

Connaissances des lycéens auvergnats en matière de contraception

Audrey Sureau

► **To cite this version:**

Audrey Sureau. Connaissances des lycéens auvergnats en matière de contraception. Gynécologie et obstétrique. 2016. <dumas-01558120>

HAL Id: dumas-01558120

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01558120>

Submitted on 7 Jul 2017

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.



ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

**CONNAISSANCE DES LYCEENS AUVERGNATS EN
MATIERE DE CONTRACEPTION**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Audrey SUREAU

Née le 02 04 1991

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

**CONNAISSANCE DES LYCEENS AUVERGNATS EN
MATIERE DE CONTRACEPTION**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Audrey SUREAU

Née le 02 04 1991

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



REMERCIEMENTS

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

Monsieur Erdogan NOHUZ, directeur de mémoire, ainsi que Madame Annick VIALLON, co-directrice, pour leurs si nombreux conseils et leur soutien.

Les directions des établissements scolaires ayant accepté de participer à cette étude, ainsi que les professeurs et les infirmières scolaires et les élèves sans qui tout cela n'aurait pas pu être réalisé.

Madame Andrée PEREZ, proviseure, Madame Angéline DOLLO et Madame Véronique CHARLET infirmières diplômées d'état pour leur implication personnelle.

Ma famille, pour leur aide et leur soutien impérissable.

Simon, pour son esprit logique.

Mes amis, Agathe, pour son appui perpétuel.

GLOSSAIRE

B.T.S. : Brevet de Technicien Supérieur

C.A.P. : Certificat d'Aptitude Professionnelle

D.I.U. : Dispositif Intra-Utérin

E.E. : Éthinyl-Estradiol

E.N.T. : Espace Numérique de travail

F.S.H. : Follicle Stimulating Hormone

G.N.I.E.S. : Groupe National d'Information et d'Éducation Sexuelle

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

I.N.P.E.S. : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

I.S.T. : Infection Sexuellement Transmissible

I.V.G. : Interruption Volontaire de Grossesse

L.H. : Luteinising Hormone

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

S.S. : Sécurité Sociale

V.I.H. : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE	3
I/ Historique et législation	3
II/ Les différentes contraceptions	10
III/ Les sages-femmes et la contraception	20
IV/ L'adolescent	21
POPULATION ET MÉTHODE	26
RÉSULTATS	32
I/ Population étudiée	32
II/ Connaissances des élèves sur la contraception	36
II/ Comparaison des connaissances des différents groupes.....	52
DISCUSSION	57
I/ Limites de l'étude	57
II/ Discussion de la distribution des questionnaires	59
III/ Discussion sur les réponses collectées	59
IV/ Discussion sur les résultats	62
V/ Discussion sur les résultats en fonction des groupes	68
VI/ Projet d'action	70
CONCLUSION	72
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

Introduction

La contraception, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) est l'ensemble des « utilisations d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter. ». Pour la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), la prescription de la contraception doit se faire en « décision partagée ». C'est un dialogue, il faut s'assurer que la patiente ait toutes les cartes en mains, comprenant la connaissance de toutes les méthodes existantes, celles qui lui sont possibles, celles qui lui sont contre-indiquées et pour quel motif. Il faut ensuite comprendre ses besoins, ses préférences... Une fois que le praticien a intégré les attentes de sa patiente, le dialogue va permettre de trouver la contraception idéale pour cette dernière, en prenant en compte ses envies, le rapport bénéfice-risque, les contre-indications. Enfin, le praticien s'assurera de la bonne compréhension de la patiente pour le contraceptif choisi [1,2].

La sage-femme est un acteur important dans la prévention et l'éducation des adolescentes en ce qui concerne leur sexualité et leur contraception. La profession de sage-femme amène à une grande responsabilité : la consultation gynécologique et la prescription de la contraception chez une adolescente en dehors de la présence d'une figure parentale. Pour la jeune fille, le choix d'une contraception est différent comparativement à l'adulte. Il prend en compte sa sensibilité et son rapport à sa nouvelle sensualité ainsi qu'à sa sexualité. Les jeunes filles vivent souvent les choses dans l'urgence, en étant influencées par l'effet de groupe, les médias, le désir de grossesse impossible dans l'instant [3].

Aux États-Unis, le taux de grossesses non désirées chez les adolescentes apparaît bien plus élevé que dans les autres pays industrialisés, de l'ordre de quatre et huit fois par rapport, respectivement, à la France et à l'Italie. Ce taux a tout de même diminué en raison d'une plus grande utilisation de contraceptifs. L'éducation des adolescents leur permet d'avoir plus de connaissances sur les options contraceptives offertes [4].

La prévention des grossesses est un problème de santé publique qui s'intéresse prioritairement aux femmes. Cependant, les hommes jouent un rôle important dans la décision de prise de contraception et de grossesse. La contraception réversible masculine est limitée au préservatif, qui seul, ne semble pas le mieux adapté à cette jeune population. En plus d'une utilisation délicate (aborder le sujet au moment

opportun, honte d'en avoir un sur soi quand le rapport n'était pas prévu, savoir l'utiliser ...) son efficacité n'est pas maximum. Les études ont montré que les jeunes hommes étaient prêts à discuter de contraception pour trouver une meilleure efficacité [4].

Cette étude s'est fixée comme objectif principal de dresser un bilan sur les connaissances des adolescents auvergnats en matière de contraception. Elle a concerné des filles ainsi que des garçons, afin de permettre d'ajuster si possible les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle aux envies et besoins des lycéennes comme des lycéens.

Dans un premier temps, une revue de la littérature est présentée, comportant l'historique de la contraception, depuis son invention jusqu'aux nouvelles dispositions la concernant et la législation qui l'encadre ainsi que celle à propos de l'éducation à la vie affective et sexuelle. Les différentes méthodes contraceptives et leur efficacité théorique (indice de Pearl) ont été expliquées.

Dans un second temps la population et la méthode de recherche utilisée pour réaliser ce mémoire ont été expliquées, avant d'exposer les résultats qui en sont ressortis.

Enfin, dans un dernier temps, une analyse des données a été réalisée. Un retour sur l'étude a aussi été fait pour comprendre ses limites, apporter des réflexions en rapport ou non avec les données de la littérature, et pouvoir discuter d'un projet d'action mis en œuvre après l'étude.

Revue de la littérature

I - Historique et législation

1) Histoire de la contraception

Depuis la nuit des temps, tous les peuples ont souhaité avoir main mise sur la régulation des naissances.

- En Égypte, une meilleure connaissance anatomique a permis de savoir que la semence de l'homme était à l'origine de la procréation, même si dans les esprits, elle était produite par la moelle osseuse. La contraception locale a été créée, via des pessaires à base de fientes de crocodile ou d'éléphant, avec du miel pour le côté adhésif, et des spermicides à base de gomme arabique extraite de l'acacia qui en fermentant donnait de l'acide lactique. Ont été également décrites des contraceptions post-coïtales avec des fumigations et des douches vaginales à base de vin, d'ail et de fenouil. Les égyptiens avaient également pensé à la contraception orale, avec des graines de grenade (contenant des œstrogènes), ou une graine de ricin après l'accouchement protégeant pendant une année [5,6].

- Le préservatif masculin est apparu dès la mythologie grecque, avec Minos et Pasiphaé, mais pas pour exactement la même utilisation. D'après la légende, une gaine en vessie de chèvre a permis à Minos d'évacuer les serpents et scorpions de son sperme qui l'empêchaient de procréer.

- Hippocrate, en 460 av. JC, décrit le coït interrompu et les pessaires, de même constitution que les égyptiens. Il a préconisé aussi sept sauts talons aux fesses pour évacuer la semence après le rapport.

- Un peu plus tard, vers 350 av. JC, Aristote a décrit des irrigations à l'huile d'olive ou de cèdre pour contraceptif. Il a également proposé l'avortement grâce à l'introduction dans le col utérin d'un tube creux en plomb, ou d'une grosse plume de canard.

- La contraception masculine est apparue avec Pline au 1^{er} siècle avec de l'huile de cèdre à appliquer sur le pénis.
- Vers 550 de notre ère, Aëtius d'Amide a édité 18 recettes de potions contraceptives, telles que de l'eau de cuivre ayant servi à refroidir le métal, des testicules de mulets calcinés (le mulet étant un animal stérile), des décoctions de saule, des extraits d'aloès...
- Au moyen-âge, la contraception a fortement été condamnée, y compris pour les couples mariés. Les rapports sexuels sont devenus péchés si la possibilité de grossesse était entravée.
- Vers 1560, G. Fallope préconise le préservatif pour la protection des maladies vénériennes.
- En 1671, Mme de Sevigné écrit que le condom était une « armure contre le plaisir et une toile d'araignée contre le danger ». Elle a alors préconisé l'utilisation de douche vaginale grâce aux bidets ou aux seringues.
- La cape cervicale a fait son apparition au 18^{ème} siècle. Il s'agissait à cette époque d'un demi citron évidé posé sur le col.
- En 1798, T.R. Malthus, économiste britannique, publie son Essai sur le principe de population. Par l'intermédiaire de cet essai, il partage son inquiétude de l'augmentation de la population bien plus rapide que celle de la production alimentaire. Il a alors plaidé pour le mariage tardif avec la chasteté avant la cérémonie. Les mouvements en faveur de la contraception ont alors vu le jour [7].
- En 1838, l'usine GoodYear découvre le caoutchouc. C'est vers 1844 que Charles Goodyear a découvert un procédé de fabrication permettant l'élaboration de préservatifs lavables et réutilisables.
- Le diaphragme est apparu quant à lui en 1882 grâce à Wilhem Mensinga [8].

- Dans les années 1920, l'après-guerre a nécessité une augmentation des naissances. La Loi avait alors interdit toute propagande anti-conceptionnelle. Le mot « contraception » a été retiré du dictionnaire « Larousse Universel » de 1922.
- La première pilule contraceptive a été inventée en 1960 par G. Pincus et M.C. Chang, après de nombreux travaux sur les hormones sexuelles [9].
- Le stérilet a été inventé par J.B Beers aux USA en 1846. Il a évolué jusqu'au stérilet au cuivre en forme de T en 1970. La progestérone et ses effets découverts dans les années 60 a été utilisée pour de nouveaux dispositifs-intra-utérins. Le premier stérilet hormonal, Progestasert®, libérait 65 microgrammes de progestérone par jour. Commercialisé de 1976 à 2000, il devait être changé tous les ans, d'où l'abandon de cette méthode. C'est en 1990 que les premiers stérilets avec une durée d'action plus longue sont apparus [5,6,10].

