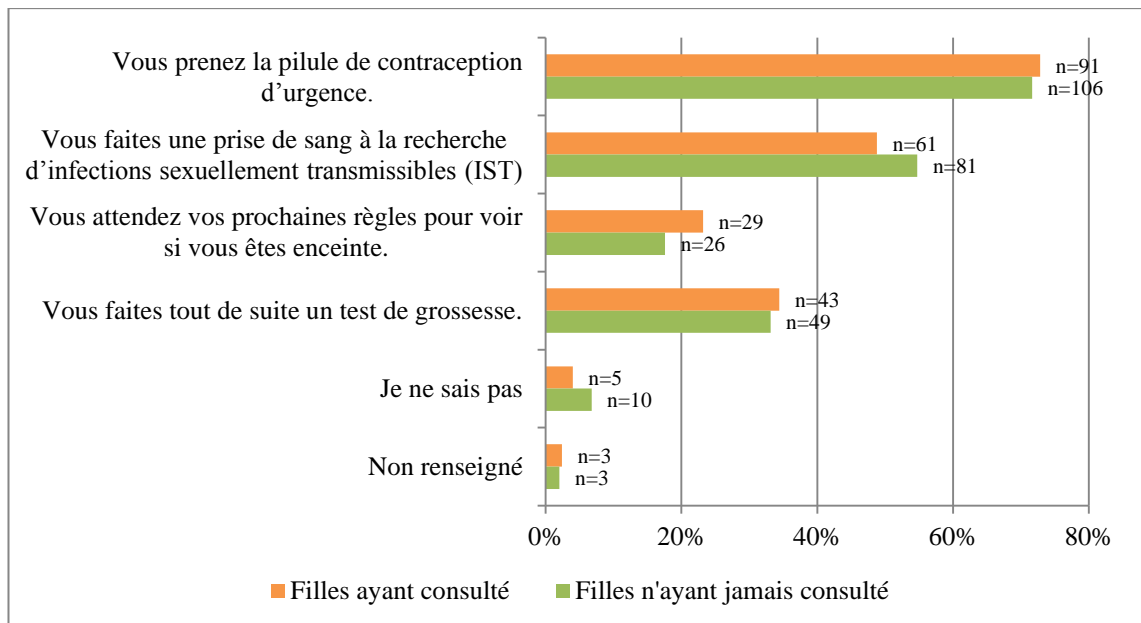


Figure 30 : Taux de réponses par proposition sur la marche à suivre en case de rapports sexuels non protégés selon l'existence d'un suivi gynécologique.

2. Motifs de non prise de la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés

La majeure partie des élèves n'ont déclaré aucune raison de ne pas prendre la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception régulière, soit 50,68% d'entre eux (n=261).

Le premier obstacle entraînant des réticences chez les adolescents interrogés à prendre la P.C.U. était la crainte des effets secondaires : 93 élèves, soit 18,06% l'ont énoncé comme frein à son recours.

12,82% (n=66) des élèves déclaraient qu'ils ne reconnaissaient pas le risque de grossesse en cas de rapports sexuels non protégés, et 9,13% (n=47) estimaient que la P.C.U. n'était pas nécessaire. Aucun élève n'a coché les deux propositions.

6,61% (n=32) affirmaient que leur religion ou leur philosophie s'opposait à l'utilisation de la P.C.U. Par ailleurs, 8,93% (n=46) déclaraient que la crainte du regard des autres constituait un frein au recours à la P.C.U.

3,50% (n=18) désignaient la difficulté d'accès comme frein au recours à la P.C.U., et un élève (0,19%) a précisé que cette difficulté était liée au délai d'efficacité qu'il pensait de 24h. Une élève (0,19%) précisait qu'elle n'aurait pas recours à la P.C.U. en raison de son homosexualité, et 3 élèves (0,58%) ont déclaré qu'ils ne la prendraient pas (ou la déconseilleraient pour les garçons) en raison de son prix. 2 élèves (0,39%) ont déclaré qu'ils pensaient oublier la P.C.U. dans une situation de rapports sexuels non protégés.

Enfin, 0,58% (n=3) des élèves ont coché la proposition « autre » sans fournir de précision.

Chez les filles, le taux de non-réponses s'élevait à 38,83% (n=106). Au total, 31,86% des filles ont répondu, soit qu'il n'y avait pas de risque de grossesse, soit que la P.C.U. n'était pas nécessaire en cas de rapports sexuels non protégés.

Tableau 4 : Motifs de non recours à la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'oubli de contraception chez les filles.

Motif - Filles	% (n)
Peur des effets secondaires	21,61% (59)
Pas de risque de grossesse	19,41% (53)
Elle n'est pas nécessaire	12,45% (34)
Peur du regard des autres (en allant la chercher)	11,72% (32)
Contre ma religion ou ma philosophie	5,49% (15)
Pas d'endroit pour se la procurer à proximité	4,03% (11)
Prix	1,1% (3)
Homosexualité	0,37% (1)
Oubli	0,37% (1)

Chez les garçons, le taux de non-réponses s'élevait à 64.05% (n=155). Au total, 10.74% des garçons ont répondu, soit qu'il n'y avait pas de risque de grossesse, soit que la P.C.U. n'était pas nécessaire en cas de rapports sexuels non protégés.

Aucune des 3 filles ayant déclaré que le prix de la P.C.U. constituait un frein à son utilisation n'était mineure.

Tableau 5 : Motifs de non recours à la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'oubli de contraception chez les garçons.

Motif - Garçons	% (n)
Peur des effets secondaires	14,05% (n=34)
Contre ma religion ou ma philosophie	7,02% (n=17)
Peur du regard des autres (en allant la chercher)	5,79% (n=14)
Elle n'est pas nécessaire	5,37% (n=13)
Pas de risque de grossesse	5,37% (n=13)
Pas d'endroit pour se la procurer à proximité	2,89% (n=7)
Impossibilité d'en trouver dans les 24h	0,41% (n=1)
Oubli	0,41% (n=1)
Non précisé	1,24% (n=3)

Sur les 31 élèves ayant coché la proposition « contre ma religion ou ma philosophie », 8, soit 25,81%, avaient précédemment affirmé que la P.C.U. était une méthode d'avortement.

IV/ Sources d'informations des élèves.

1. Différentes sources d'informations

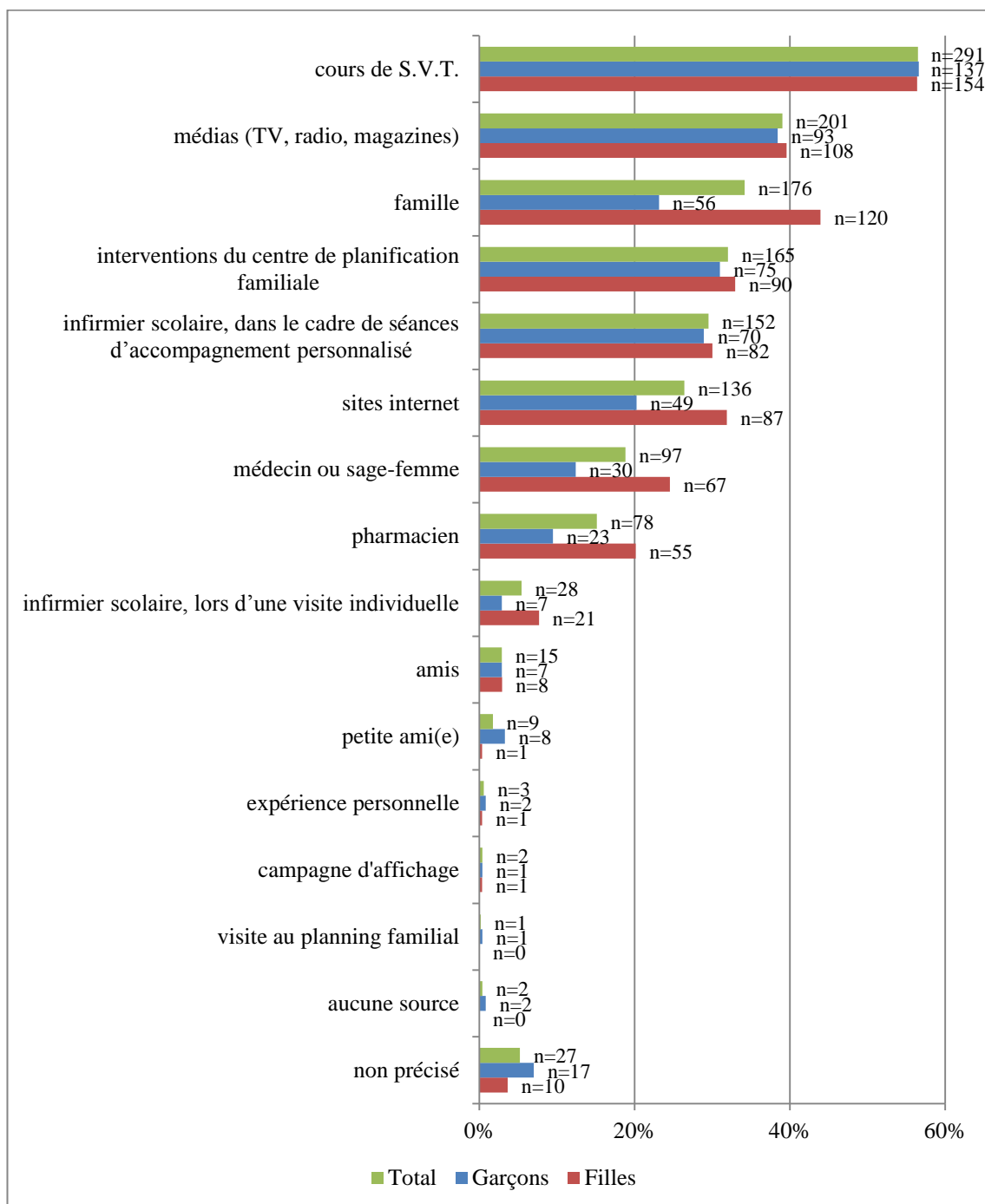


Figure 31 : Sources d'informations à propos de la P.C.U. des élèves selon le sexe.

En ce qui concerne les séances d'accompagnement personnalisé organisé par les infirmiers scolaires, les élèves les énonçant comme source d'information étaient au nombre de :

- 16 dans le lycée Lafayette, soit 28,07% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.
- 56 dans le lycée de Chamalières, soit 27,72% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.
- 28 dans le lycée Marie Curie, soit 45,90% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.
- 10 dans le lycée Camille Claudel, soit 32,26% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.
- 42 dans le lycée Ambroise Brugière, soit 25,61% des élèves interrogés scolarisés dans cet établissement.

2. Interventions extérieures en établissement scolaire

2.1. Fréquence des interventions selon les élèves

Au total, 53,0% (n=273) déclaraient déjà avoir eu une intervention qui abordait le thème de la P.C.U., et 44,1% (n=227) déclaraient ne jamais en avoir bénéficié. 2,9% (n=15) n'ont pas répondu à la question.

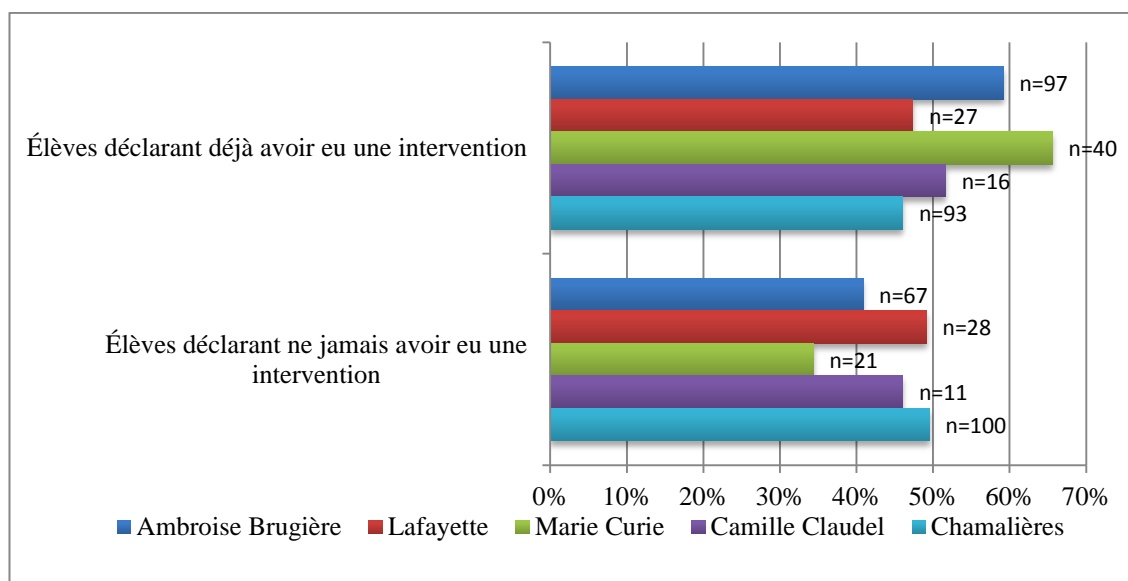


Figure 32 : Taux d'élèves déclarant avoir ou non bénéficié d'interventions qui abordaient le thème de la P.C.U. par établissement scolaire

Le nombre d'interventions médian par élève ayant déclaré déjà avoir eu une intervention est de 1.