2) Législation relative à la contraception

Le contrôle des naissances en France a depuis longtemps été régi par des lois :

- 1810 : d'après l'article 317 du Code pénal napoléonien, l'avortement est criminel [11].
- 31 juillet 1920 : les auteurs ou complices de publicité sur la contraception ou de diffusion de moyens contraceptifs seront punis de lourdes peines [12].
- 7 septembre 1941 : l'avortement devient un crime d'État [13].
- 1955 : l'avortement thérapeutique est admis [14].
- 28 décembre 1967 : loi Neuwirth : autorisation (sous contrôle de l'État) de vente de produits contraceptifs en pharmacie, sur prescription médicale. Les mineures ont besoin d'une autorisation parentale. Les centres d'éducation et de planifications sont autorisés et même soutenus [15].

- 4 décembre 1974 : les mineures souhaitant garder le secret bénéficient de la gratuité des moyens contraceptifs en centre de planification familiale [16].
- 17 janvier 1975 : Loi Veil sur l'interruption volontaire de grossesse : suspension pour cinq ans de l'article 317, l'avortement ne peut être réalisé que par un médecin jusqu'à 10 semaines de grossesse chez une femme en détresse [17].
- 31 décembre 1979 : l'article 317 est aboli lorsque l'avortement est réalisé dans le cadre légal. La mineure doit être consentante et la décision d'un juge peut pallier l'absence d'autorisation parentale. De plus, un enseignement sur la contraception sera donné aux médecins et aux paramédicaux [18].
- 31 décembre 1982 : l'avortement est remboursé [19].
- 18 janvier 1991 : après une inflation des personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H), l'interaction entre les maladies sexuellement transmissibles et la contraception a été prise en compte. La suppression de l'interdiction de publicité pour les préservatifs masculins a eu lieu [20,21].
- 13 décembre 2000 : la contraception d'urgence peut être délivrée sans prescription médicale, elle peut être éventuellement gratuite pour les mineures et peut aussi être administrée par l'infirmière scolaire [22].
- 4 juillet 2001 : l'interruption volontaire de grossesse peut être réalisée jusqu'à 12 semaines de grossesse. L'entretien de conseil préalable ne reste obligatoire que pour les mineures qui ne sont plus obligées d'avoir une autorisation parentale, mais devront tout de même être accompagnées par une personne majeure choisie. La prise en charge sera gratuite et anonyme. La méthode médicamenteuse ne nécessite plus d'hospitalisation. De plus, l'information et l'éducation à la sexualité sont dispensées dans les collèges et lycées trois fois par an [23].
- Arrêté du 12 octobre 2005 : les sages-femmes sont autorisées à prescrire la contraception hormonale, la contraception hormonale d'urgence, et les spermicides [24].

- 21 juillet 2009 : les sages-femmes peuvent dorénavant s'occuper des consultations gynécologiques des femmes en dehors de leur grossesse et de la prescription de toutes les méthodes de contraception, ainsi que les poses et les retraits des implants contraceptifs et des dispositifs intra-utérins [25].
- Avril 2015 : la contraception d'urgence à base d'ulipristal acétate peut être délivrée sans ordonnance [26].

3) Législation relative à l'éducation à la vie affective et sexuelle

Au XIX^{ème} siècle, la sexualité des enfants était perçue comme véritablement négative. La chasteté primait dans les normes sociales. Les discours des parents aux enfants étaient plus moralisateurs qu'informatifs [27].

Ce n'est qu'après les événements de l'année 1968, l'année suivant la Loi Neuwirth, que s'est créé le Groupe National d'Information et d'Éducation Sexuelle (GNIES). Au début, des « conseillères animatrices » ont été formées par des associations (notamment le mouvement français pour le planning familial et l'association française des centres de consultations conjugales) afin de militer bénévolement auprès des jeunes. Au début, cette information a été facultative, elle n'est devenue obligatoire qu'en 1973. C'est en effet seulement une information car la sexualité à ce moment, se limite à la procréation. L'éducation véritable était réservée à la famille [28].

Progressivement, l'évolution de la société a conduit à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire. L'école joue un grand rôle d'éducation dans tous les domaines, et est le complément du rôle des familles en ce qui concerne la santé des élèves et leur préparation à leur future vie d'adulte.

Cette éducation ne peut se faire sans les connaissances des adolescents sur la biologie et le fonctionnement du corps humain acquises pendant les cours de sciences de la vie et de la terre.

Cependant ces séances d'éducatons étaient préférablement axées sur les autres aspects de l'éducation : l'affectif, le psychologique, ainsi que les dimensions sociales, culturelles et éthiques. L'éducation sexuelle en Établissement se devait d'être large pour se diriger vers le groupe entier, mais aussi assez ciblée pour approcher les situations personnelles souvent complexes des élèves dans leur relation avec l'autre.

Depuis l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, il était affirmé que : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés » [29].

Une étude a été réalisée en 2007 auprès de 96 élèves de 4 classes de troisième d'un département français. Le questionnaire, anonyme, portait sur deux questions : le fond et la forme de l'éducation sexuelle : quels sont les sujets abordés, ceux jugés intéressants ou préoccupants par les élèves, et les méthodes pédagogiques mises en place (interlocuteurs et circonstances des interventions).

Dans les résultats, il y avait 47 % de filles pour 53 % de garçons. En moyenne, chaque collégien avait assisté à 2,3 séances. Deux élèves de sexe féminin ont répondu ne jamais avoir assisté à une séance d'éducation sexuelle. Elles étaient issues d'un collège public urbain de banlieue. De plus, 88 % des collégiens estimaient qu'il était important que ces séances fassent parties du cursus. Le résultat est donc bien inférieur au nombre stipulé par la Loi. Les trois séances auxquelles certains élèves ont assisté lors de leur scolarité jusqu'à la fin du collège auraient dû être le nombre de séance pour une seule année. Il serait donc judicieux d'effectuer des contrôles réguliers dans les établissements.

Pour ce qui est de l'interlocuteur, plus de 35 % des élèves ont déjà parlé de ce thème à leurs amis, et 20 % à leur famille. Pour l'interlocuteur avec lequel ils aimeraient en parler, on retrouve en première position un intervenant extérieur au collège venant directement dans l'établissement, ainsi qu'un étudiant en médecine se déplaçant au lycée (on peut élargir ce terme d'étudiant en médecine à étudiant en études médicales, associant donc les étudiants en maïeutique). De plus, ces interlocuteurs choisis par les élèves n'ont pas été pas ceux qu'ils rencontrent (professeurs et infirmières scolaires).

Les différents sujets ont été classés en trois catégories : thèmes trouvés intéressants (la pornographie, la grossesse et l'accouchement), thèmes déjà connus (la contraception, le respect de soi et de l'autre, la découverte du corps, la puberté, les relations copains/copines) et thèmes pour lesquels des informations supplémentaires étaient souhaitées (la consultation médicale et l'examen gynécologique, l'avortement, les droits sur la sexualité à l'étranger). La contraception était « déjà connue » pour 87 % des filles contre 62 % des garçons. La connaissance des jeunes filles était plus issue de l'environnement extra-scolaire. La contraception étant largement abordée lors de la première consultation gynécologique (classée dans la troisième catégorie), il serait intéressant d'en reparler à ce moment là. L'éducation à la vie affective et sexuelle s'est avérée trop rare par rapport à la fréquence légale. De plus, elle apparaissait quelques fois inadaptée aux attentes des jeunes. Pour améliorer cette prévention et cette éducation, il serait intéressant de commencer les séances plus précocement tout en respectant la fréquence établie par la circulaire de 2003. Cependant, le faible effectif de cette étude n'est pas satisfaisant [30].

II - Les différentes contraceptions

Contraception	Indice de Pearl	Hormones	Utilisation	Prix (prise en charge SS)
Préservatif	2	Sans	À chaque rapport	~8,50€ les 12
CO combinée	0,3	Œstroprogestatif	Quotidien	1,88 à 14€ (± remboursées)
CO progestative	0,3	Progestatif		
Anneau	0,3	Œstroprogestatif	Mensuel	15€ l'unité
Patch	0,3	Œstroprogestatif	Hebdomadaire	15€ les trois
DIU au lévonorgestrel	0,2	Progestatif	Pendant 3/5 ans	~ 100€ (65%)
DIU au cuivre	0,6	Sans	Pendant 5 ans	30 à 50€ (60%)
Implant	0,05	Progestatif	Pendant 2/3 ans	125€ (65 %)
Diaphragme + spermicide	6	Sans	À chaque rapport	40 à 70€
Cape	9 à 26	Sans	À chaque rapport	60€
Méthodes naturelles	1 à 9	Sans	À chaque rapport	0€
Contraception d'urgence	0,5 à 2,7	Progestatif / acétate d'ulipristal	Si rapport non protégé	6 à 8€

Tableau I: Tableau récapitulatif des différentes contraceptions

En dépit des nombreuses méthodes contraceptives et d'une large diffusion de l'information, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez l'adolescente est resté élevé. Cela a pu sûrement venir du fait que l'efficacité théorique connaît un fort décalage à cet âge là, par rapport à l'efficacité pratique. Toutes les contraceptions réversibles sont utilisables par les adolescentes, avec tout de même des réserves quant à l'efficacité des les méthodes mécaniques autre que le préservatif (capes, spermicides, diaphragme) ainsi que les méthodes naturelles (La Méthode de l'Ovulation Billings, basée sur l'observation du signe de la glaire cervicale , la courbe de température, le retrait avant l'éjaculation). Ces méthodes ne sont pas les plus adaptées aux adolescents [30].

Le « double DUTCH » des Hollandais est reconnue pour être une des plus fiables à l'adolescence. Il s'agit de l'association d'une contraception hormonale et du préservatif [31].

Depuis l'arrivée de la pilule dans les années 1960, la contraception ne cesse d'évoluer. Les risques, les bénéfices, les effets secondaires, les contre-indications sont de plus en plus connues et précises. Les récentes méthodes contraceptives sont mises au point afin, notamment, d'en faciliter l'observance (patch, anneau, implant) [31].

1) Le préservatif

Le préservatif n'est pas systématiquement utilisé chez les adolescents. Ainsi, 10 % des 15-24 ans ont affirmé ne pas avoir utilisé de préservatif lors du premier rapport, et 12 % pour le premier rapport avec le nouveau partenaire dans la même année. En plus des grossesses non désirées, ces jeunes ont été exposées à des risques d'infections sexuellement transmissibles [32].

Qu'il soit masculin ou féminin, le préservatif a une efficacité contraceptive moindre que les contraceptions hormonales. Il faut qu'il ait été accepté par les deux partenaires, que son utilisation ait été bien comprise et appliquée.

Cependant, il est le seul moyen de protection vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles, d'où l'importance chez l'adolescent, qui ne font pas forcément les dépistages des infections sexuellement transmissibles avant un nouveau partenaire [33].

2) Les contraceptifs oraux combinés

Mis sur le marché en 1960, les contraceptifs oraux combinés ont subi de nombreuses modifications. La pilule est restée la plus utilisée en France. Elle peut être monophasique, biphasique (la quantité de progestatif augmente lors de la deuxième partie du cycle) , ou triphasique (les œstrogènes sont fixes ou variables, avec une augmentation des progestatifs en trois phases égales tout au long du cycle). Elles sont utilisables chez les adolescentes ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thrombo-embolique, hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine...).

Notons la place principale de l'éthinylestradiol (EE), œstrogène le plus utilisé dans les contraceptifs oraux. Il a permis de supprimer le pic de LH pré-ovulatoire. Au niveau des progestatifs, plusieurs générations ont été produites. Les pilules de deuxième génération sont à ce jour les plus prescrites chez les adolescentes.

Les progestatifs de troisième génération ont un faible pouvoir androgénique, ce qui a permis de diminuer la dose d'EE, de permettre une forte inhibition de l'ovulation tout en diminuant considérablement les effets secondaires [31,33].

Concernant les effets indésirables, il faut savoir qu'ils ont une place importante dans le choix d'une contraception chez l'adolescente. La principale étant la prise de poids. Une croyance largement diffusée a fait état d'une prise de poids. Cependant, dans

la littérature, il n'existe pas de lien significatif entre la prise de la pilule et la prise de poids [34].

Il y a aussi d'autres effets indésirables, tels que les spotting, saignements irréguliers, inopinés, pouvant survenir chez 10 à 30 % des femmes au cours de l'utilisation de la première plaquette. Les spotting ont très souvent été une cause d'abandon, d'où l'intérêt, lors de la prescription, du « counselling », en d'autres termes de l'information préalable à la prescription. Cet entretien a du être basé sur la discussion, le conseil, les explications, la communication, notamment grâce à la méthode BERGER : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour, comme l'a préconisé l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) [31,35,36].

D'autres effets secondaires sont à prévoir, tels que les mastodynies et les nausées ayant tendance à apparaître au début de la prise de contraceptif, mais allant en s'estompant avec le temps. Des troubles de l'humeur ont souvent été signalés sous contraception orale combinée. Mais d'après des études avec placebo, il s'est avéré qu'il n'y avait pas de lien statistique entre les contraceptions orales œstroprogestatives et les troubles de l'humeur [34,37].

La contraception combinée n'est pas juste une succession d'effets indésirables. Certaines jeunes filles ont voulu prendre la pilule pour d'autres raisons que la contraception seule. En effet, la pilule combinée a des actions positives sur les cycles, encore souvent irréguliers et douloureux à l'adolescence.

Avec la prise d'une contraception de ce type, les cycles se sont régularisés, ont été moins douloureux et moins abondants. De plus, le bénéfice sur l'acné a été démontré [31].

3) Les autres contraceptifs œstroprogestatifs

- *L'anneau vaginal*

Mis sur le marché le 5 avril 2004, l'éthinylestradiol 15µg/24h plus étonogestrel 120µg/24h en système de diffusion vaginale, l'anneau vaginal Nuvaring®, a plusieurs points forts : une absorption rapide des hormones au travers de l'épithélium vaginal, une libération constante d'hormones, une insertion et un retrait réalisable par la patiente elle-même, le maintien de l'anneau vaginal pendant les rapports sexuels sans gêne pour le partenaire.

Mis en place pendant trois semaines, il est retiré pendant une semaine, au cours de laquelle l'hémorragie de privation a lieu. Ensuite, au début de la quatrième semaine, l'anneau suivant est inséré [31].

Cependant, pour l'utilisation de Nuvaring®, l'adolescente doit être à l'aise avec son corps pour pouvoir l'insérer et le retirer en toute simplicité et sans crainte.

Les points positifs de l'anneau vaginal sont de créer des cycles réguliers, avec l'hémorragie de privation lors de la semaine sans anneau, avec des règles durant entre 4,7 et 5,3 jours. Les oublis seront beaucoup moins fréquents qu'avec la pilule avec une mise en place de trois semaines, d'où une observance améliorée [31,38].

En plus du fait que la jeune fille doit être à l'aise avec son corps, le second point négatif de Nuvaring® réside dans son coût : 15 euros l'unité, donc 15 euros par mois, non remboursés par la sécurité sociale [38]

Les contre-indications pour l'anneau vaginal sont sensiblement les mêmes que pour les pilules œstroprogestatives [31]

- *Le patch transdermique*

Du même principe que le patch de nicotine pour le sevrage tabagique, l'éthinylestradiol 600µg et la norelgestromine 6mg en dispositif transdermique, Evra® est un patch œstroprogestatif de troisième génération utilisé pour la contraception. Il bloque l'ovulation et modifie la glaire cervicale. Par son utilisation hebdomadaire, il facilite la compliance des femmes, et donc leur observance. Des études ont montré qu'en comparaison d'une contraception hormonale combinée, la compliance pour le patch transdermique était supérieure de 10 %. Il était possible de penser que le fait de voir le patch pouvait être un frein. Cependant, lorsque les femmes ont été interrogées, la visibilité a plutôt été un facteur rassurant [31,38].

Evra® a permis une transmission des hormones constantes pendant sa semaine d'utilisation. De plus, même dans des conditions « extrêmes », il a gardé son pouvoir adhésif (chaleur, transpiration, douche, froid, mouvements ...)

L'indice de Pearl a été très satisfaisant, l'efficacité n'a pas varié selon l'âge ou la race, cependant les femmes dépassant un poids de 90kg ont eu un taux de grossesse plus élevé.

Sur une enquête concernant 200 000 femmes, seules 14 % ont eu un patch en première contraception. Chez les adolescentes, le patch a été testé chez 50 jeunes filles de 15 à 18 ans, durant trois mois. Dans les résultats, 87,1 % de bonne utilisation a été retrouvé, et 77 % d'opinions positives sur Evra® : « pas besoin d'y penser », « facile à cacher », « facile à s'en souvenir ». Ces résultats ont montré que le patch transdermique a pu être une bonne solution pour la contraception chez les mineures. Tout comme l'anneau vaginal, le patch n'est pas remboursé par la sécurité sociale. L'adolescente doit donc déboursier 15 euros par mois [31,38,39].

Même si le patch peut être une bonne solution de contraception, il faut savoir que d'après le dictionnaire Vidal, le patch a été évalué seulement pour les femmes âgées de 18 à 45 ans [40].

4) Les contraceptions progestatives

- ***Les pilules micro-dosées***

Faiblement dosées, les micro-pilules entraînent essentiellement une modification de la glaire cervicale. Leur action sur la sécrétion de LH et FSH est très faible (hormis Cérazette® et ses génériques, pilule avec 75µg de désogestrel bloquant l'ovulation).

Elles doivent être utilisées en continu, sans interruption entre les plaquettes, à heure fixe, (d'autant plus qu'avec le micro-dosage, l'heure fixe doit être régulière). Elles sont le plus souvent utilisées lorsque la femme a des contre-indications aux œstrogènes [31,33,38].

- ***Implant à l'étonogestrel***

L'étonogestrel 68mg, Nexplanon® est le contraceptif avec l'indice de Pearl le plus bas, et donc le meilleur. Il est proche d'une contraception par stérilisation. Contenant de l'étonogestrel, progestatif de troisième génération, il existe depuis plus de 30 ans. Il est le plus souvent prescrit aux adolescentes en deuxième intention, après une interruption volontaire de grossesse suite à un échec de la pilule, ou si elles sont contre-indiquées aux œstrogènes [31].

De nombreux avantages ont été décrits. Délivrant en continu de faibles doses de progestatif, il peut agir pendant trois ans. Cette durée pouvait cependant être diminuée à deux ans en cas d'obésité. Il n'y avait donc plus besoin de penser à sa contraception (ce qui était le plus grand inconvénient à l'adolescence).

De plus, la pose et le retrait étaient rapides et simples. En moins de deux minutes, l'acte pouvait être réalisé, avec juste une petite cicatrice de 2 mm au niveau de l'insertion. Une aménorrhée secondaire pouvait apparaître. A l'adolescence, cette absence de règle pouvait être un grand bénéfice, mais seulement si les adolescentes sont bien informées du fait qu'une aménorrhée ne veut ni dire « grossesse en cours » ni « infertilité prochaine » [31,33].

Les spotting étaient très fréquents avec cette méthode, d'où l'importance du « counselling » et de la méthode BERCER de communication. Ces spotting sont plus prolongés qu'avec n'importe quelle autre contraception. Ils pouvaient effectivement durer entre trois et six mois dans près de 30 % des cas [38].

Comme pour le patch transdermique, le Vidal rappelle que son efficacité et sa sécurité ont été établies pour les femmes de plus de 18 ans, jusqu'à 40 ans. Cependant, le fait qu'il n'y ait que des progestatifs, il n'y a pas d'effets délétères sur la croissance osseuse [31,41].

- ***Les injections d'acétate de médroxyprogestérone retard***

Le médroxyprogestérone acétate à 150mg/3ml en suspension injectable, Dépo-provéra® consistait en une injection trimestrielle de progestatif. Cette méthode de contraception n'a pas été indiquée chez l'adolescente. De même que pour les femmes plus âgées, le Dépo-provéra® a été utilisé seulement en derniers recours, quand aucune contraception n'était possible.

Une enquête a été réalisée pour savoir ce que conseillaient les professionnels de santé par rapport à cette méthode : plus de 30 % dissuaderaient les jeunes femmes de se servir de l'injection et 20 % limiterait l'utilisation à deux ans seulement [31,42].