Tableau 6 : Nombre d'interventions abordant le thème de la P.C.U., au cours du parcours scolaire, selon les élèves, par établissement scolaire.

	Nombre moyen d'interventions par élève	Nombre médian d'interventions par élève
Tous	0,71	0
Ambroise Brugière	0,73	0
Lafayette	0,57	0
Marie Curie	1	1
Camille Claudel	1,45	0,5
Chamalières	0,55	0

2.2. Ressenti des élèves vis-à-vis des interventions dont ils ont bénéficié

Les résultats suivants sont calculés parmi les élèves ayant déclaré avoir déjà bénéficié d'interventions qui abordaient la P.C.U. au cours de leurs parcours scolaire.

Au total, 10,99% (n=30) des élèves avaient trouvé les interventions dont ils avaient bénéficié très utiles, 64,68% (n=177) utiles, 18,32% (n=50) peu utiles et 4,03% (n=11) inutiles. 1,83% (n=5) n'avaient pas répondu à la question.

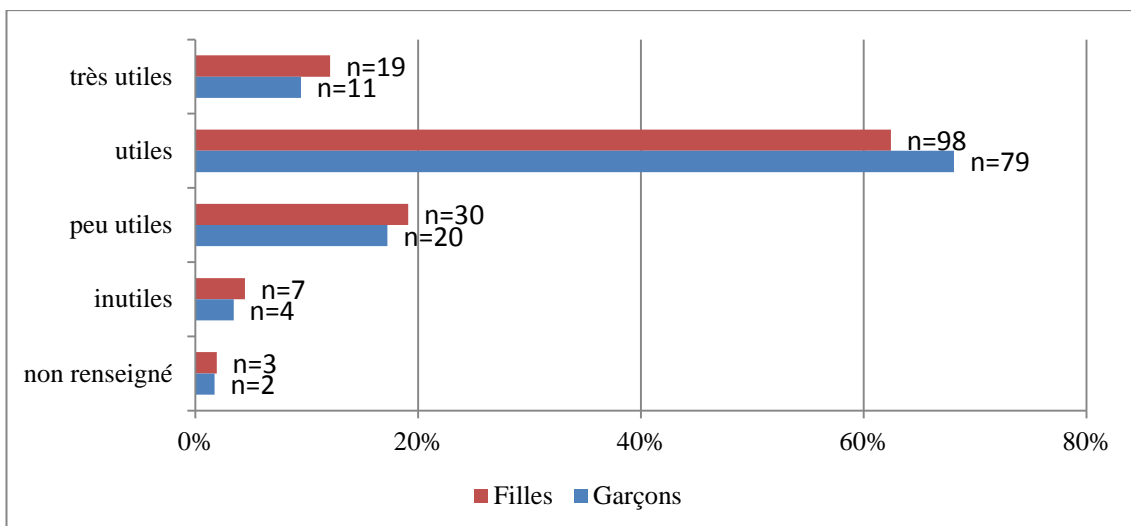


Figure 33 : Satisfaction des élèves quant aux interventions dont ils ont bénéficié au cours de leur parcours scolaire selon le sexe.

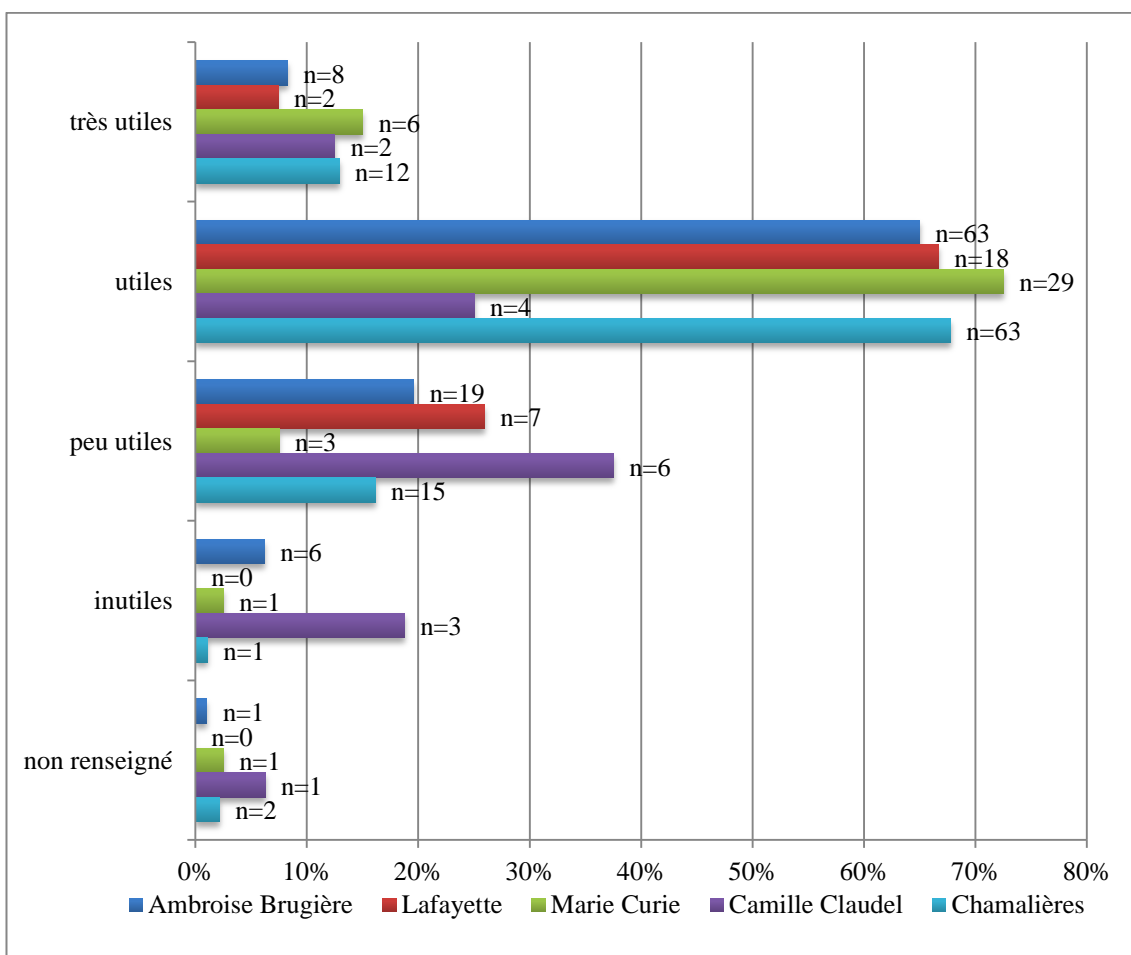


Figure 34 : Satisfaction des élèves quant aux interventions dont ils ont bénéficié au cours de leur parcours scolaire par établissement scolaire.

2.3. Ressenti des élèves quant à la fréquence des interventions qui abordaient la P.C.U.

Parmi les élèves déclarant déjà avoir bénéficié d'interventions abordant le thème de la P.C.U., 2,93% (n=8) estimaient que ces interventions étaient trop fréquentes, et 49,08% (n=134) les estimaient suffisamment fréquentes. 45,42% (n=124) pensaient, au contraire, que ces interventions n'étaient pas assez fréquentes. 2,56% (n=7) n'avaient pas renseigné la question.

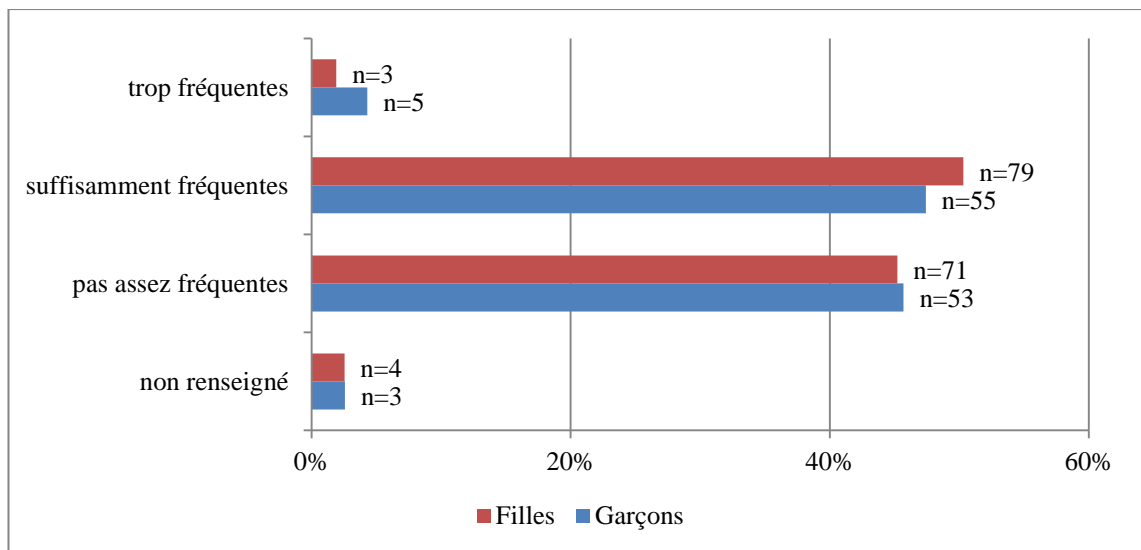


Figure 35 : Ressenti des élèves sur la fréquence des interventions dont ils ont bénéficié au cours de leur parcours scolaire selon le sexe.

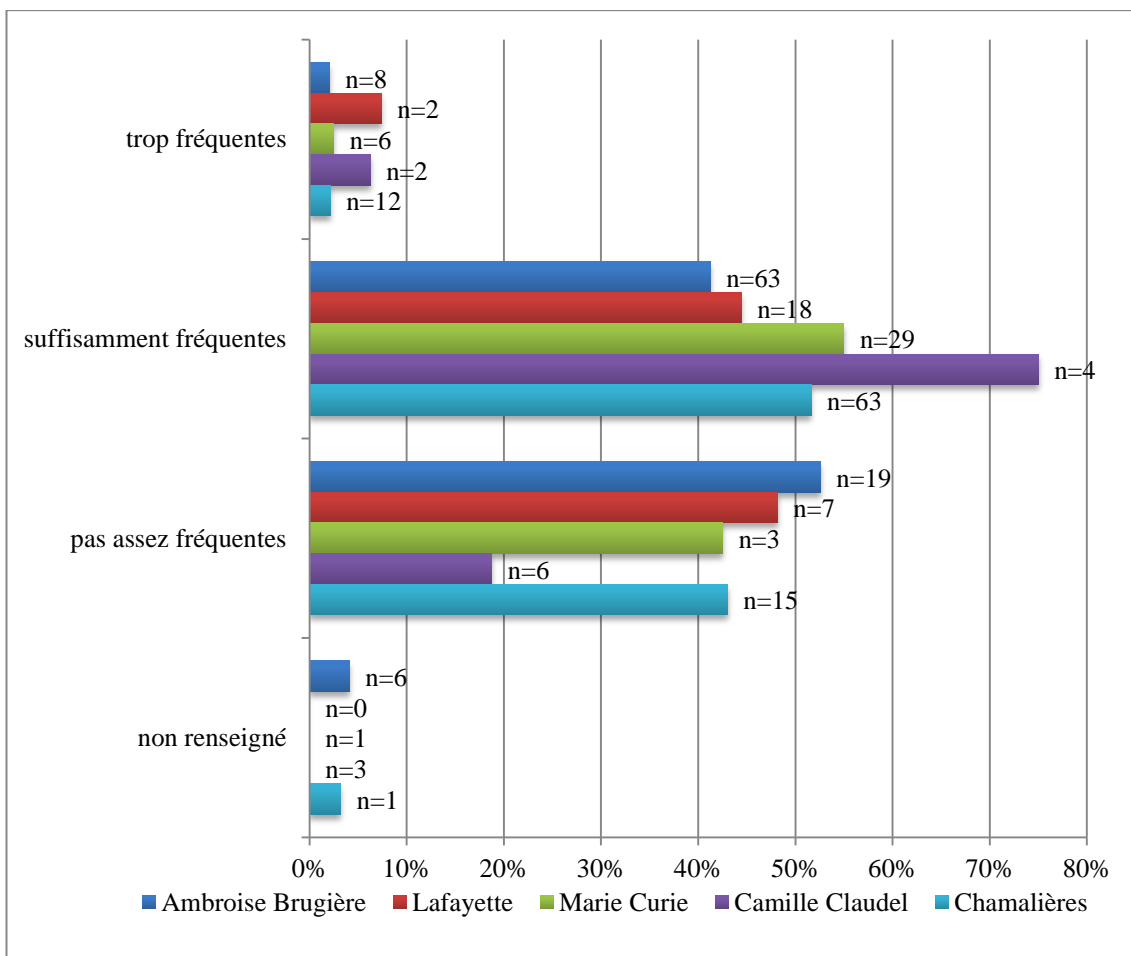


Figure 36 : Ressenti des élèves sur la fréquence des interventions dont ils ont bénéficié au cours de leur parcours scolaire par établissement scolaire.