- ***Les macro-progestatifs***

N'ayant pas eu d'autorisation de mise sur le marché pour la contraception, ces progestatifs n'ont pas été abordés [31].

5) Les dispositifs intra-utérins (DIU)

- ***DIU hormonaux***

La libération continue de lévonorgestrel permet une atrophie de l'endomètre. De plus la glaire cervicale s'épaissit et l'ovulation peut être inhibée, ou du moins perturbée chez certaines femmes [31].

Deux types de DIU hormonaux ont été commercialisés. En mars 2014, le deuxième type DIU au lévonorgestrel est apparu : Jaydess®. Moins dosé que le premier modèle Mirena® (13,5 mg versus 52 mg), Jaydess® a une durée d'efficacité contraceptive de trois ans, contre cinq ans pour Mirena® [31,43,44] .

Le principal avantage du nouveau DIU a été sa diminution de taille : il mesure 28 x 30 x 3,80 mm alors que son prédécesseur mesurait 32 x 32 x 4,75 mm. Jaydess® est donc recommandé pour les nullipares [45].

Pour les deux modèles, des spotting ont été présents au début de l'utilisation. Il s'ensuivi, pour 70 à 90 % des femmes, une diminution du flux menstruel. D'où le fait que des DIU aux hormones ait aussi été indiqués en cas de ménorragies fonctionnelles [43].

- ***DIU au cuivre***

Chez les adolescentes, le risque d'infection génitale haute secondaire à l'insertion a été légèrement supérieur par rapport aux femmes plus âgées, mais est resté tout de même faible, inférieur à 2 %. Chez les adolescentes américaines, le taux de conservation du DIU au cuivre était de 80 % à un an.

Le principal inconvénient du DIU au cuivre est l'augmentation du flux menstruel. Mais si ce problème est accepté par l'adolescente, le stérilet est alors une contraception idéale qu'elles peuvent « oublier » pendant cinq ans, avec une visite médicale annuelle de contrôle [31].

S'il est inséré dans les cinq jours suivant un rapport non protégé, le stérilet au cuivre fait office de contraception d'urgence.

La plupart des stérilets au cuivre ont été créés en modèles « short » pour les nullipares. Comme les DIU au lévonorgestrel, il ne se pose que sur une femme ayant déjà eu des relations sexuelles.

Le moment du cycle n'a pas d'importance pour le côté contraceptif. Cependant, il est plus facilement inséré en fin de règles, ou juste après, pour une insertion moins douloureuse du fait de l'ouverture physiologique du col utérin [32].

6) La contraception d'urgence

Aujourd'hui, il existe trois pilules d'urgence : lévonorgestrel 1,5mg, Norlevo® et son générique Lévonorgestrel Biogaran®, et l'ulipristal acétate 30mg, EllaOne®.

La différence principale entre les deux pilules au lévonorgestrel et celle à l'ulipristal acétate est la durée d'attente entre le rapport non protégé et la prise du comprimé. En 2014, l'agence européenne a facilité l'accès à EllaOne®, ce qui a permis en avril 2015 de pouvoir délivrer cette pilule sans ordonnance.

Ces informations concernant les contraceptions d'urgence sont à délivrer à la jeune population en cas de besoin. Une prescription peut être discutée et réalisée en même temps que la contraception conventionnelle [47].

7) Les méthodes barrières

Les diaphragmes et les capes, même s'ils sont associés à des spermicides ne sont pas indiqués pour les adolescentes, à cause de leurs utilisation nécessitant un apprentissage et d'être à l'aise avec une contraception vaginale [48].

8) L'indice de Pearl

L'indice de Pearl est utilisé pour coter l'efficacité d'une contraception. Il équivaut au nombre de femmes sur un échantillon de 100 femmes, tombant enceinte sous la contraception étudiée pendant un an.

Il est très variable en fonction des différentes méthodes. Une grande variété d'efficacité pour une même contraception indique une difficulté d'utilisation de cette méthode.

III - Les sages-femmes et la contraception

La sage-femme, en collaboration avec le gynécologue-obstétricien et le médecin traitant, est au centre de la vie gynécologique et obstétricale, elle se retrouve donc acteur essentiel en ce qui concerne la périnatalité, et en voie de conséquence, la contraception.

Depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet venant modifier l'article L.4151-1 du code de la santé publique, les sages-femmes peuvent réaliser les consultations gynécologiques des femmes en dehors de leur grossesse et de la prescription de toutes les méthodes de contraceptions, ainsi que les poses et les retraits des implants contraceptifs et les dispositifs intra-utérins. Cependant les premières années de cette modification sont restées floues à cause d'une phrase : « la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant ». Cet item a donc été supprimé sur demande du Conseil de l'ordre des Sage-femme par l'article 44 de la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Les femmes ont alors face à elles des sages-femmes compétentes pour leur contraception [25,49-51].

1) Les études de sage-femme

Lors des études de maïeutique, le référentiel de formation des sages-femmes de 2001 prévoit lors du premier cycle un item intitulé : « Prévenir, informer, éduquer : sexualité, fécondité, infertilité, et problème gynécologique dont les IST, prévenir le risque de grossesse chez les adolescents ».

Pendant le second cycle, un second item est formulé de la sorte : « Informer, aider au choix, prescrire une contraception, veiller à la bonne compréhension des mesures d'observance, suivi gynécologique de prévention, information » [52].

Dans le nouveau référentiel de formation de 2011-2012, l'éducation à la santé a été maintenue dans plusieurs unités d'enseignement regroupées en un objectif : « Participer aux actions d'éducation sexuelle, à la prévention des maladies sexuellement transmissibles et à l'information des adolescents » [52].

Une enquête auprès des étudiants en dernière année de formation en 2009-2010 a révélé que 90% des étudiants estimaient qu'avoir des compétences en éducation pour la santé en périnatalité était « important » ou « très important » pour une sage-femme. En ce qui concerne les modalités pédagogiques, il a été montré que 50 % des étudiants ont bénéficié d'enseignements théoriques, 41 % de travaux pratiques réalisés à l'école, et 93 % d'enseignements au cours des stages [49,52].

IV- L'adolescent

L'adolescence est un passage obligatoire de la vie, et l'un des plus délicats. L'adolescent n'est plus un enfant, mais n'est toujours pas un adulte. Pour Françoise Dolto, il s'agit d'une seconde naissance.

Chez la fille, l'adolescence débute avec la puberté, entre 11 et 13 ans. C'est une période de crise, où le nouvel adolescent doit faire face à de grands changements dans sa vie : nouveau corps, nouvelles pulsions, angoisses, déni... Tout cela se conclue par une plus grande partie de souffrance que de satisfaction [53]

L'adolescent se met à vivre plus vite. Tout se joue sur l'urgence et le passage à l'acte, avec une pensée unique « Je suis invulnérable ». La sexualité des jeunes diffère de celle des adultes. Les relations sexuelles sont sporadiques (entre 5 et 15 par an) et

imprévisibles. Avec 63 % de ces rapports ayant lieu pendant les vacances, l'observance pour une prise régulière de contraceptif en est rendue plus difficile. De plus, l'acte sexuel est surtout une source de plaisir, de grande émotion et non un acte à risques infectieux ou encore moins de grossesse. La maternité est censée être réservée aux adultes. Il est alors compréhensible que la contraception ne soit pas considérée à sa juste valeur [32,54,55].

Les adolescentes sont à l'évidence conditionnées par la société actuelle par rapport à la maternité. Quand la question de l'enfant est posée, les réponses se ressemblent toutes : « Quand j'aurais un travail, à la fin de mes études, je suis trop jeune... ». De ce fait, le taux de grossesse chez les mineures a diminué de 36 % de 1980 à 1997, et celui des naissances vivantes de 60 % [54,56].

En France métropolitaine, le taux d'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.) chez les jeunes femmes de 15 à 17 ans était en légère diminution depuis 2010 jusqu'à 2013, arrivant à un taux de 9,7 femmes sur mille, après une forte hausse entre 1990 et 2010. Les données entre 2013 et 2016 ne sont pas encore accessibles. En Auvergne, le taux de 8,5 ‰ est donc inférieur au taux national faisant de cette région la sixième de France, avec les Pays de la Loire en première position (7,3‰) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en dernière (13,1‰) [57].

Au niveau épidémiologique, l'âge du premier rapport sexuel est resté équilibré autour de 17 ans (17,1 pour les garçons et 17,7 pour les filles) depuis plusieurs décennies. Cependant, 21 % des garçons et 10 % des filles ont eu leur premier rapport à 15 ans. De plus, 80 % des jeunes ont déclarés avoir utilisé le préservatif lors de leur premier rapport sexuel, et seules 38 % des filles prenaient la pilule à ce moment là [32,55].

La sexualité des adolescents est corrélée à leur estime de soi. Cette vision d'eux-mêmes est différente entre les filles et les garçons. Les jeunes filles traversent la période de la puberté plus difficilement que les garçons, avec une baisse de l'estime d'elles-mêmes. La puberté masculine est plus valorisée socialement, ce qui fait qu'ils sont plus

dans la recherche de relation pour s'assurer de leur attrait, alors que les filles sont en attente du regard de l'autre. L'estime de soi est un facteur important dans les connaissances en matière de sexualité. Plus l'estime de soi est élevée, plus les adolescents ont rencontrés des expériences variées, alors que ceux avec une mauvaise estime d'eux-mêmes ont rapporté moins d'expérience et une satisfaction moindre. De plus, une faible estime de soi est également associée à des comportements sexuels à risques, surtout chez les filles [37–40].

Les pratiques contraceptives ont évolué chez les 15-19 ans. Si l'utilisation de la pilule est restée stable et dominante (78,9% en 2010), le préservatif est aussi resté relativement stable (18,3%). Les « nouvelles méthodes » (anneau et patch ajoutés à l'implant en 2010), quant à elles, ont augmentés (0,8 % en 2005 versus 2,8 % en 2010). Les méthodes naturelles quant à elles ont diminués jusqu'à disparaître en 2010. [32]

La prescription de la première contraception est une étape difficile à franchir. Les jeunes filles associent très souvent et presque systématiquement, la première contraception à la première consultation gynécologique, et donc, à l'examen clinique tant redouté. Il faut savoir que l'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors du premier contact. Cette première consultation est axée sur la mise en confiance de l'adolescente, en assurant sa confidentialité. Il faut engager le dialogue sans être intrusif, et évoquer sa vie, ses attentes, ses besoins, ses peurs ... La faire parler d'elle est un bon moyen pour nouer le dialogue : ses premières règles, si elles sont douloureuses ou non, si elles durent trois ou six jours, leur fréquence ... En plus de l'amener à parler d'elle, ces questions permettent de connaître l'âge gynécologique, et de pouvoir aborder des sujets plus délicats : le premier rapport sexuel, une grossesse antérieure éventuelle et son évolution, le dépistage des situations à risques : dépendances au tabac, à l'alcool, aux drogues, dépression, échec scolaire, relation familiale compliquée, possibilité de contrainte ou de violences dans les relations sexuelles ...

Une jeune fille qui vient en consultation veut la pilule. Il faut appréhender si elle connaît d'autres moyens de contraception, et sinon l'en informer. Il est aussi nécessaire de la rassurer sur des craintes qu'elle ne va pas forcément formuler : la prise de poids,

l'acné, la fertilité après une période contraceptive, l'impact sur les règles ... En plus de la contraception, il faut informer sur les risques d'infections sexuellement transmissibles et encourager l'utilisation du préservatif. Pour finir, il faut parler de la contraception d'urgence : le délai d'action, quand faut-il s'en servir, où peut-on la trouver [33,62].

Si une contraception orale est proposée, il est impératif d'insister sur le besoin d'une bonne observance. L'observance n'est souvent pas parfaite chez les femmes plus âgées en couple depuis longtemps, alors comment une adolescente avec une vie sexuelle sporadique pourrait faire mieux ?

La Haute Autorité de Santé a préconisé de prescrire et de délivrer une contraception en même temps que la prescription de la contraception orale. Il faut cependant faire cette prescription au cas par cas, la systématisation n'ayant pas eu d'avantages [55,63].

La H.A.S évoque une méthode visant à améliorer l'observance : le Quick Start. Elle consiste à diminuer l'attente entre la consultation gynécologique et la prise du premier comprimé, voire à le supprimer si le comprimé est pris directement au cabinet, et ce, quel que soit le jour du cycle. Avant cela, il a été nécessaire d'éliminer le risque d'une grossesse. L'adolescente a été prévenue qu'il fallait utiliser une méthode barrière, la meilleure étant le préservatif, pendant la semaine suivant la prise du premier comprimé, et notamment du risque de spotting au début qui est parfois une cause d'arrêt. Si la jeune fille a été mise au courant, l'acceptation en a été facilitée [32,55,62].

Quand ça leur a été demandé, les adolescents avaient quelques souhaits d'informations complémentaires sur certains sujets. En effet, ils étaient intéressés par l'acte sexuel en lui-même, le premier rapport, la contraception, les risques d'infections, mais aussi à qui s'adresser en cas de problème. Les adolescents ont besoin de se sentir en pleine maîtrise de leur vie sexuelle concrète. Mais ils veulent aussi la sécurité, grâce à la connaissance des risques pour en avoir l'ascendant.

A l'opposé, ils se désintéressaient des cas plus particuliers tels que la prostitution, l'homo ou la bisexualité, la communication avec leurs parents. Il s'en désintéressaient notamment parce que c'était des sujets déjà connus.

Par exemple, la communication avec les parents n'est pas tellement rare. D'après le baromètre santé de 2002, 85 % des adolescents discutaient de contraception avec leur mère, et 70 % avec leur père. Cette discussion se faisait le plus souvent sans difficultés (73 % des jeunes de 12-19 ans selon le baromètre santé jeunes Pays-de-la-Loire). Mais contrairement au Canada, il n'existe pas en France de programme d'éducation sexuelle pour les parents [27].

Population et méthode

1) Étude : objectif, type, durée et lieux

Cette étude était une enquête transversale réalisée par questionnaire anonyme dans 20 lycées auvergnats lors de la rentrée scolaire 2015-2016.

L'objectif principal était d'identifier les connaissances des lycéens auvergnats sur la contraception.

Pour cela, les proviseurs ont reçu un premier mail d'information et de demande d'autorisation au mois de juin 2015. Un deuxième fin août pour ceux qui n'avaient pas répondu, et un nouveau mi-septembre. Seuls six lycées ont répondu favorablement, suite à des contacts par mails ou téléphone.

L'étude s'est déroulée dans chacun des quatre départements auvergnats. Cependant, ni le nom ni le département des lycées n'apparaissent publiquement dans l'enquête, seules les catégories étant importantes pour cette recherche.

Il y avait à la rentrée scolaire 2015, 44824 lycéens en Auvergne, dont 11063 dans l'Allier, 22135 dans le Puy-De-Dôme, 4 132 dans le Canal et 7494 dans la Haute-Loire.

Les lycées ont été sélectionnés en fonction de leur position géographique pour quadriller au maximum les départements, puis quand les zones ont été définies, le hasard a déterminé les lycées.

2) Population cible

Pour sélectionner les lycées, il a fallu respecter différentes règles. Après avoir eu connaissance du nombre de lycées en Auvergne, ainsi que la proportion des différents types, des calculs ont pu déterminer quels lycées choisir en fonction de :

- *Le nombre de lycées de chaque département.*

En Auvergne, il y avait en tout 84 lycées, toutes catégories confondues.

Sachant qu'il y avait 38 lycées dans le Puy-de-dôme, en rapportant ce nombre à 84 puis en divisant par 20, étant le nombre de lycées souhaités, il a fallu en sélectionner neuf : $[(38 \times 20) / 84 = 9,04]$. En additionnant le nombre d'élèves de chaque lycée sélectionné, le total était de 2915 lycéens.

En Allier, il y avait 20 lycées, après le même calcul : $[(20 \times 20) / 84 = 4,76]$, il a fallu en sélectionner cinq, faisant un total de 3055 lycéens.

Pour la Haute-Loire et ses 16 lycées, il a fallu en sélectionner trois : $[(16 \times 20) / 84 = 3,80]$, avec un total de 1323 élèves.

Enfin, dans le Cantal, il y avait 10 lycées, et suivant le même calcul : $[(10 \times 20) / 84 = 2,38]$, il y avait trois lycées à étudier, avec 770 élèves.

Les proportions ne pouvaient pas être totalement respectées sachant qu'il fallait un minimum de trois lycées par département pour avoir un représentant de chaque type, en gardant une certaine logique.

- *Le nombre de chaque catégorie de lycée dans ceux sélectionnés.*

Toujours grâce à un produit en croix, dans le même principe, il était possible de calculer les proportions.

Par exemple, pour les lycées privés du Puy-de-dôme, il a fallu multiplier le nombre de lycées privés total par le nombre de lycées de toutes catégories sélectionnés pour ensuite le diviser par le nombre de lycées de toutes catégories confondues total.

Ce qui faisait une formule simple de ce type : $[(13 \times 9) / 38] = 3,07$

Le résultat était le suivant :

	Puy-de-dôme	Allier	Haute-Loire	Cantal
Lycées professionnels	5	2	1	1
Lycées généraux et techniques	1	1	1	1
Lycées privés	3	2	1	1

Tableau II: Distribution des lycées par départements

3) Critères de sélection des sujets

- *Critères d'inclusion*

Les critères d'inclusion étaient l'inscription dans les lycées, l'accès à l'ENT (espace numérique de travail) via internet, et le volontariat pour participer à cette étude.

Les filières sélectionnées ont été les suivantes :

- de la seconde au baccalauréat général et technique
- du CAP au baccalauréat professionnel
- les enseignements spéciaux
- les sections de techniciens supérieur (BTS)

Les parents avaient été informés, par l'intermédiaire du site internet des lycées et pouvaient s'opposer à cette enquête.

- *Critères d'exclusion*

N'étaient pas inclus les élèves des classes préparatoires aux grandes écoles, les classes de troisièmes.

4) Le recueil des données

- *Les variables recueillies*

Les variables recueillies ont été : l'âge des élèves, leur sexe, le département et la catégorie du lycée où ils étaient inscrit, si ces élèves avaient déjà eu des rapports sexuels et si oui, s'ils étaient réguliers ou non, et s'ils utilisaient le préservatif à chaque fois. Pour les filles, l'étude a cherché à savoir si elles prenaient une contraception, et si oui, laquelle.

Ces variables n'ont pas toutes été incluses dans les tests statistiques, mais elles ont permis de mieux connaître la population étudiée.

Après ces variables, chaque participant a répondu à des questions précises sur la contraception.

- *Outil de recueil des données*

Pour recueillir ces données, le questionnaire a été distribué via internet, et plus précisément via l'ENT des élèves, par un lien internet du logiciel GoogleDrive.

Après le recueil, les données ont été transférées sur le logiciel Excel, pour ensuite être triées et codées.

Le score de connaissance, a été noté de zéro à 40, puis divisé par deux pour revenir à une note sur 20, qui est plus simple à interpréter du fait qu'elle soit plus largement utilisée en milieu scolaire.

5) L'analyse des données

L'analyse a été descriptive.

- *Les groupes comparés*

Plusieurs comparaisons par rapport aux scores de connaissance ont été réalisées pour que cette étude soit plus complète. La première comparaison était entre le groupe des garçons et des filles et en fonction de leur âge. Ensuite, pour les filles seulement, a été comparé le groupe qui était déjà sous contraception avec celui qui ne l'était pas. Enfin le groupe des lycées privés, des lycées généraux et techniques, et des lycées professionnels l'ont été.

- *Les tests statistiques utilisés*

Pour pouvoir comparer des variables quantitatives (le score de connaissance), avec des variables qualitatives (le sexe, le type de lycée, la prise ou non de contraception, le fait d'avoir déjà eu ou non des rapports) ou une variable quantitative (l'âge en année), le test de Student (pour comparer deux groupes) et le test de Kruskal-Wallis (pour comparer plus de deux groupes) ont été utilisés . Cela a permis de définir la valeur p-value, qui correspond au seuil de signification. Si celle-ci est inférieure à 0,05, on peut alors conclure à une différence significative entre les différents groupes, et donc que l'hypothèse H0 dite nulle qui présume que la différence est liée au hasard peut-être rejetée.

- *Le logiciel d'analyse utilisé*

Pour traiter les données, le logiciel Excel ainsi que le site internet biostatgv.com ont été utilisés.