Discussion

I/ Limites de l'étude

La première limite de l'étude est le manque de puissance, car les effectifs sont relativement réduits avec 515 élèves interrogés. De plus, le taux de participation de l'étude n'était pas optimal, puisque s'élevant à 76,65%. Pour améliorer ces facteurs, il faudrait obtenir l'accord d'un plus grand nombre de lycées, et un meilleur aménagement des emplois du temps qui permettrait d'interroger toutes les classes de ces lycées.

Par ailleurs, cette étude présente un biais de sélection. En effet, l'étude s'intéresse aux élèves en fin de parcours mais pour des raisons administratives et/ou de refus, elle n'a pas inclus de lycées privés, ni de lycées agricoles, alors que ceux-ci représentent une proportion non négligeable des jeunes. Il faut également rajouter les jeunes qui ont quitté le cursus scolaire avant d'atteindre le niveau du Baccalauréat, et qui auraient bénéficié de moins d'interventions sur la contraception d'urgence. De plus, comme il a été mentionné dans la revue de la littérature, il existe une disparité importante entre les départements, ainsi que d'une région de France à l'autre. L'échantillon étudié ne peut donc pas représenter l'ensemble des jeunes pudômois, et encore moins les jeunes français. Il serait intéressant, sur une étude nationale, d'évaluer les différences inter-régionales en matière d'information sur la prévention des grossesses inopinées et des I.S.T.

Un élément déplorable dans cette étude a été une erreur qui s'est glissée dans le questionnaire lors de son impression : En effet, la mention « je ne sais pas » ne figure pas à la question 13, alors qu'elle figure dans les autres questions. Ainsi, les élèves ont certainement eu plus volontiers tendance à cocher les propositions de manière arbitraire lorsqu'ils ne savaient pas la réponse que sur les autres questions.

Une difficulté majeure rencontrée fut d'homogénéiser au maximum les conditions de recueil de données d'un établissement à l'autre. En effet, il était nécessaire de bloquer des plages horaires sur les emplois du temps des élèves, d'une durée suffisante, en réservant une salle de classe de telle sorte que les élèves remplissent le questionnaire de manière individuelle, sans concertation. De plus, le fait que certains établissements souhaitaient une intervention directe, donc une présence, et que d'autres

préfèrent confier la distribution des questionnaires à des professeurs, infirmiers scolaires ou surveillants, a compliqué cette démarche d'homogénéiser les conditions de recueil de données.

Sur un plan réglementaire et éthique, les exigences des directions des différents établissements différaient, ce qui a rendu les démarches préalables fastidieuses.

En outre, les connaissances sur la P.C.U. évaluées dans la population n'étaient pas exhaustives. La raison pour cela était qu'il était nécessaire de cibler au maximum les thèmes abordés pour éviter que le questionnaire ne soit trop long. En effet, pour des raisons de temps imparti pour le recueil imposé par les établissements, il fallait que le questionnaire puisse être rempli en 10 à 15 minutes maximum. Il a donc fallu sélectionner les éléments qui semblaient les plus pertinents pour identifier les freins possibles au recours à la P.C.U., et trouver des pistes pour améliorer l'information.

Enfin, lors du recueil de données qui s'étendait, rappelons-le, de Février à Juin 2014, la réforme sur l'accessibilité d'EllaOne[®] n'était pas parue. Ainsi, les données ont été traitées en considérant que l'ulipristal acétate n'était disponible que sur prescription médicale. Ces données sont donc, à ce jour, erronées.

[II/ Discussion des objectifs et de leur réalisation.](#)

Rappelons que l'objectif principal était d'identifier les connaissances des élèves puydômois en classe de terminale sur la P.C.U. Nous pouvons dire que cet objectif est convenablement atteint, dans les limites exposées précédemment. Globalement, les adolescents interrogés disposent de bonnes connaissances sur la pilule de contraception d'urgence, avec un taux de réponses correctes de 66,12%. Cependant, ce seront les pourcentages de réponses à chaque proposition qui reflèteront au mieux des connaissances.

Le premier objectif secondaire reposait sur la comparaison de ces connaissances entre filles et garçons. Les résultats ont montré que les garçons semblent avoir de moins bonnes connaissances que les filles. Les recommandations de l'H.A.S., qui préconisent

d'informer les hommes aussi bien que les femmes, ne semblent donc pas tout à fait accomplies.

En revanche, il semblerait que les élèves inscrits en filière professionnelle aient moins de connaissances que ceux inscrits en filière générale, cependant cette différence n'étant pas statistiquement significative, nous ne pouvons donc pas conclure. L'intérêt de rechercher une différence entre ces deux groupes était de voir si les interventions d'informations sont réparties de manière équitable entre les différents types d'établissements. Rappelons l'étude de 2001 réalisée à Orly qui avait conclu d'une différence de niveau de connaissances selon la filière suivie. Notre étude s'y est ainsi intéressée, et n'a pas révélé de différence. Cet objectif secondaire est donc atteint.

Concernant l'objectif d'étudier de manière observationnelle l'influence d'un suivi gynécologique précoce sur les connaissances des élèves sur la P.C.U., nous pouvons dire qu'aucune différence majeure entre les deux groupes n'a été observée. Cependant, en se focalisant sur la comparaison entre deux groupes d'adolescentes ayant débuté un suivi, l'un avec pour motif la prescription d'une contraception, et l'autre d'autres motifs de consultation, nous avons pu observer que les adolescentes ayant consulté un gynécologue ou une sage-femme pour contraception ont de meilleures connaissances que les autres.

Le dernier objectif secondaire s'intéressait au recours à la P.C.U. et au dépistage des I.S.T. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception. Nous avons montré que, malgré une connaissance de la P.C.U., seuls 7 élèves sur 10 déclarent qu'ils y auraient recours en cas de rapport sexuel non protégé. Par ailleurs, au total, parmi les adolescentes interrogées qui déclaraient utiliser une contraception régulière, seules 52,24% (n=93) ont coché le préservatif, en association ou non avec une méthode hormonale. Peu d'élèves pensaient que la P.C.U. protégeait contre les I.S.T., et pourtant, seule la moitié des élèves a déclaré qu'ils effectueraient un dépistage des I.S.T. après un rapport sexuel non protégé. Ainsi, on observe des lacunes dans les conduites des adolescents vis-à-vis de la prévention contre les I.S.T.

III. Discussion des résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

La population présentait des groupes assez équilibrés en termes de sexe, avec une légère surreprésentation du sexe féminin, soit 53,01% de filles pour 46,99% de garçons.

En revanche, la proportion d'élèves scolarisés en filière générale, soit 64,47% de la population, surpassait nettement celui des élèves de filière professionnelle qui représentait 35,53% de la population. En tout, sept types de filières professionnelles ont été interrogés, afin de représenter au mieux cette population.

La tranche d'âge de la population était restreinte, avec 93,77% de la population âgée de 16 à 19 ans. Les élèves mineurs représentent une partie importante de la population, soit 40%. En termes d'âge, l'échantillon est donc assez représentatif de la population générale des lycéens en classe de terminale en France.

Un pourcentage assez faible d'adolescentes (27,27%) participant à l'étude avait débuté un suivi gynécologique de prévention. Le test de Student ne révèle pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes de jeunes filles. Cependant, un second test de Student qui comparait les jeunes filles ayant consulté pour obtenir une contraception et celles qui ont consulté pour d'autres motifs a indiqué que les adolescentes ayant consulté pour contraception avaient des connaissances supérieures au second groupe. La conclusion que l'on peut en tirer est que, globalement, l'information dispensée par les professionnels de santé sur la P.C.U. lors de consultations de contraception améliore la qualité des connaissances de leurs patientes ; Toutefois, cette information n'est pas systématiquement délivrée, ou est moins bien retenue par les adolescentes, lorsque la contraception n'est pas le motif primaire de la consultation. On peut donc se poser la question suivante : faut-il informer toutes les patientes sur la P.C.U. lors de toute première consultation de suivi gynécologique de prévention, quel qu'en soit le motif ? Selon les recommandations de l'H.A.S. qui privilégient l'information de toutes les patientes, la réponse serait évidente, mais concrètement, une information complète systématique présente des problèmes de

faisabilité, puisque les conseils de prévention en suivi gynécologique sont nombreux à apporter, et la P.C.U. ne représente, finalement, qu'une petite partie d'entre eux.

La contraception semble être assez largement utilisée dans la population étudiée puisque seulement 31,50% des adolescentes n'utilisent aucune contraception. Ce chiffre n'est, bien sûr, pas représentatif des conduites sexuelles des élèves. D'une part, certaines adolescentes pourraient prendre une contraception hormonale pour des raisons autres que son effet contraceptif : rappelons que 32,80% des motifs de consultation de gynécologie étaient liés à des dysménorrhées. D'autre part, certaines adolescentes qui déclarent n'utiliser aucune contraception pourraient malgré tout avoir des rapports sexuels. Selon les statistiques exposées dans la revue de la littérature, 40% des garçons et 30% des filles d'âge correspondant à notre population seraient concernés par une vie sexuelle active.

Nous avons vu dans la revue de la littérature que la plupart des recommandations actuelles préconisent pour les adolescents la méthode « double Dutch ». Or, seules 32,02% des adolescentes déclarant utiliser une contraception, associent le préservatif et la pilule contraceptive. Au total, seules 52,24% utilisent le préservatif. Ainsi, le nombre d'adolescentes puydômoises qui s'exposeraient à un risque d'I.S.T. n'est pas négligeable. Dans notre population, la pilule était la moyen de contraception majoritaire, utilisée par 73,03% des filles interrogées. Ces chiffres sont concordants avec ceux de la revue de la littérature, qui stipulait que la première méthode contraceptive des adolescentes était en effet la contraception orale, utilisée par 83% d'entre elles.

La population comptait 11 adolescentes déclarant un antécédent de grossesse inopinées, représentant 4,03% des jeunes filles interrogées. Par rapport aux chiffres de 2014 apportés dans la littérature, ce pourcentage est donc assez élevé dans cette population.

2. Connaissances des élèves puydômois sur la P.C.U.

Comme énoncé précédemment, 66,12% des propositions qui figuraient dans le questionnaire ont été correctement cochées ou omises. Les élèves mineurs ne présentent

pas de résultats plus mauvais que les élèves majeurs, l'âge ne semble donc pas être un facteur déterminant.

2.1. Définition de la P.C.U.

La majorité des élèves interrogés, soit 83,88%, savaient que la P.C.U. était une pilule qui s'administrait en une seule prise d'un unique comprimé. Notons que 20,58% d'entre eux pensaient qu'il s'agissait d'une méthode d'avortement. L'I.V.G. posant, pour beaucoup de personnes, des problèmes éthiques bien différents que ceux posés par la contraception, nous pouvons concevoir que cette méprise puisse entraver le recours à la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés.

Peu de différences s'observent entre les réponses selon le sexe, de même que selon le type de filières ou l'existence d'un suivi gynécologique.

Ainsi, globalement, la majorité des élèves savaient ce qu'était la P.C.U. Peu d'entre eux ont, d'ailleurs, déclaré ne pas connaître la réponse (3,88%).

2.2. Délais d'action de la P.C.U.

Une minorité d'élèves connaissaient les délais de prise des P.C.U. En effet, la proposition la plus cochée affirmait que le délai maximal de prise était de 24h pour les deux pilules, avec une surreprésentation des garçons (40,08% contre 30,40% des filles). 30,87% affirmaient que ce délai était de 48h, avec cette fois-ci une surreprésentation des filles (35,53% contre 25,62% des garçons). Ainsi, au total, 65,82% des adolescents sous-estimaient ce délai.

Le fait qu'autant d'élèves ne connaissent pas la différence de délai entre le lévonorgestrel et l'ulipristal acétate reflète la méconnaissance de cette deuxième molécule, commercialisée bien plus récemment que la précédente (en 2010). Par ailleurs, près d'un élève sur cinq a déclaré ne pas savoir la réponse, ce qui est une proportion manifestement plus importante que dans les autres questions.

De manière globale, nous pouvons conclure que les élèves ont des connaissances notablement erronées sur les délais d'action de la P.C.U. La revue de la littérature avait relevé de nombreuses contestations du terme populaire de « pilule du lendemain », qui aurait tendance à tromper sur ce délai. Ce terme pourrait donc être partiellement en cause ici. Cette méconnaissance du délai d'action de la P.C.U. était identifiée dans plusieurs autres études comme pouvant constituer un frein majeur à son recours.