6) Validation de l'étude

Avant d'être transmis aux lycées, le questionnaire à d'abord était testé pour être validé auprès des frères et sœurs - étant lycéens - des étudiantes de l'une des promotions de l'école de sages-femmes de Clermont Ferrand.. Le retour a été positif dans l'ensemble, avec une coopération satisfaisante, un intérêt important, et une compréhension des questions, à l'exception d'un item alors modifié d'après les conseils de l'un des neuf participants.

Résultats

Pour cette étude, les questionnaires ont été envoyés dans les 20 lycées auvergnats sélectionnés. Il y a alors eu 8063 élèves susceptibles de participer à l'enquête. 488 questionnaires ont été retournés. Le taux de participation a été de 6,05 %.

I) Population étudiée

La population comptait 329 filles, soit 67,42 %, et 159 garçons soit 32,58 %. Il y a eu un rapport de 2,07 entre les deux sexes.

1) Les différents établissements scolaires

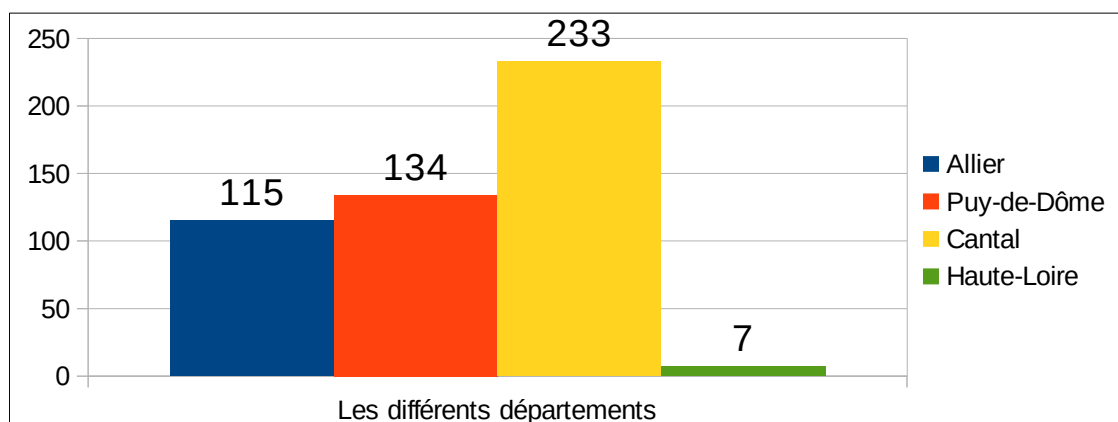


Schéma 1: Nombre de réponses par département

Dans le département de l'Allier, un lycée privé a accepté de participer à l'enquête. Parmi les 121 élèves de ce lycée, 115 ont renvoyé le questionnaire.

Dans le département du Puy-de-Dôme, trois lycées ont accepté cette étude, dont deux lycées professionnels et un lycée général et technique. Avec un total de 1008 élèves, 134 ont répondu au questionnaire.

Dans le département du Cantal, un lycée général et technique a souhaité participer à l'étude. Ce lycée comprenait 250 élèves dont 233 ont répondu au questionnaire.

Dans le département de la Haute-Loire, aucun lycée n'a accepté de participer à cette enquête, mais sept élèves ont répondu au questionnaire en affirmant venir d'un lycée de ce département.

Au total, 115 élèves (soit 23,57%) étaient issus d'un lycée privé, 225 élèves (soit 46,11 %) suivaient une filière générale et technique et 148 élèves (soit 30,33%) une filière professionnelle.

2) Age de la population

La moyenne d'âge des filles ayant répondu au questionnaire est de 16,09 ans, avec une médiane de 16 ans et un écart-type de 1,26 année.

Pour les garçons, la moyenne d'âge de ceux ayant participé était de 16,08 ans avec une médiane à 16 ans également. L'écart-type a été pareillement égal à 1,26 année.

Le mode était de 15 ans pour les deux genres, avec une étendue de huit à 20 ans pour les filles et de 14 à 20 ans pour les garçons.

3) Accès aux informations sur la contraception

Accès aux informations	%
Via les parents	51,30
Via la télévision	39,60
Via internet	34,30
Via les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire	83,20
Via le planning familial	20,50
Aucun accès	2,70

Tableau III: Sources d'informations sur la contraception des lycéens

Parmi la population étudiée, moins de 3 % n'a jamais eu d'accès aux informations concernant la contraception.

70,45 % de la population étudiée ont eu un accès aux informations par plus de deux moyens.

21,11 % de la population n'a eu accès à des informations seulement par le biais des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle au collège ou au lycée..

4) Habitudes sexuelles

Dans la population étudiée, 55,74 % des élèves avaient au moins eu un rapport sexuel avant la distribution du questionnaire, et 44,26 n'en avaient pas eu.

Parmi les élèves ayant déjà eu un rapport, 79,7 % d'entre eux ont des rapports réguliers (supérieur ou égal à deux par mois) avec le ou la même partenaire.

Nombre de partenaires différents	%
Toujours le même partenaire	43,10
Deux partenaires différents	34,00
Entre trois et cinq partenaires différents	16,30
Plus de cinq partenaires différents	6,50

Tableau IV: Nombre de partenaires différents

En ce qui concernait l'usage systématique du préservatif comme moyen de contraception et de protection vis à vis des infections sexuellement transmissibles, 37,3 % de la population interrogée ont répondu négativement..

5) Usage d'une contraception

Parmi les filles interrogées, 70,21 % ne prenaient pas de contraception lors de l'enquête. Pour les 29,79 % de lycéennes sous contraceptif, trois méthodes ont été répertorié.

Contraception	%
Pilule	93,88
Implant	5,10
Anneau	1,02

Tableau V: Contraceptifs utilisés par les lycéennes

II/ Connaissances des élèves sur la contraception

Les deux premières questions ont permis de savoir combien de méthodes différentes connaissent chaque élève.

La majorité des élèves interrogés ont su répondre correctement à cette question en affirmant qu'il existait plus de quatre sortes de contraceptifs. 10,90 % des élèves ont répondu qu'il n'existait que une ou deux sortes de contraception.

Nombre de contraception	%
Il existe une seule sorte de contraception	2,70
Il existe deux sortes de contraception	8,20
Il existe trois sortes de contraception	16,20
Il existe quatre sortes de contraception	13,80
Il existe plus de quatre sortes de contraception	59,00

De nombreuses méthodes contraceptives ont été citées après cette première question. Le contraceptif le plus connu a été le préservatif masculin (90,96%), suivi par la pilule (89,89%) puis par le dispositif intra-utérin (60,90%).

Les méthodes naturelles ont été placées en dernière position avec un total de 0,27 % d'élèves les connaissant.

Contraception	%
Préservatif masculin	90,96
Préservatif féminin	23,94
Pilule	89,89
Dispositif intra-utérin	60,90
Implant	40,43
Patch transdermique	19,41
Anneau vaginal	12,23
Pilule contraceptive d'urgence	3,46
Stérilisation	2,93
Spermicides	2,66
Diaphragme / Cape	1,60
Interruption Volontaire de Grossesse	0,53
Méthodes naturelles	0,27

Tableau VI: Distribution des contraceptifs connus des lycéens

1) Connaissances des élèves portant sur différentes méthodes de contraception

Question portant sur le préservatif.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Il en existe seulement des masculins

Item 2 : On peut garder le même pour plusieurs rapports sexuels

Item 3 : Il existe des préservatifs féminins

Item 4 : Cette contraception est la seule qui protège des I.S.T.

Item 5 : En mettre deux - l'un au-dessus de l'autre - permet une meilleure efficacité

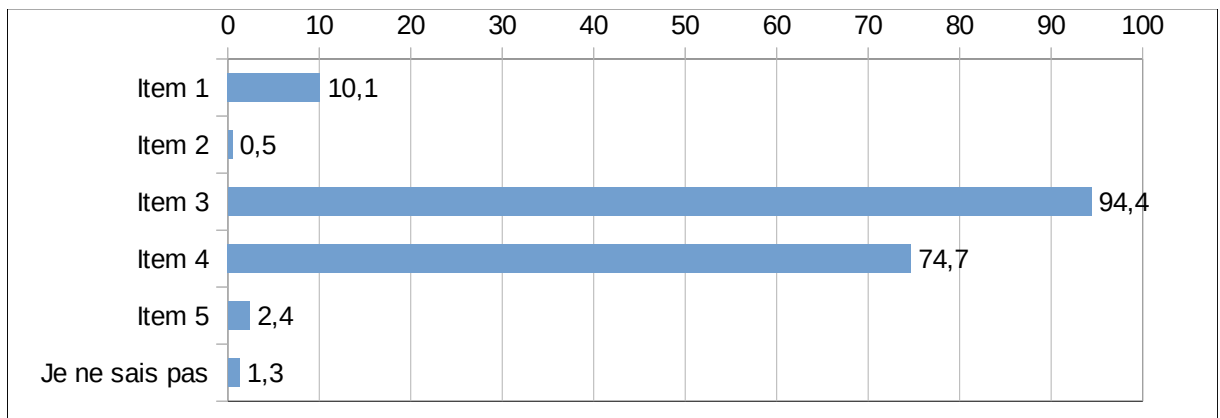


Schéma 2: Question : Le préservatif

75 % des élèves ont répondu correctement à cette question. La majorité d'entre eux (94,4%) connaissaient l'existence du préservatif féminin. Les deux réponses fausses, autre que le premier item, ont été cochées par 2,9 % de la population.

Au vu du résultat du quatrième item, 25,3% de la population pensait que d'autres méthode de contraception pouvaient protéger des infections sexuellement transmissibles.