Peu de différence peut être observée entre les adolescentes ayant débuté un suivi gynécologique et celles pour qui ce n'est pas le cas. En ce qui concerne le type de filière, les taux de réponses justes diffèrent peu. Cependant, les élèves scolarisés en filière générale ont été plus nombreux à admettre ne pas connaître la réponse, alors que ceux de filière professionnelle ont été plus nombreux à sous-estimer le délai de prise de la P.C.U.

2.3. Modalités d'obtention de la P.C.U.

La possibilité d'accès à une P.C.U. en pharmacie était bien connue des élèves (82,33%). En effet, nous avons signalé précédemment que 90% des P.C.U. délivrées en France aux mineures l'étaient via une pharmacie.

Une proportion moins importante d'élèves (54,17%, soit seulement la moitié d'entre eux) savaient qu'il était possible de l'obtenir dans un centre de planification familiale, seulement 38,06% savaient que les infirmiers scolaires étaient habilités à en délivrer dans les établissements scolaires. Ceci peut être identifié comme un autre frein important à l'utilisation de la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception. En effet, la population étudiée correspond à des élèves scolarisés, et, comme nous l'avons vu précédemment au travers de plusieurs textes de lois, l'infirmier scolaire constitue un interlocuteur à la fois qualifié et disponible pour ces élèves, qui peut leur apporter un soutien, des informations de prévention, et les orienter ensuite vers des professionnels de santé ou des centres d'aide adaptés au cas par cas. Cette méconnaissance de ces compétences allouées aux infirmiers scolaires peut compliquer l'accès à la P.C.U. et à la prévention qu'il se doit d'apporter avec sa délivrance. Ces résultats sont concordants avec les études mentionnées précédemment,

qui révélait que moins de 3% des P.C.U. consommées par les mineures étaient délivrées par les infirmiers scolaires.

En revanche, peu d'élèves (4,24%) pensaient qu'un consentement était indispensable pour les mineures, et peu (2,91%) affirmaient qu'il fallait obligatoirement une ordonnance pour acheter une P.C.U. Le pourcentage d'élèves déclarant ne pas connaître les possibilités d'accès à la P.C.U. est assez faible (7,57%).

Les élèves scolarisés en filière professionnelle semblent globalement mieux connaître les modalités d'accès de la P.C.U., et les élèves de filière générale ont été plus nombreux à admettre ne pas connaître la réponse.

2.4. Prix de la P.C.U.

L'aspect financier de l'accès à la P.C.U. était peu abordé dans les études s'intéressant aux freins à la P.C.U.

Peu d'élèves avaient notion du prix d'accès à la P.C.U., les garçons et les élèves scolarisés en filière générale ont respectivement moins de connaissances que les filles et les élèves de filières professionnelles. 32,43% des élèves savaient que Norlevo[®] était gratuite pour les mineures, mais 29,51% pensaient qu'EllaOne[®] l'était également, ce qui reflète à nouveau la méconnaissance de l'ulipristal acétate et ses particularités. Un nombre important d'élèves, soit près de quatre adolescents sur dix, ont admis ne pas connaître le prix des P.C.U., soit 45,04% de garçons contre 32,23% de filles, et 45,18% d'élèves de filières générales contre 25,68% d'élèves de filières professionnelles. Il y avait peu de différences entre les adolescentes qui avaient débuté un suivi gynécologique de prévention et celles pour qui ce n'était pas le cas. Peu d'élèves estimaient un prix élevé de plus de 10 euros pour Norlevo[®].

Au total, nous pouvons dire que le prix, qui peut constituer un frein éventuel pour l'utilisation d'une P.C.U., et ce particulièrement pour des adolescents, est assez mal connu des jeunes. Le fait que moins de la moitié des élèves mineures savent qu'elle peut leur être dispensée gratuitement s'ajoute à ce frein.

2.5. Modalités de prise de la P.C.U.

La majorité des élèves (80%) ont correctement affirmé que la P.C.U. devait être prise en cas de rapports sexuels non protégés. L'indication première de la P.C.U. est donc bien connue.

Seulement 40,78% l'ont déclarée utile en cas d'oubli de pilule contraceptive. Or, la revue de littérature mentionnait les oublis de contraception orale comme motifs les plus fréquents de recours à l'I.V.G.

Très peu d'élèves (5,63%) pensaient que la P.C.U. pouvait être utilisée si le rapport sexuel avait eu lieu pendant les règles. Or, en raison de la durée de vie des spermatozoïdes, de l'imprévisibilité de la fenêtre fertile, et de la méconnaissance des femmes de leur corps, il est souvent recommandé de prendre la P.C.U. en cas d'exposition à un risque de grossesse quel que soit le moment du cycle. Nous avons d'ailleurs discuté précédemment du fait que la simplicité des recommandations améliorerait leur observance.

Peu d'élèves (15,63%) pensaient qu'il était utile de reprendre une P.C.U. en cas de vomissements moins de 3h après la première prise, alors que celle-ci n'a pas eu le temps d'être absorbée par le système digestif.

En ce qui concerne la limite du nombre de prises, la revue de la littérature précisait qu'il n'y avait aucune contraindication formelle à la prise successive de plusieurs P.C.U. dans le temps. Cependant, il est recommandé d'éviter de prendre plusieurs P.C.U. au cours du même cycle menstruel. Or, si 23,88% des élèves pensaient qu'il fallait éviter la prise de plusieurs P.C.U. le même mois, 24,08% pensaient qu'il fallait proscrire la prise de plus de 3 P.C.U. par an ou au cours de sa vie.

L'intérêt de cette question était de voir comment les adolescents se représentent la P.C.U. Une prise répétée de P.C.U. n'est pas à évidemment pas envisager car elle signe un dysfonctionnement de la contraception régulière qui doit être alors réévaluée, mais le fait que les élèves posent cette limite suggère une appréhension des effets secondaires, qui constituent selon la revue de littérature l'une des barrières principales à l'utilisation de la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés. Par ailleurs, il n'est pas inconcevable qu'une femme se trouve plusieurs fois dans une situation d'échec de contraception au cours de sa vie. Ainsi, un antécédent de recours à la P.C.U. pourrait en lui-même constituer un frein à une nouvelle utilisation.

Globalement, les filles et notamment celles qui ont déjà consulté une sage-femme ou un gynécologue ont eu plus de bonnes réponses à cette question que les autres, mais peu de différences existent entre les différents groupes d'intérêt.

2.4. Efficacité de la P.C.U.

La plupart des élèves (88,96%) savaient que la P.C.U. n'était pas efficace à 100%. Plus de la moitié d'entre eux ont d'ailleurs affirmé qu'il était recommandé de faire un test de grossesse en cas de retard de règles. La majorité avait la notion que son efficacité dépendait du délai de prise après les rapports sexuels non protégés. Moins de 20% des répondants estimaient que la P.C.U. était efficace une fois sur deux. Nous pouvons évoquer que, le fait de sous-estimer l'efficacité de la P.C.U. pourrait en soi constituer un frein à son utilisation. De manière générale, nous pouvons signifier que les adolescents reconnaissent en majorité l'efficacité de la P.C.U.

Peu de fausses idées sur son efficacité ont été retenues. En effet, 0,78% des élèves pensaient que la P.C.U. protégeait contre les I.S.T. et un faible pourcentage (4,27%) pensaient qu'il fallait suspendre l'usage de la contraception régulière jusqu'au cycle menstruel suivant.

Le nombre de non réponses à cette question est légèrement supérieur à celui des autres questions, ce qui peut être expliqué par l'absence fortuite de proposition « je ne sais pas ».

2.5 Effets indésirables de la P.C.U.

Cette question a été marquée par un nombre important d'élèves, soit plus d'un tiers, déclarant ne pas connaître les effets indésirables possibles de la P.C.U., avec une nette surreprésentation des garçons, soit 41,74% contre 26,37% de filles, ainsi qu'une surreprésentation des adolescentes qui n'ont jamais consulté de sage-femme ou de gynécologue par rapport à celles qui ont débuté un suivi, soit 31,76% contre 20%.

35,15% des élèves ont correctement répondu que la P.C.U. pouvait induire, entre autres, des nausées et vomissements, et 47,77% une modification de la date des règles.

Cependant, plus de 15,15% ont également affirmé que la P.C.U. diminuait la fertilité à long terme, dont 52,56% de filles. Une proportion relativement faible d'adolescents (4,08%) pensait qu'elle était tératogène.

Ces résultats sont assez concordants avec la revue de la littérature qui citait une méconnaissance et des idées reçues sur les effets secondaires de la P.C.U. comme étant l'un des freins principaux à son utilisation en cas de rapports sexuels non protégés. Nous verrons d'ailleurs par la suite que la peur des effets secondaires constitue le premier motif d'abstention de prise de P.C.U. dans cette situation.

2.6. Conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés et/ou d'un oubli de contraception selon la population interrogée.

Face à une situation de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception régulière, seules 72,16% des filles déclarent qu'elles prendraient la P.C.U., et 71,49% des garçons la conseilleraient à leur petite amie. Le taux de recours à la P.C.U. dans cette situation est donc assez faible. Rappelons que, selon une question précédente, 80% des élèves savaient que la P.C.U. était indiquée en cas de rapports sexuels non protégés. Cette différence souligne l'existence de freins autres que l'ignorance de ce qu'est une P.C.U.

Nous avons précédemment indiqué que 14% des femmes de moins de 25 ans avaient eu au moins une fois recours à la P.C.U. en 2006, cependant le taux de recours à la P.C.U. en cas de situation d'exposition à un risque de grossesse n'avait pas été étudié. Il y a peu des différences de réponses sur ce point entre les adolescentes ayant débuté ou non un suivi gynécologique, de même qu'entre différents types de filières.

Malgré toutes les campagnes de prévention qui ont été menées dans toute la France ces dernières années, seuls 52,62% des adolescents déclarent qu'ils effectueraient un dépistage d'I.S.T. dans cette situation, avec des taux comparables entre les filles et les garçons. Les élèves inscrits en filière générale ont mieux répondu à cette question que ceux inscrits en filières professionnelles, soit 55,42% contre 47,54%.

En ce qui concerne le risque de grossesse en lui-même, 20,15% des filles disent qu'il convient d'attendre les règles suivantes pour voir si une grossesse survient avant

d'agir, contre 11,57% de garçons. De même, les élèves inscrits en filière professionnelle ont plus fréquemment opté pour l'expectative, soit 21,86% d'entre eux.

Par ailleurs, il semblait intéressant de s'interroger également sur le recours souvent prématuré au test urinaire de grossesse. En effet, celui-ci ne devenant positif en cas de grossesse que 10 à 15 jours après le rapport sexuel, il pourrait être faussement rassurant s'il est utilisé trop tôt. Or, 34,56% des élèves au total ont coché la proposition qui suggérait d'effectuer immédiatement un test de grossesse. Ils pourraient donc être tentés, à la vue de la (possiblement fausse) négativité du test, de ne pas prendre la P.C.U. (de ne pas la conseiller à leur petite amie pour les garçons).

2.7. Motifs qui poussent les adolescents à ne pas prendre la P.C.U. dans une situation de rapports sexuels non protégés et/ou d'échec de contraception

Les élèves avaient la possibilité dans cette question d'exposer les différents freins qui pourraient les pousser à ne pas prendre la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés (pour les garçons, les motifs de la déconseiller à leur partenaire). Le pourcentage total de non réponses s'élève à 50,68%, avec une grande disparité entre filles et garçons, soit respectivement 38,83% et 64,05%. Les filles sont donc plus nombreuses à citer donc de manière générale plus d'obstacles à la prise de la P.C.U. que les garçons.

Le premier frein à la prise de la P.C.U. est pour les filles comme pour les garçons la peur des effets secondaires. En effet, 21,61% des filles et 14,05% des garçons déclarent craindre les effets secondaires de la P.C.U.

Une distinction avait été faite dans le questionnaire entre deux propositions : « elle n'est pas nécessaire » et « pas de risque de grossesse ». L'intérêt de cette distinction était de procurer deux formulations différentes du même concept, soit la dénégaration du risque de grossesse. En effet, comme énoncé dans la revue de la littérature, il existe souvent un manque d'association chez certaines personnes, et notamment les adolescents, entre sexualité et procréation. Effectivement, si 19,41% des filles déclarent ne pas penser pouvoir être enceintes après un seul rapport sexuel non protégé, 12,45% l'ont déclaré « non nécessaire » dans la prévention du risque de grossesse. Ainsi, au total, 31,86% des filles ont coché l'une des deux propositions. Ceci

montre bien que le manque de connaissances est loin d'être le seul frein à l'utilisation de la P.C.U. La part intrinsèque à la personne, liée à l'état psychique de l'adolescence, n'est pas à sous-estimer. Nous revenons à l'image romantique, passionnée du rapport sexuel, complètement détaché de la notion de reproduction. Chez les garçons, ce pourcentage est plus faible, soit 10,74%, mais ceci reste un frein important, après la crainte des effets secondaires.