Question portant sur la pilule contraceptive.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Seulement pendant la semaine des règles

Item 2 : En dehors des règles

Item 3 : Certaines se prennent en continu

Item 4 : Elle se prend tous les jours à la même heure (jusqu'à la fin de la plaquette)

Item 5 : Elle se prend tous les jours sans faire attention à l'heure (jusqu'à la fin de la plaquette)

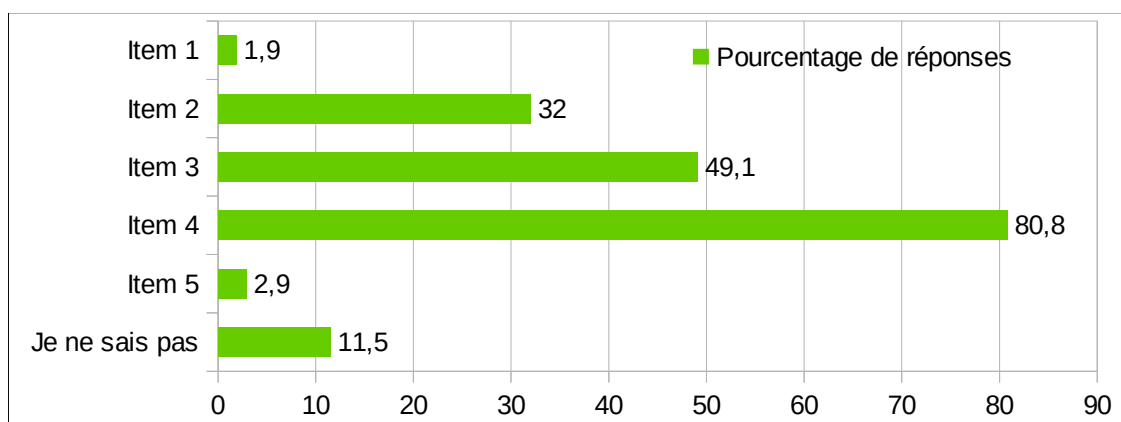


Schéma 3: Question : Quand faut-il prendre la pilule ?

Plus de 55 % des élèves ont coché au moins deux des trois bonnes réponses, et 4,8 % ont répondu inexactement.

Question portant sur l'implant contraceptif.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Est une contraception hormonale

Item 2 : Est une contraception non hormonale

Item 3 : Se place dans le vagin

Item 4 : Se place dans l'utérus

Item 5 : Se place sous la peau, dans le bras

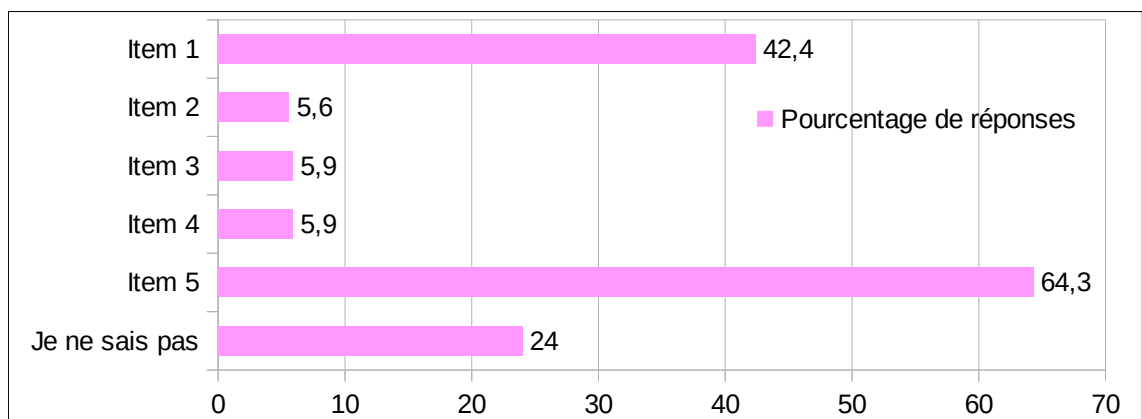


Schéma 4: Question : L'implant contraceptif

Près de 33 % de la population étudiée a répondu correctement à cette question, avec une majorité (64,3%) connaissant l'emplacement de l'implant.

Question portant sur l'anneau vaginal.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Est une contraception hormonale

Item 2 : Est une contraception non hormonale

Item 3 : Se place dans le vagin

Item 4 : Se place dans l'utérus

Item 5 : Se place sous la peau, dans le bras

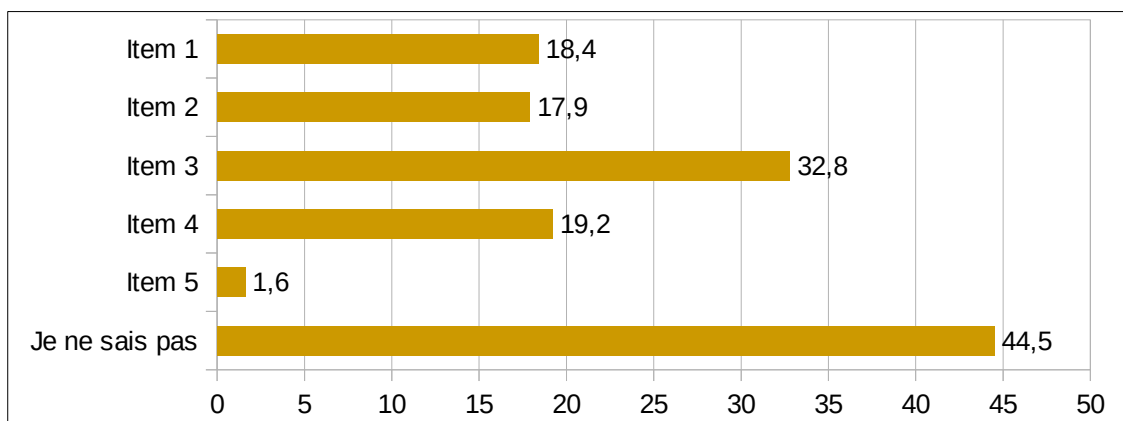


Schéma 5: Question : L'anneau contraceptif

Une majorité de la population (44,5%) a déclaré ne pas savoir répondre à cette question. Les taux entre les deux premiers items ont été très proches avec 0,5 % de différence entre la réponse correcte (item 1) et son contraire (item 2).

Question portant sur le patch transdermique.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Est une contraception hormonale

Item 2 : Est une contraception non hormonale

Item 3 : Se place dans le vagin

Item 4 : Se place dans l'utérus

Item 5 : Se place sur la peau, n'importe où sauf sur les seins

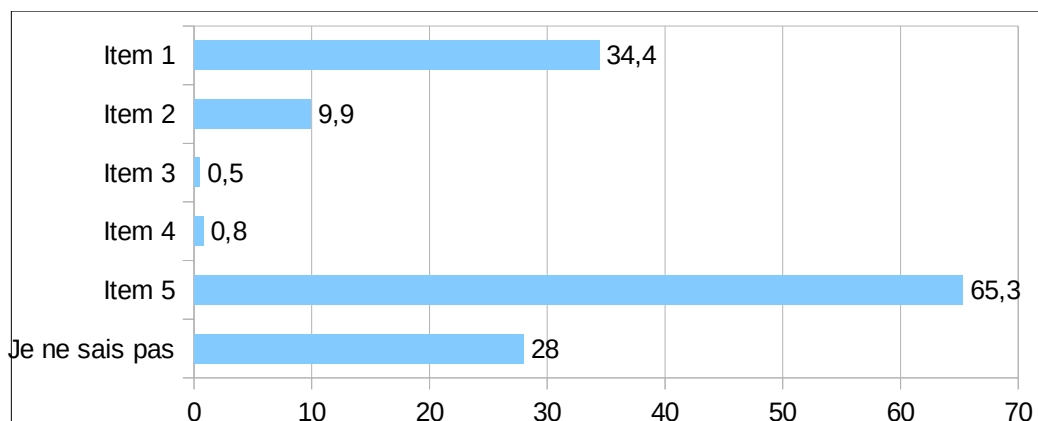


Schéma 6: Question : Le patch contraceptif

Le pourcentage d'élève affirmant ne pas connaître les réponses a été de 28 %, et celui des réponses incorrectes a été de 11,2 %.

Une majorité (65,3%) de la population a répondu correctement pour l'emplacement du patch transdermique, et 34,4 % ont su qu'il s'agissait d'une contraception hormonale.

Question portant sur le dispositif intra-utérin.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Est une contraception hormonale

Item 2 : Est une contraception non hormonale

Item 3 : Se place dans le vagin

Item 4 : Se place dans l'utérus

Item 5 : Se place sur la peau, n'importe où sauf sur les seins

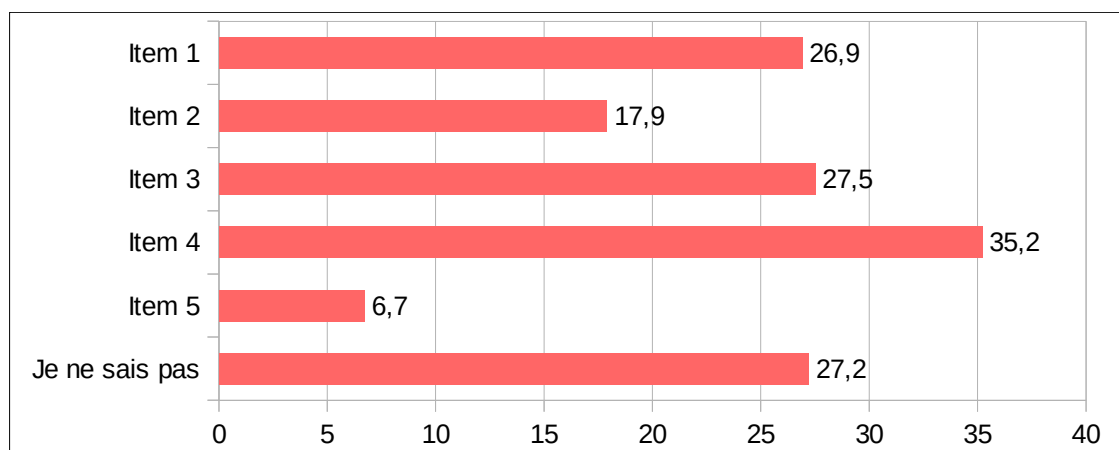


Schéma 7: Question : Le stérilet

Seulement 0,82 % de la population interrogée a répondu correctement en affirmant qu'il existait des D.I.U hormonaux ainsi que des D.I.U. à action mécanique.

La différence entre les zones d'emplacement du stérilet n'a pas été franche, avec 34,2 % des élèves estimant que ce dernier se positionnait soit dans le vagin soit sur la peau.

Question portant sur les contraceptifs locaux (autre que le préservatif).