La crainte du regard des autres, qui renvoie aux notions de honte, de pudeur, de jugement, est mentionnée par 11,72% des filles interrogées, et constitue donc un obstacle prépondérant au recours à la P.C.U. Elle est également nommée par 5,79% des garçons.

Par ailleurs, 5,49% des filles et 7,02% des garçons ont déclaré que leur religion ou philosophie s'opposait à la prise de P.C.U. Un quart d'entre eux avaient affirmé dans la première question que la P.C.U. était une méthode d'avortement. La méconnaissance de la P.C.U. explique donc une partie de ces réticences. Cependant, comme précisé précédemment, de nombreuses religions interdisent ou condamnent la contraception, et à fortiori la contraception d'urgence. Contrairement aux autres, ce facteur particulier serait singulièrement difficile à influencer pour améliorer l'accès à la P.C.U. Outre la part religieuse, rappelons que l'histoire de la contraception manifestait d'un lourd passé de tabous, de condamnations, de répression des femmes, qui ont duré des siècles, et dont une trace peut encore rester aujourd'hui dans les représentations populaires.

La difficulté d'accès à la P.C.U., notamment l'absence de lieux où se la procurer, est un autre facteur déterminant décrit par les adolescents. En effet, 4,03% des filles et 2,89% des garçons déclarent ne pas pouvoir se la procurer facilement, et un garçon (0,41%) rajoute à cela la notion de temps en précisant « en 24h ».

Deux réflexions ressortent de ceci : premièrement, l'influence de la méconnaissance des délais d'action des P.C.U. En effet, nous avons vu dans les résultats précédents ainsi que dans la revue de la littérature, que ces délais sont assez méconnus des adolescents. La fausse croyance que la « pilule du lendemain » est à prendre obligatoirement dans les 24 premières heures limite grandement les possibilités d'accès à une pharmacie ou à un centre de planification. La deuxième réflexion est la mise en cause du manque de connaissances sur les endroits où l'on peut se procurer une P.C.U.

En effet, nous avons vu précédemment que seuls 54,17% des élèves savaient qu'un centre de planification était habilité à en délivrer une, et seulement 38,06% savaient que les infirmiers scolaires en disposaient dans leurs infirmeries et étaient qualifiés pour la délivrer.

Enfin, les motifs quelque peu sous-représentés comprenaient le prix de la P.C.U., qui ne semble donc pas être un frein majeur, l'oubli que la P.C.U. existe et est utile dans ces cas-là, et nous avons relevé un cas de rapports sexuels non protégés au sein d'un couple homosexuel. Deux garçons (1,24%) avaient coché la proposition « autre » sans préciser le motif.

3. Sources d'informations des élèves, fréquence et satisfaction des interventions menées

3.1. Source d'informations des élèves

La première source d'information énumérée par les élèves est l'enseignement de Sciences et Vie de la Terre (S.V.T.), ce qui montre que les programmes scolaires officiels, qui doivent normalement comporter une information sur la sexualité et la contraception, sont respectés, et que les professeurs concernés incluent la P.C.U. et les I.S.T. dans l'enseignement dispensé. Les cours de S.V.T. sont en effet mentionnés par 56,50% des adolescents.

La seconde source d'information la plus rapportée par les élèves est représentée par les médias, soit les programmes télévisés, la radio, ou les magazines. Les sites internet, quant à eux, ont été désignés par 39,03% des élèves. Notons que les filles sont plus nombreuses à s'être documentées sur le net (31,87%) que les garçons (20,25%).

L'entourage familial apparaît comme une source importante (34,17% au total), avec une grande disparité entre les filles et les garçons. En effet, pour 43,96% de filles déclarant en avoir déjà parlé avec leur famille, seuls 23,14% de garçons ont abordé le sujet. En outre, 2,91% des élèves ont mentionné comme source des amis, et 1,75% leur petit(e) ami(e). L'entourage reste donc une source d'information fréquente.

Les interventions du centre de planification familial sont mentionnées par 32,04% des élèves. Les séances d'accompagnement personnalisé, mené par les infirmiers scolaires affectés à chaque établissement, semblent également aborder le sujet, puisque 29,51% des élèves au total les nomment comme sources d'information. De manière individuelle, 5,43% des élèves déclarent avoir reçu une information de la part de l'infirmier scolaire, ce qui montre qu'un petit nombre d'élèves ont recours aux infirmiers scolaires lorsqu'ils ont besoin de s'informer.

Les professionnels de santé, quant à eux, sont mentionnés par 28,35% des élèves. En effet, 15,15 % des adolescents ont déclaré avoir été informés par des pharmaciens, et 18,83% par des sages-femmes ou gynécologues. Alors qu'ils sont le plus à même d'apporter une information complète et intelligible sur la contraception et la contraception d'urgence, les professionnels de santé sont donc sous-représentés.

3.2. Fréquence des interventions selon les élèves

Au total, 53% des élèves déclarent déjà avoir eu une intervention qui abordait la P.C.U., et 44,1% déclarent ne jamais en avoir eu au cours de leur parcours scolaire. Ce résultat peut être expliqué de deux manières : d'une part, un manque ou une répartition déséquilibrée des interventions au sein des établissements scolaires, et d'autre part, une carence de souvenirs de la part des élèves quant aux interventions qu'ils ont pu avoir.

Parmi les élèves ayant déclaré déjà avoir bénéficié d'interventions qui abordaient la P.C.U., la quantité d'interventions médiane, depuis le début de leur parcours scolaire, était de 1. Nous sommes donc loin des recommandations officielles de la loi du 4 Juillet 2001 stipulant que trois séances annuelles d'éducation à la sexualité devaient être effectuées, ces séances comprenant des notions de prévention en matière de contraception et d'I.S.T.

2.2. Satisfaction des élèves quant aux interventions effectuées.

La majorité des élèves, soit 75,67%, sont satisfaits des interventions dont ils ont bénéficié, en les qualifiant d'utiles (64,68%) ou très utiles (10,99%). Ils sont une

minorité à les trouver peu utiles (18,22%) ou inutiles (4,03%). La satisfaction des garçons et des filles semblent comparables.

En s'intéressant aux satisfactions des élèves au sein de chaque lycée, on observe des disparités, qui pourraient attester de disparités de répartition des interventions entre établissements. Le lycée Marie Curie semble présenter les taux de satisfaction des élèves les plus élevés (87,50%), alors que le lycée Camille Claudel semble présenter les taux les plus bas, soit 37,50% d'élèves qui ont qualifié les interventions d'utiles ou très utiles. C'est pourtant ce même lycée pour lequel les élèves déclarent un nombre moyen d'interventions le plus élevé.

2.3. Satisfaction des élèves quant à la fréquence des interventions effectuées.

Environ la moitié, soit 49,08% des élèves ayant déclaré déjà avoir bénéficié d'interventions, se disent satisfaits de la fréquence de ces interventions. Très peu d'élèves, soit 2,93%, se sentent immergés d'informations et les trouvent trop fréquentes.

Une grande proportion d'élèves, soit 45,42%, déclarent souhaiter plus d'interventions abordant ce sujet. Nous pouvons donc dire que les adolescents se sentent concernés par la P.C.U. et la prévention des I.S.T., et sont en demande d'information.

III. Projet d'action

Les adolescents disposent de bonnes connaissances globales sur la P.C.U., mais il persiste encore des lacunes qui pourraient entraver le recours à la pilule d'urgence en cas de rapports non protégés ou d'oubli/mésusage de contraception. Ce travail a permis d'élaborer des projets d'action qui agiraient à plusieurs niveaux.

Premièrement, notons que, lors du recueil de données, des interventions ont été effectuées dans les lycées de Chamalières, Camille Claudel et Lafayette. 290 élèves en ont bénéficié au total. Ces interventions ont été effectuées immédiatement après le recueil des questionnaires, et comprenait les réponses au questionnaire, mais aussi une information plus étendue sur la contraception, la prévention, ainsi que la diffusion de certaines adresses utiles telles que la pharmacie de garde, le centre de dépistage anonyme et gratuit et le planning familial. Un guide de réponses au questionnaire a été

fourni aux infirmiers scolaires dans les autres lycées. Un dépliant récapitulatif a notamment été élaboré, avec l'aide de l'infirmier scolaire du lycée Ambroise Brugière, et diffusé dans ce lycée une fois le recueil des données terminé. Ce dépliant figure dans l'Annexe IV.

Pour la suite, les conclusions de ce mémoire seront transmises aux infirmeries des lycées qui ont participé à l'étude, ainsi qu'aux intervenants du planning familial. L'intérêt de cette action n'est en aucun cas de porter un jugement sur le fond, la forme, ou la fréquence des interventions effectuées. Ces conclusions exposent les lacunes des adolescents, les points sur lesquels insister, ce qui peut aider les intervenants à adapter les informations qu'ils délivrent. Par ailleurs, l'évaluation de la satisfaction et des demandes des élèves en fonction des lycées permet également de répondre adéquatement à ces demandes.

Il serait utile, également, de diffuser l'information qu'EllaOne[®] est désormais disponible sans ordonnance, et accessible gratuitement aux mineures. Par conséquent, il est important que les adolescents, et à fortiori les couples de tout âge, connaissent l'existence de l'ulipristal acétate, aussi bien que celle du lévonorgestrel, et connaissent ses délais d'action, ses effets indésirables, son efficacité, pour optimiser la prévention des grossesses inopinées.

Afin de compléter ce travail, il serait intéressant d'effectuer des études qualitatives sur les représentations des adolescents sur les notions de sexualité et procréation, d'étudier également plus en détail les échecs de contraception pour pouvoir prévenir ces situations en amont, ainsi que de conduire des enquêtes comparatives entre régions de France pour améliorer la distribution équitable des interventions abordant la contraception, la contraception d'urgence et la prévention des I.S.T.

Conclusion

La prévention des grossesses inopinées, et plus particulièrement celles qui surviennent chez les adolescentes, est un véritable enjeu de santé publique. Le rôle de la sage-femme en matière de conseils et d'information est alors essentiel. La prévention se situe à plusieurs niveaux : une éducation à la sexualité et un enseignement aux femmes du fonctionnement de leur propre corps, une information sur la contraception et la prescription d'une contraception adaptée au cas par cas, ainsi que sur la contraception d'urgence. De nombreux obstacles entravent le recours à la P.C.U. après un rapport sexuel non protégé ou un échec de contraception. L'un des plus cités est le manque de connaissances sur ces médicaments.

Les résultats de cette étude ont révélé que les connaissances des lycéens sur la P.C.U. étaient convenables, mais perfectibles. En effet, bien que les connaissances des adolescents concernant l'existence de la P.C.U. étaient acquises, bien des points seraient encore à améliorer. Le point le plus marquant semble être celui des délais d'action, suivi par la méconnaissance des lieux possibles d'accès à la P.C.U., notamment un manque d'information sur les compétences des infirmiers scolaires et des centres de planification en matière de délivrance de P.C.U. Les modalités de prise, les effets secondaires, et l'efficacité de la P.C.U. étaient, quant à eux, relativement mieux connus des élèves interrogés.

Les filles semblent disposer de connaissances significativement meilleures sur la P.C.U. que les garçons. En revanche, aucune différence de niveau de connaissances n'a été mise en évidence entre les élèves inscrits en filière générale et ceux suivant une filière professionnelle. Les adolescentes ayant déjà consulté un gynécologue ou une sage-femme dans le but d'obtenir une contraception disposent de meilleures connaissances sur la P.C.U. que les autres.

Cette étude a révélé certaines lacunes en termes de prévention, non seulement des grossesses, mais aussi des risques d'I.S.T. chez les adolescents. En effet, une proportion non négligeable des élèves ont déclaré qu'ils ne prendraient pas la P.C.U. en cas de rapports sexuels non protégés. Ceci pourrait être dû, non seulement à une méconnaissance et des idées reçues sur cette contraception d'urgence, mais aussi à un manque de prise de conscience des risques, rappelant la difficulté pour ces adolescents d'associer sexualité et procréation. Par ailleurs, alors que les risques d'I.S.T. sont bien

connus des élèves, seule la moitié d'entre eux déclarent qu'ils effectueraient un dépistage en cas de rapport sexuel non protégé.

Dans l'ensemble, les élèves sont satisfaits des interventions menées au cours de leur parcours scolaire. Il ressort une demande d'un nombre plus fréquent d'interventions qui traitent de prévention des grossesses non désirées.

Pour conclure, la méconnaissance et les fausses idées qu'ont les adolescents sur la P.C.U. peuvent entraver le recours à ce moyen de contraception d'urgence. Cependant, cette étude a révélé que d'autres facteurs entrent en compte. Il serait donc intéressant d'étudier plus en détails la psychologie, et les comportements sexuels et contraceptifs des adolescents.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Synthèse des recommandations en santé publique. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. *J Eur Urgences Réanimation*. oct 2013;25(3-4):205-7.
2. Nisand I, Merg-Essadi D. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. *Gynécologie*. 2009;(Article 738-B-80):1-13.
3. Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. févr 2011;59(1):15-21.
4. Godeau E, Navarro F, Arnaud C, INPES (Institut National d'Éducation et de Prévention pour la Santé). La santé des collégiens en France / 2010 : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). [Internet]. 2010 [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>
5. Serfaty D. Contraception. In: Serfaty D, éditeur. *Contraception* (4e édition). 4ème édition. Paris: Elsevier Masson; 2011. p. 284-305.
6. Article L.5134-1. Code de la Santé Publique.
7. Article R4127-318. Code de Déontologie des Sages-Femmes.
8. Article D.5134-8. Code de la Santé Publique.
9. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes [Internet]. 2010 [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
10. INED (Institut National des Études Démographiques). L'âge au premier rapport sexuel - Fiches pédagogiques [Internet]. INED. 2011 [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
11. Nisand I. Comment diminuer le nombre des IVG en France ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. juin 2003;31(6):499-503.
12. Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. *Arch Pédiatrie*. juin 2013;20(6):707-13.
13. Lawlor D, Shaw M. Teenage pregnancy rates: high compared with where and when? *J R Soc Med*. mars 2004;97(3):121-3.
14. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. *Arch Pédiatrie*. mars 2010;17(3):219-25.

15. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Population - Fécondité selon l'âge de la mère en 2013 [Internet]. [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=10&ref_id=poptc02202
16. DOISNEAU L, KAFE H, BROUARD N, INED (Institut National des Etudes Démographiques). Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? Popul Sociétés. oct 2000;(361).
17. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Population - Fécondité selon l'âge détaillé de la mère [Internet]. [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo2
18. Serfaty D. Contraception des adolescentes. Gynécologie. 2009;Article 802-A-45:1-5.
19. S. Ottesen, F. Narring, S.-C. Renteria, P.-A. Michaud. Comment améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence par les adolescents ? - EM|Premium. Rev Sage-Femme. sept 2002;1(2).
20. INED (Institut National des Etudes Démographiques). Avortements : Evolution du nombre d'avortements des des indices annuels. [Internet]. 2012 [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
21. Vilain A, Mouquet M-C, La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Études Résultats [Internet]. 27 juin 2014 [cité 7 janv 2015];(884). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2012,11311.html>
22. INED (Institut National des Etudes Démographiques). Statistiques de l'Avortement en France. Annuaire 2010 [Internet]. 2013 [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2010/T9_2010.html
23. Delotte J, Molinard C, Trastour C, Boucoiran A, Bongain A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises - EM|Premium. Gynécologie Obstétrique Fertil. janv 2008;36(1):63-6.
24. Haute Autorité de Santé. Recommandations en Santé Publique. Contraception d'urgence : Prescription à l'avance. [Internet]. 2013 [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
25. Jamin C, André G, Audebert A, Christin-Maître S, Elia D, Harvey T, et al. Oublis de la contraception hormonale : réflexions sur leur prise en charge en pratique quotidienne. Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2011;39(11):644-55.

26. Benhammou MM. L'administration de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires. Arch Pédiatrie. mai 2002;9, Supplement 2:245-7.
27. INPES (Institut National d'Education et de Prévention pour la Santé). Dossier de Presse. Les femmes ont-elles une contraception adaptée à leur mode de vie ? [Internet]. 2011 [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
28. Graham A, Green L, Glasier AF. Teenagers' knowledge of emergency contraception: questionnaire survey in south east Scotland. BMJ. 22 juin 1996;312(7046):1567-9.
29. Alves dos Santos O, Luiza Vilela Borges A, Borges do Nascimento Chofakian C, Cibelle Machado Pirotta K. Revista da Escola de Enfermagem da USP - Determinantes del no uso de la anticoncepción de emergencia entre mujeres con embarazo no planeado u ambivalente. Esc Enferm USP. Aout 2014;48.
30. Haute Autorité de santé - contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf [Internet]. [cité 28 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
31. Veil S. LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. 75-17 janv 17, 1975.
32. Rofes C. La contraception d'urgence : Etat des lieux en France [Thèse de Pharmacie]. [Faculté des Sciences Pharmaceutiques]: Université de Toulouse III Paul Sabatier; 2013.
33. Coutin A-S, Lopes P. À propos des recommandations sur la contraception d'urgence du rapport Yeni 2010 sur la prise en charge des personnes exposées au VIH. N'y a-t-il rien de nouveau à proposer ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2011;40(3):273-5.
34. Haute Autorité de Santé. Recommandations en Santé Publique. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. 2013 [cité 10 déc 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1543202/fr/contraception-d-urgence-synthese-et-recommandations
35. Levonorgestrel Biogaran 1500 µg cp [Internet]. VIDAL 2015. [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.evidal.fr/sicd.clermont-universite.fr/showProduct.html?productId=73817>
36. European Medicines Agency (E.M.A.). EMA recommends availability of ellaOne emergency contraceptive without prescription. Press Release - EMA. London E14 5EU, U.K.; 21 nov 2014;
37. HRA-Pharma. European commission release : Historic decision from the European Commission grants 120 million women direct access to ellaOne® emergency contraceptive across the European Union. [cité 18 avr 2015]; Disponible sur:

http://www.hra-pharma.com/userfiles/file/CP/European_commission_release_08012015.pdf

38. Article D.5134-2. Code de la Santé Publique.
39. Article L312-16. Code de l'Education.
40. Article D.5134-6. Code de la Santé Publique.
41. AUBIN C, BRANCHU C, VIEILLERIBIERE J-L, SITRUK P. Les organismes de planification, de conseil, et d'éducation familiale : un bilan. Inspection générale des affaires sociales; 2011.
42. Gomez C. La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales. Rev Sage-Femme. juin 2007;6(2):74-89.
43. Norlevo 1,5mg [Internet]. VIDAL 2015. [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.evidal.fr.sicd.clermont-universite.fr/showProduct.html?productId=65157>
44. Dominguez L, Downing D, Schwartz E, Trussell J, Westley E. Update on Emergency Contraception [Internet]. Association of Reproductive Health Professionals : Clinical Proceedings; 2011 [cité 17 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.arhp.org/uploadDocs/CPECUpdate.pdf>
45. Ellaone 30mg cp [Internet]. VIDAL 2015. [cité 22 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.evidal.fr.sicd.clermont-universite.fr/search.html?q=ellaone>
46. Rayr C. Actualités sur l'acétate d'ulipristal - EM|Premium. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. août 2012;41(HS3):7.
47. Direction de l'information légale et administrative. Avis divers relatif aux spécialités pharmaceutiques. Journal Officiel du 13 Mars 2015 mars 13, 2015 p. 4815-6.
48. FilSantéJeunes. EllaOne : pilule du surlendemain [Internet]. FilSantéJeunes : Pouvoir en Parler. 2015 [cité 18 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/ellaone-la-pilule-du-surlendemain-6531>

Annexes

Annexe I : Auto-questionnaire

Annexe II : Lettre d'information aux personnes chargées de la distribution et du recueil des questionnaires

Annexe III : Réponses aux différentes propositions traitant des connaissances des lycéens sur la P.C.U. selon les établissements scolaires

Annexe IV : Dépliant d'information sur la P.C.U.

Annexe I

Auto-questionnaire

AUTO-QUESTIONNAIRE ANONYME

Etudiante sage-femme à Clermont-Ferrand, j'étudie les connaissances des lycéen(ne)s d'Auvergne sur la pilule de contraception d'urgence dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Ce questionnaire est anonyme et prend quelques minutes à remplir.

Fanchon RIVOIRE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- 1/ Quel est votre âge (en années révolues) ? _____
- 2/ Vous êtes une fille un garçon.
- 3/ Vous êtes scolarisé(e) au lycée de Chamalières Lafayette Ambroise Brugière Marie Curie Camille Claudel
- 4/ Vous suivez un enseignement général ou technologique.
 professionnel. Quelle filière ? _____

POUR LES FILLES (Si vous êtes un garçon, passez à la question 8.)

- 5/ Avez-vous déjà consulté chez un gynécologue ou une sage-femme ?
 oui non
Si oui : Pour quelle raison ? contraception visite de contrôle règles douloureuses
 autre : _____
Vous y êtes allée : seule accompagnée (famille...)
- 6/ Quelle(s) contraception(s) utilisez-vous ? aucune
 préservatif pilule implant dispositif intra-utérin (stérilet) patch
 anneau vaginal méthode de retrait Autre (précisez) : _____
- 7/ Avez-vous déjà été enceinte ? Jamais oui, une grossesse accidentelle
 oui, une grossesse planifiée.

CONCERNANT LA PILULE DE CONTRACEPTION D'URGENCE

Pour chaque question, cochez une ou plusieurs réponses. En cas d'incertitude, cochez « Je ne sais pas ».

La pilule de contraception d'urgence (ou pilule du lendemain) :

- 8/ Qu'est-ce que c'est ?
- une pilule que l'on prend en une fois
 - une pilule que l'on prend en plusieurs fois
 - une méthode d'avortement
 - Je ne sais pas

Il existe deux pilules de contraception d'urgence différentes, Norlevo® et Ellaone®.

9/ Jusqu'à quel délai maximum après les rapports est-il recommandé de prendre la pilule de contraception d'urgence ?

- 24h pour les deux pilules
- 48h pour les deux pilules
- 3 jours pour les deux pilules
- 3 jours pour Norlevo®
- 5 jours pour Ellaone®
- Je ne sais pas.

10/ Comment l'obtenir?

- Il faut obligatoirement une ordonnance
- l'une des deux pilules est délivrée sans ordonnance
- il faut le consentement des parents pour les mineures
- l'infirmier scolaire peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence
- un centre de planification familiale peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence.
- Une pharmacie peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence.
- Je ne sais pas

11/ Combien coûte une pilule de contraception d'urgence ?

- Elles sont gratuites pour toutes les femmes
- Norlevo® est gratuite seulement pour les mineures
- Ellaone® est gratuite seulement pour les mineures
- Norlevo® coûte plus de 10€
- Je ne sais pas

12/ Il est recommandé de prendre la pilule de contraception d'urgence :

- si le rapport sexuel a eu lieu pendant les règles
- en cas de rapports sexuels non protégés
- en cas d'oubli de pilule de plus de 12h
- si j'ai vomi une première pilule du lendemain 3h après sa prise.
- jamais plus de 3 par mois
- jamais plus de 3 par an
- jamais plus de 3 fois dans ma vie
- Je ne sais pas.

13/ Quelle est l'efficacité de la pilule de contraception d'urgence ?

- Elle est efficace à 100%.
- Elle est efficace à 50%.
- Plus elle est prise tôt plus elle est efficace.
- Elle protège contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
- Il est conseillé de faire un test de grossesse 10-15 jours après les rapports en cas de retard de règles.
- Elle est efficace jusqu'au cycle prochain, il ne faut donc pas continuer la contraception habituelle.

14/ Quels sont les effets secondaires des pilules de contraception d'urgence ?

- des nausées et vomissements
- une modification de la date des règles
- une diminution de la fertilité
- des malformations chez l'enfant si la pilule ne marche pas
- Je ne sais pas

15/ Si vous vous trouviez dans une situation de rapports sexuels non protégés et/ou d'un échec de contraception, que feriez-vous ? Si vous êtes un garçon, que conseilleriez-vous à votre copine ?

- Vous attendez vos prochaines règles pour voir si vous êtes enceinte.
- Vous faites tout de suite un test de grossesse.
- Vous prenez la pilule de contraception d'urgence.
- Vous faites une prise de sang à la recherche d'infections sexuellement transmissibles (IST)
- Je ne sais pas.

16/ Si vous ne prenez pas la pilule de contraception d'urgence, pour quelle raison ?

- Elle n'est pas nécessaire
- Peur des effets secondaires
- Peur du regard des autres (en allant la chercher)
- Pas d'endroit pour se la procurer à proximité
- Pas de risque de grossesse
- Contre ma religion ou ma philosophie
- Autre : _____

VOS SOURCES

17/ D'où tenez-vous vos informations ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- médecin ou sage-femme
- cours de S.V.T.
- infirmier scolaire, dans le cadre de séances d'accompagnement personnalisé
- infirmier scolaire, lors d'une visite individuelle
- médias (TV, radio, magazines)
- sites internet
- pharmacien
- interventions du centre de planification familiale
- famille
- autre : _____

18/ Avez-vous eu des interventions sur la pilule de contraception d'urgence au cours de votre parcours scolaire (collège et lycée) ?

- oui non
- Si oui, combien de séances ? ____ Je ne sais pas

19/ Pensez-vous que ces interventions sur la pilule de contraception d'urgence vous ont été :

- très utiles utiles peu utiles inutiles

20/ Pensez-vous que ces interventions pour connaître la pilule de contraception d'urgence ont été :

- trop fréquentes suffisamment fréquentes pas assez fréquentes.

Je vous remercie de votre participation.

Annexe II

Lettre d'information aux personnes chargées de la distribution et du recueil des questionnaires

LETTRE D'INFORMATION AUX PERSONNES CHARGÉES DE LA DISTRIBUTION ET DU RECUEIL DES QUESTIONNAIRES

Bonjour,

Actuellement en fin de 4^e année d'études en Ecole de Sages-Femmes, je réalise un mémoire sur le thème de la contraception d'urgence. Cette étude fait suite à une augmentation conséquente du taux d'Interruption Volontaire de Grossesse chez les jeunes et notamment chez les mineures, et s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé qui stipule qu'il se doit « d'informer les femmes et les hommes sur la contraception d'urgence, les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les possibilités d'accès [...] avec des professionnels de santé, des relais associatifs [...] ». Son but est donc d'identifier les connaissances des lycéen(ne)s sur la pilule de contraception d'urgence.

Cette étude se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 20 questions, prenant environ 10 minutes à remplir. Cet auto-questionnaire doit être rempli par les élèves dans une salle de classe, individuellement. Il est totalement anonyme, les élèves ne doivent en aucun cas inscrire leur nom sur la feuille. Une fois l'auto-questionnaire rempli, chaque élève devra plier celui-ci en deux avant de le rendre, de telle sorte à optimiser l'anonymat. Les personnes chargées de recueillir les questionnaires ne doivent en aucun cas les lire. Les résultats statistiques seront adressés aux lycées une fois que les données auront été analysées, c'est-à-dire durant l'année 2014-2015.

En cas d'incompréhension d'une question par un élève, il est éventuellement possible de définir un terme ou reformuler la question. Cependant, les explications données ne doivent en aucun cas orienter l'élève vers la réponse, l'intérêt de cette étude étant d'identifier leurs connaissances. Vous trouverez un récapitulatif comprenant les réponses qui pourra être transmis aux élèves une fois le questionnaire rendu.

Ce projet a fait objet d'une évaluation par un comité scientifique et a été validée le 17 Janvier 2014, et est mené à bien avec l'autorisation du proviseur d'établissement.

En vous remerciant pour votre coopération,

Fanchon RIVOIRE.

But : identifier les connaissances des lycéen(ne)s en Terminale sur la pilule de contraception d'urgence.

Temps Total Estimé : 10 minutes

Points Clefs :

- **Le questionnaire est anonyme.**
- **Il est rempli en classe.**
- **De manière individuelle.**
- **Ne pas inscrire son nom sur le questionnaire.**
- **Aucune indication orientant sur la réponse ne doit être donnée.**
- **Ne pas hésiter à cocher « je ne sais pas » si tel est le cas, il ne s'agit pas d'un contrôle.**
- **Pour donner l'âge « en années révolues » question 1 : par exemple, si vous avez 17 ans et demie, inscrivez 17.**
- **Pour la question 16 : quelles raisons vous pousseraient à ne pas la prendre ? Pour les garçons, pourquoi la déconseilleraient-ils à leur copine ? si aucune raison, ne pas remplir**
- **Une fois le questionnaire rempli, le plier en 2 de telle sorte à ce que les réponses ne soient pas visibles par la personne qui les recueille (anonymat).**

Annexe III

Réponses aux différentes propositions traitant des connaissances des lycéens sur la P.C.U. selon les établissements scolaires

	Une pilule que l'on prend en une fois	Une pilule que l'on prend en plusieurs fois	Une méthode d'avortement	Je ne sais pas	Non renseigné	
Ambroise Brugière	Filles	87,10% (n=81)	5,38% (n=5)	8,60% (n=8)	6,45% (n=6)	0
	Garçons	76,06% (n=54)	11,27% (n=8)	26,76% (n=19)	5,63% (n=4)	0
Lafayette	Filles	100,00% (n=9)	0	22,22% (n=2)	0	0
	Garçons	87,50% (n=42)	4,17% (n=2)	27,08% (n=13)	2,08% (n=1)	0
Marie Curie	Filles	86,89% (n=53)	0	19,67% (n=12)	6,56% (n=4)	0
Camille Claudel	Filles	66,67% (n=6)	0	0	22,22% (n=2)	11,11% (n=1)
	Garçons	81,82% (n=18)	4,55% (n=1)	22,73% (n=5)	4,55% (n=1)	4,55% (n=1)
Chamalières	Filles	89,11% (n=90)	6,93% (n=7)	26,73% (n=27)	0	1,98% (n=2)
	Garçons	78,22% (n=79)	11,88% (n=12)	19,80% (n=20)	1,98% (n=2)	2,97% (n=3)

Connaissances des élèves sur la définition de pilule d'urgence

	3 jours pour Norlevo®	5 jours pour Ellaone®	24h pour les deux pilules	48h pour les deux pilules	3 jours pour les deux pilules	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise Brugière	Filles	1,08% (n=1)	1,08% (n=1)	36,56% (n=34)	26,88% (n=25)	26,88% (n=25)	2,15% (n=2)
	Garçons	2,82% (n=2)	2,82% (n=2)	29,58% (n=21)	32,39% (n=23)	9,86% (n=7)	22,54% (n=16)
Lafayette	Filles	22,22% (n=2)	11,11% (n=1)	0	11,11% (n=1)	22,22% (n=2)	0
	Garçons	0	0	43,75% (n=21)	18,75% (n=9)	4,17% (n=2)	33,33% (n=16)
Marie Curie	Filles	1,64% (n=1)	0	37,70% (n=23)	39,34% (n=24)	16,39% (n=10)	8,20% (n=5)
Camille Claudel	Filles	0	0	77,78% (n=7)	22,22% (n=2)	0	11,11% (n=1)
	Garçons	0	4,55% (n=1)	59,09% (n=13)	18,18% (n=4)	0	18,18% (n=4)
Chamalières	Filles	6,93% (n=7)	1,98% (n=2)	18,81% (n=19)	44,55% (n=45)	15,84% (n=16)	14,85% (n=15)
	Garçons	6,93% (n=7)	6,93% (n=7)	41,58% (n=42)	25,74% (n=26)	9,90% (n=10)	15,84% (n=16)

Connaissances des élèves sur les délais recommandés de prise de la pilule d'urgence après un rapport sexuel non protégé

	L'une des deux pilules est délivrée sans ordonnance	L'infirmier scolaire peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence	Un centre de planification familiale peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence.	Une pharmacie peut me délivrer une pilule de contraception d'urgence.	Il faut obligatoirement une ordonnance
Ambroise	20,43% (n=19)	36,56% (n=34)	54,84% (n=51)	75,27% (n=70)	2,15% (n=2)
Brugère	18,31% (n=13)	33,80% (n=24)	39,44% (n=28)	66,20% (n=47)	1,41% (n=1)
Lafayette	11,11% (n=1)	55,56% (n=5)	55,56% (n=5)	88,89% (n=8)	0
Marie Curie	14,58% (n=7)	35,42% (n=17)	45,83% (n=22)	85,42% (n=41)	4,17% (n=2)
	24,59% (n=15)	55,74% (n=34)	81,97% (n=50)	91,80% (n=56)	3,28% (n=2)
Camille Claudel	44,44% (n=4)	55,56% (n=5)	66,67% (n=6)	100,00% (n=9)	11,11% (n=1)
	13,64% (n=3)	31,82% (n=7)	36,36% (n=8)	77,27% (n=17)	0
Chamalières	34,65% (n=35)	34,65% (n=35)	63,37% (n=64)	93,07% (n=94)	0,99% (n=1)
	26,73% (n=27)	34,65% (n=35)	44,55% (n=45)	81,19% (n=82)	5,94% (n=6)

	Il faut le consentement des parents pour les mineures	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise	2,15% (n=2)	8,60% (n=8)	2,15% (n=2)
Brugère	8,45% (n=6)	16,90% (n=12)	2,82% (n=2)
Lafayette	0	0	0
	8,33% (n=4)	12,50% (n=6)	0
Marie Curie	3,28% (n=2)	1,64% (n=1)	0
Camille Claudel	11,11% (n=1)	0	0
	4,55% (n=1)	13,64% (n=3)	0
Chamalières	0,99% (n=1)	1,98% (n=2)	0
	4,95% (n=5)	6,93% (n=7)	0

Connaissances des élèves sur les modalités d'obtention de la pilule d'urgence

		Norlevo® est gratuite seulement pour les mineures	Elles sont gratuites pour toutes les femmes	Ellaone® est gratuite seulement pour les mineures	Norlevo® coûte plus de 10€	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise	Filles	26,88% (n=25)	20,43% (n=19)	26,88% (n=25)	3,23% (n=3)	47,31% (n=44)	2,15% (n=2)
	Garçons	22,54% (n=16)	26,76% (n=19)	21,13% (n=15)	7,04% (n=5)	46,48% (n=33)	2,82% (n=2)
Lafayette	Filles	33,33% (n=3)	33,33% (n=3)	22,22% (n=2)	0	33,33% (n=3)	0
	Garçons	6,25% (n=3)	29,17% (n=14)	8,33% (n=4)	4,17% (n=2)	60,42% (n=29)	0
Marie Curie	Filles	52,46% (n=32)	27,87% (n=17)	47,54% (n=29)	3,28% (n=2)	18,03% (n=11)	0
Camille Claudel	Filles	22,22% (n=2)	55,56% (n=5)	22,22% (n=2)	11,11% (n=1)	22,22% (n=2)	0
	Garçons	27,27% (n=6)	45,45% (n=10)	27,27% (n=6)	0	36,36% (n=8)	0
Chamalières	Filles	52,48% (n=53)	17,82% (n=18)	42,57% (n=43)	3,96% (n=4)	27,72% (n=28)	1,98% (n=2)
	Garçons	26,73% (n=27)	27,72% (n=28)	25,74% (n=26)	6,93% (n=7)	38,61% (n=39)	0

Connaissances des élèves sur le coût d'obtention de la pilule d'urgence

	Si le rapport sexuel a eu lieu pendant les règles	En cas de rapports sexuels non protégés	En cas d'oubli de pilule de plus de 12h	Si j'ai vomi une première PCU 3h après sa prise.	Jamais plus de 3 par mois	
Ambroise Brugière	Filles	3,23% (n=3)	80,65% (n=75)	40,86% (n=38)	6,45% (n=6)	24,73% (n=23)
	Garçons	8,45% (n=6)	70,42% (n=50)	30,99% (n=22)	8,45% (n=6)	19,72% (n=14)
Lafayette	Filles	0	100,00% (n=9)	33,33% (n=3)	33,33% (n=3)	22,22% (n=2)
	Garçons	4,17% (n=2)	75,00% (n=36)	25,00% (n=12)	2,08% (n=1)	18,75% (n=9)
Marie Curie	Filles	11,48% (n=7)	88,52% (n=54)	67,21% (n=41)	26,23% (n=16)	18,03% (n=11)
	Filles	22,22% (n=2)	88,89% (n=8)	66,67% (n=6)	33,33% (n=3)	55,56% (n=5)
Camille Claudel	Garçons	4,55% (n=1)	59,09% (n=13)	36,36% (n=8)	13,64% (n=3)	27,27% (n=6)
	Filles	3,96% (n=4)	90,10% (n=91)	44,55% (n=45)	25,74% (n=26)	29,70% (n=30)
Chamalrières	Garçons	3,96% (n=4)	75,25% (n=76)	34,65% (n=35)	15,84% (n=16)	22,77% (n=23)

	Jamais plus de 3 par an	Jamais plus de 3 fois dans ma vie	Je ne sais pas	Non renseigné	
Ambroise Brugière	Filles	3,23% (n=3)	11,83% (n=11)	16,13% (n=15)	2,15% (n=2)
	Garçons	11,27% (n=8)	9,86% (n=7)	21,13% (n=15)	2,82% (n=2)
Lafayette	Filles	0	22,22% (n=2)	0	0
	Garçons	10,42% (n=5)	10,42% (n=5)	14,58% (n=7)	0
Marie Curie	Filles	16,39% (n=10)	21,31% (n=13)	3,28% (n=2)	0
	Filles	0	11,11% (n=1)	0	0
Camille Claudel	Garçons	0	4,55% (n=1)	36,36% (n=8)	0
	Filles	17,82% (n=18)	18,81% (n=19)	6,93% (n=7)	0,99% (n=1)
Chamalrières	Garçons	8,91% (n=9)	11,88% (n=12)	13,86% (n=14)	1,98% (n=2)

Connaissances des élèves sur les modalités de prise de la pilule d'urgence

	Plus elle est prise tôt plus elle est efficace.	Il est conseillé de faire un test de grossesse 10-15 jours après les rapports en cas de retard de règles.	Elle est efficace à 100%.	Elle est efficace à 50%.	Elle protège contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
Ambroise	75,27% (n=70)	46,24% (n=43)	15,05% (n=14)	10,75% (n=10)	0
Brugière	84,51% (n=60)	46,48% (n=33)	15,49% (n=11)	1,41% (n=1)	0
Lafayette	66,67% (n=6)	55,56% (n=5)	22,22% (n=2)	0	0
Marie Curie	81,25% (n=39)	60,42% (n=29)	10,42% (n=5)	4,17% (n=2)	2,08% (n=1)
	77,05% (n=47)	62,30% (n=38)	9,84% (n=6)	14,75% (n=9)	0
Camille Claudel	88,89% (n=8)	66,67% (n=6)	11,11% (n=1)	44,44% (n=4)	11,11% (n=1)
	72,73% (n=16)	40,91% (n=9)	4,55% (n=1)	13,64% (n=3)	0
Chamalères	81,19% (n=82)	64,36% (n=65)	4,95% (n=5)	22,77% (n=23)	0,99% (n=1)
	80,20% (n=81)	51,49% (n=52)	11,88% (n=12)	9,90% (n=10)	0,99% (n=1)

	Elle est efficace jusqu'au cycle prochain, il ne faut donc pas continuer la contraception habituelle.	Non renseigné
Ambroise	4,30% (n=4)	9,68% (n=9)
Brugière	2,82% (n=2)	9,86% (n=7)
Lafayette	0	0
Marie Curie	0	2,08% (n=1)
	4,92% (n=3)	4,92% (n=3)
Camille Claudel	22,22% (n=2)	0
	4,55% (n=1)	18,18% (n=4)
Chamalères	6,93% (n=7)	2,97% (n=3)
	2,97% (n=3)	4,95% (n=5)

Connaissances des élèves sur l'efficacité de la pilule d'urgence

		Des nausées et vomissements	Une modification de la date des règles	Une diminution de la fertilité	Des malformations chez l'enfant si la pilule ne marche pas	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise Brugière	Filles	25,81% (n=24)	41,94% (n=39)	12,90% (n=12)	2,15% (n=2)	38,71% (n=36)	2,15% (n=2)
	Garçons	32,39% (n=23)	33,80% (n=24)	18,31% (n=13)	11,27% (n=8)	42,25% (n=30)	2,82% (n=2)
Lafayette	Filles	44,44% (n=4)	44,44% (n=4)	22,22% (n=2)	22,22% (n=2)	22,22% (n=2)	0
	Garçons	25,00% (n=12)	31,25% (n=15)	16,67% (n=8)	2,08% (n=1)	52,08% (n=25)	0
Marie Curie	Filles	31,15% (n=19)	55,74% (n=34)	16,39% (n=10)	0	27,87% (n=17)	0
Camille Claudel	Filles	55,56% (n=5)	55,56% (n=5)	11,11% (n=1)	11,11% (n=1)	11,11% (n=1)	0
	Garçons	31,82% (n=7)	50,00% (n=11)	13,64% (n=3)	0	45,45% (n=10)	0
Chamalières	Filles	46,53% (n=47)	67,33% (n=68)	15,84% (n=16)	1,98% (n=2)	15,84% (n=16)	1,98% (n=2)
	Garçons	39,60% (n=40)	45,54% (n=46)	12,87% (n=13)	4,95% (n=5)	35,64% (n=36)	0,99% (n=1)

Connaissances des élèves sur les effets indésirables de la pilule d'urgence

		Vous prenez la pilule de contraception d'urgence.	Vous faites une prise de sang à la recherche d'infections sexuellement transmissibles (IST)	Vous attendez vos prochaines règles pour voir si vous êtes enceinte.	Vous faites tout de suite un test de grossesse.	Je ne sais pas	Non renseigné
Ambroise Brugière	Filles	68,82% (n=64)	47,31% (n=44)	16,13% (n=15)	26,88% (n=25)	12,90% (n=12)	2,15% (n=2)
	Garçons	71,83% (n=51)	57,75% (n=41)	8,45% (n=6)	30,99% (n=22)	7,04% (n=5)	0
Lafayette	Filles	66,67% (n=6)	88,89% (n=8)	0	44,44% (n=4)	0	0
	Garçons	77,08% (n=37)	58,33% (n=28)	6,25% (n=3)	25,00% (n=12)	4,17% (n=2)	0
Marie Curie	Filles	70,49% (n=43)	52,46% (n=32)	26,23% (n=16)	45,90% (n=28)	3,28% (n=2)	0
Camille Claudel	Filles	44,44% (n=4)	33,33% (n=3)	33,33% (n=3)	66,67% (n=6)	11,11% (n=1)	0
	Garçons	54,55% (n=12)	31,82% (n=7)	4,55% (n=1)	45,45% (n=10)	22,73% (n=5)	0
Chamalières	Filles	79,21% (n=80)	54,46% (n=55)	20,79% (n=21)	28,71% (n=29)	0	3,96% (n=4)
	Garçons	72,28% (n=73)	52,48% (n=53)	17,82% (n=18)	41,58% (n=42)	2,97% (n=3)	0,99% (n=1)

Connaissances des élèves sur la marche à suivre en cas de rapports sexuels non protégés

Annexe IV

Dépliant d'information sur la P.C.U.

Contacts utiles

Planning Familial 63 :
☎ : 04.73.37.12.07. ou
www.planning-familial.org



Centre de Planification Familiale au CHU Estaing
☎ : 04.73.75.07.50. (RDV) ou
04.73.75.01.15.



Pharmacie de Garde « DUCHER », 24h/24 et 7j/7, 1 place Delille à CLERMONT-Fd
☎ : 04.73.91.31.77.

Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit VIH/SIDA, dispensaire Emile ROUX à CLERMONT-Fd :



SIDA Info Service
0 800 840 800
24h/24, confidentiel, anonyme et gratuit
09 69 01 10 10 - 0 800 840 800

☎ : 04.73.14.50.80. ou 0.800.840.800.
www.sida-info-service.org

Fil Santé Jeunes :
☎ : 0.800.235.236.

www.fil-santejeunes.com

0800 235 236
Anonyme et gratuit
tous les jours de 8 heures à minuit

Pilule de Contraception d'Urgence

PCU



Après un rapport sexuel non ou mal protégé, un oubli de contraception...

Pilule du lendemain.

Pilule de Contraception d'Urgence

Qu'est-ce-que c'est ?

Comprimé qui s'avale, en une seule prise, et qui permet d'éviter une grossesse après des rapports sexuels non ou mal protégés ou un oubli de contraception.

Contrairement à l'IVG, ce n'est pas une méthode d'avortement puisqu'elle empêche la fécondation, il n'y a donc pas d'embryon.

Quels sont les effets secondaires ?

Nausées et vomissements, fatigue

Modification de la date des règles (retard ou avance), d'où l'intérêt de pratiquer un **test de grossesse** en l'absence de retour des règles (test 10-12 jours après)

Elle ne diminue pas la fertilité, et ne cause pas de malformations chez l'enfant en cas d'échec

Dans quel cas peut-on la prendre ?

- ◇ En cas de rapports sexuels non ou mal protégés
- ◇ En cas d'oubli de pilule
- ◇ En cas de rupture de préservatif
- ◇ Même si les rapports ont eu lieu pendant les règles
- ◇ Même si une pilule de contraception d'urgence a déjà été prise récemment
- ◇ Si une 1ère « pilule du lendemain » a été vomie moins de 3h00 après sa prise

2 pilules de contraception d'urgence

	Norlévo®	Ellaone®
Délai maximal d'efficacité	72h00	120h00
Prescription médicale nécessaire	non	oui
Gratuite pour les mineures, en pharmacie	oui, sans justificatif	non
Remboursée si prescrite	oui, à 65% pour les deux	
Où la trouver ?	pharmacie, infirmerie scolaire, planning...	pharmacie
Prix	7,41 €	23,59 €

choisisacontraception.fr
La meilleure contraception, c'est celle qui vous convient.



Concrètement, que faire en cas de rapports sexuels non ou mal protégés ? (oubli de pilule, rupture ou mésusage du préservatif...)

1. Prendre une pilule du lendemain le plus tôt possible pour optimiser son efficacité, **≤ 12h**
2. Se rendre dans un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit VIH/SIDA afin d'effectuer une prise de sang à la recherche **d'Infections Sexuellement Transmissibles** (ou contacter sans tarder un médecin)
3. Si les règles ne reviennent pas à la date prévue, faire un test urinaire de grossesse 10-12 jours après le rapport sexuel.
4. Mettre des préservatifs pour les rapports suivants.

Efficacité pilule du lendemain :



Besoin d'aide, d'un conseil :

Parlez-en en toute confidentialité à ton infirmier(e) du Lycée, à ton médecin, à ton pharmacien, au centre de planification...

Attention : l'utilisation de la pilule de contraception d'urgence doit rester exceptionnelle (consulter un médecin, un centre de planification ou une sage-femme pour choisir une contraception régulière, efficace et adaptée)

RESUME

Introduction : L'information de la population et particulièrement les adolescents sur la contraception d'urgence est un réel enjeu de santé publique, dans la prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles. Malgré une politique d'information sur la sexualité et la contraception, peu de jeunes ont recours à la pilule de contraception d'urgence en cas de rapports sexuels non protégés. Leur manque de connaissances serait en cause.

Matériel: L'objectif principal de cette étude était d'identifier les connaissances des lycéens sur la pilule de contraception d'urgence. Les objectifs secondaires étaient, d'une part, de comparer ces connaissances selon le sexe, l'appartenance à une filière scolaire, et l'existence d'un suivi gynécologique, ainsi que d'identifier les connaissances des lycéen(ne)s sur la conduite à tenir en cas de rapports sexuels non protégés, et d'autre part, de s'enquérir de leur satisfaction quant à l'information qui leur est apportée au cours de leur parcours scolaire.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale. Un auto-questionnaire a été distribué aux élèves scolarisés en classe de terminale dans le Puy-de-Dôme.

Résultats et Discussion : L'étude a montré que les élèves possèdent des connaissances convenables sur la pilule de contraception d'urgence. Cependant, certains points tels que ses délais d'action ou ses modalités d'accès sont encore très méconnus. Les filles ont des connaissances significativement meilleures que celles des garçons, et celles ayant déjà consulté pour contraception sont plus performantes que les autres. Aucune différence significative n'a été mise en évidence selon la filière suivie. Seuls 71% des élèves interrogés déclarent qu'ils auraient recours à la P.C.U., et seulement 52% à un dépistage des I.S.T. en cas de rapports sexuels non protégés. Les premiers motifs sont la peur des effets secondaires et le scepticisme sur le risque de grossesse encouru suite à un rapport sexuel. Globalement, les élèves sont satisfaits des interventions dont ils ont bénéficié et sont en demande de davantage.

Conclusion : Il est nécessaire que les élèves soient régulièrement informés sur la contraception d'urgence, ainsi que le dépistage des I.S.T., pour favoriser une bonne observance et diminuer le taux de grossesses inopinées en France.

Mots clés : Pilule de contraception d'urgence, adolescents, connaissances, I.S.T., contraception, prévention, information

SUMMARY

Introduction: Informing people, namely teenagers, about the emergency contraception pill is an important matter of public health that aims at preventing unwanted pregnancies and STDs. Despite the policy to inform people about sexual life and contraception, few teenagers do take the emergency contraception pill after unprotected sex. Lack of knowledge seems to be a large portion of the cause.

Material: The main objective of this study was to identify the knowledge that high school students have about the emergency contraception pill. Secondary objectives included comparing the level of knowledge depending on gender, affiliation to an education stream and gynecological follow-up, as well as identifying teenager's knowledge of the proper course of action after unprotected sexual intercourse, and enquiring as to the satisfaction of teenagers with the information provided during their educational pathway.

Method: This was a transversal descriptive observational study. A questionnaire was distributed to senior year high school students in the Puy-de-Dôme.

Results and Discussion: This study showed that students have decent knowledge of the emergency contraception pill. However, certain aspects such as the time limit to take it or where to get it are highly unknown. Girls have significantly better knowledge than boys, and those that had previously consulted a professional for acquiring contraception seem to show better results. There was no significant difference in knowledge according to the education stream followed. Only 71% of the participating students declared that they would take the emergency contraception pill after unprotected sex, and a few 52% would proceed to S.T.D.s screening tests. The main motives are fear of the side effects and denial of the risks unprotected sex poses. Globally, students are satisfied with the information delivered to them, and ask for more.

Conclusion: A steady rate of education about the emergency contraception pill and the prevention of STDs is crucial to facilitate its use and reduce the unwanted pregnancy rate in France.

Key Words: Emergency contraception pill, teenagers, knowledge, S.T.D.s, contraception, prevention, education.