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Est une contraception hormonale

Item 2 : Est une contraception non hormonale

Item 3 : Se place dans le vagin

Item 4 : Se place dans l'utérus

Item 5 : Se place sur la peau

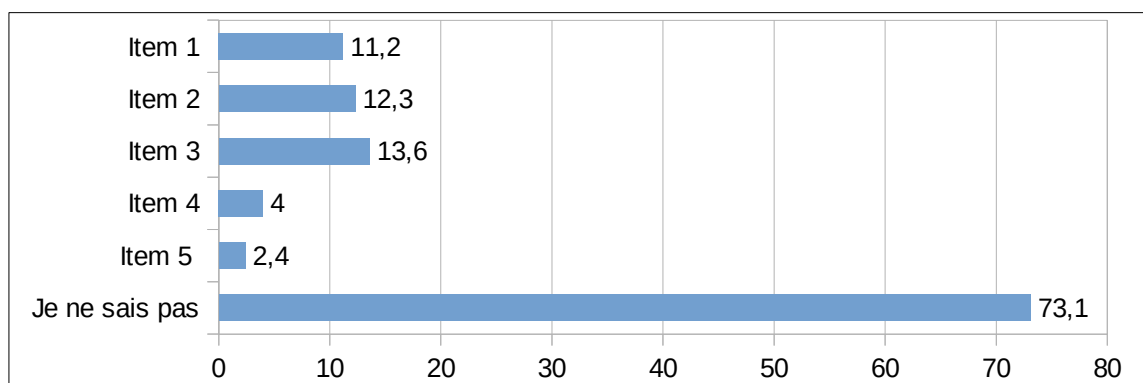


Schéma 8: Question : La cape, le diaphragme, les spermicides

Une forte majorité (73,1%) des élèves ayant répondu à l'enquête n'a pas su répondre à cette question. Pour les élèves restant, une différence de 1,1 % a été retrouvée concernant le mode d'action de ces contraceptifs.

Question portant sur la contraception injectable.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Consiste en 1 injection par semaine

Item 2 : Consiste en 1 injection par trimestre

Item 3 : Est très fréquente en France

Item 4 : N'existe pas encore

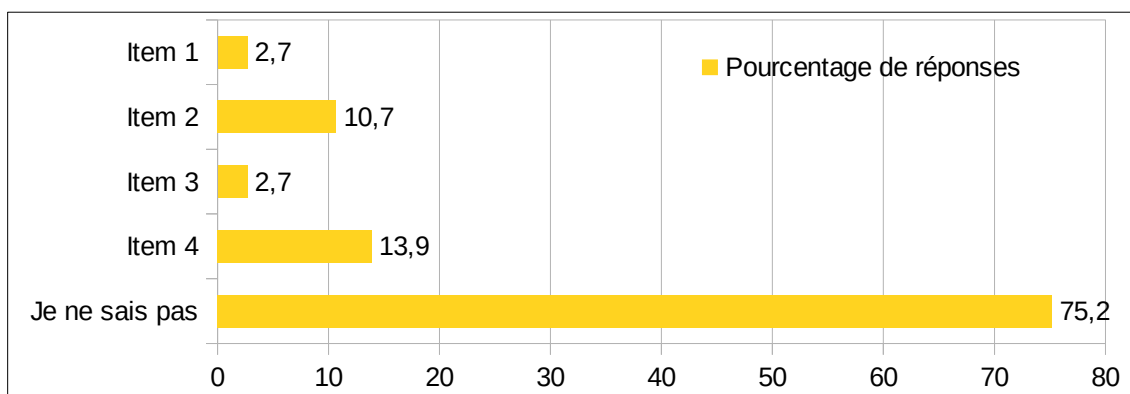


Schéma 9: Question : La contraception en injection (même utilisation qu'un vaccin)

Pour cette question également une grande majorité des élèves (75,2%) a affirmé ne pas connaître les réponses, et 19,3 % des lycéens n'ont pas répondu correctement.

Question portant sur la contraception d'urgence.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Évite une grossesse quand vous avez un problème de contraception (oubli de pilule ou de préservatif, rupture du préservatif ...)

Item 2 : Se présente surtout sous forme d'une pilule

Item 3 : Peut-être l'insertion d'un stérilet non hormonal (au cuivre) dans les 5 jours après le risque

Item 4 : Peut se prendre dans les 72h ou dans les 120h après le risque en fonction de la pilule utilisée

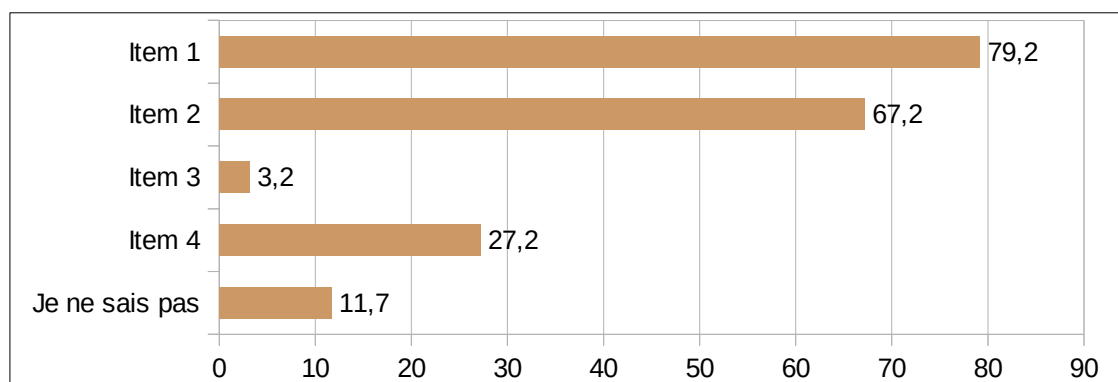


Schéma 10: Question : La contraception d'urgence

Une grande majorité de la population ayant participé à l'enquête ont su répondre correctement, mais de façon partielle, à cette question. Malgré les taux relevés de 79,2 % et de 67,2 % concernant l'utilisation de la contraception d'urgence, seulement 27,2 % de la population a affirmé que cette contraception d'urgence pouvait être utilisée jusqu'à 120 heures après la prise de risque.

Question portant sur les méthodes contraceptives naturelles.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : C'est une contraception à base de produits naturels

Item 2 : C'est sans hormones ni dispositifs médicaux

Item 3 : C'est la méthode la plus sûre

Item 4 : Comprend seulement l'abstinence (absence volontaire de tout rapport sexuel)

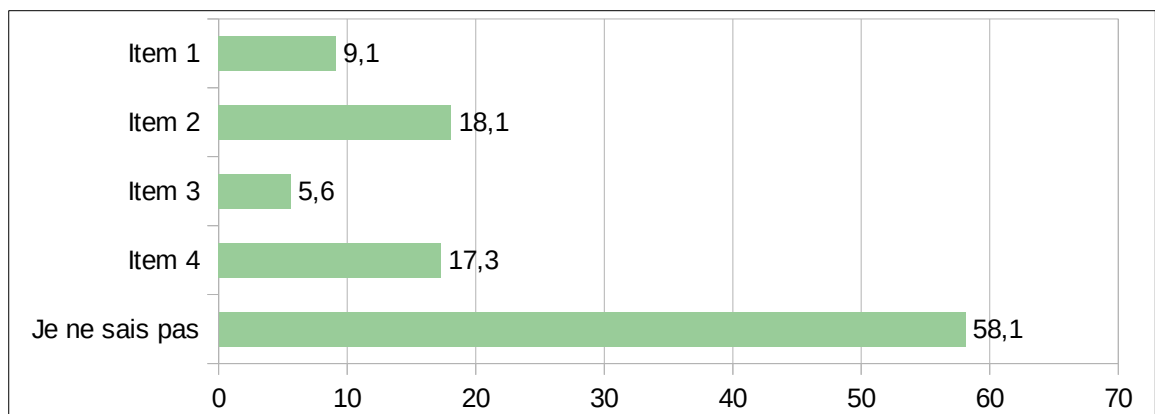


Schéma 11: Question : Qu'est-ce qu'est (sont) la(les) méthode(s) naturelle(s) ?

La plus grande majorité de la population interrogée (58,1%) n'a pas su répondre à cette question. Le pourcentage d'élève ayant répondu correctement (18,1%) a été proche de celui d'élève ayant répondu à tort à l'affirmation que seule l'abstinence était une méthode contraceptive dite naturelle (17,3%), avec une faible différence, égale à 0,8 %.

Question portant sur les hormones utilisées.

Les items de cette question étaient les suivants :

Item 1 : Toutes les contraceptions possèdent des hormones

Item 2 : Deux hormones peuvent être présentes en même temps

Item 3 : Les hormones utilisées sont les œstrogènes et la progestérone

Item 4 : Ces hormones protègent des IST (Infections Sexuellement Transmissibles)

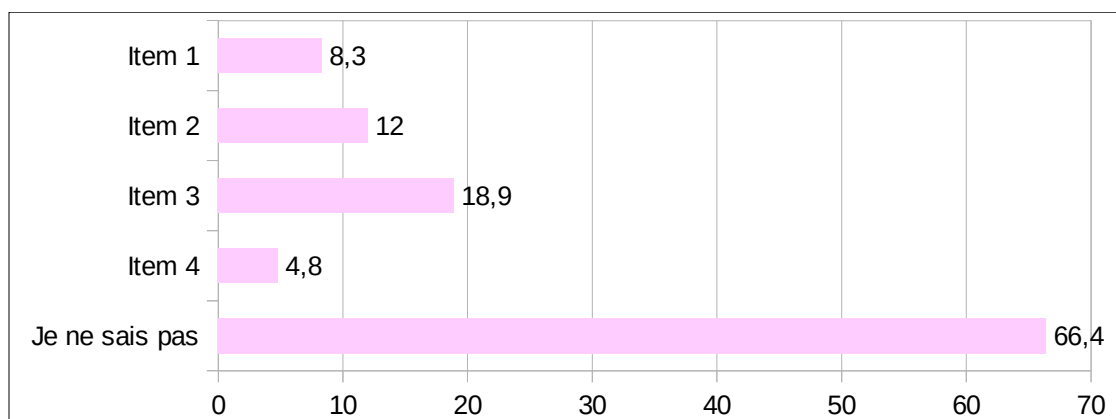


Schéma 12: Question : Les hormones

Près de 20 % des lycéens ayant participé à l'étude ont su répondre correctement à cette question, malgré la majorité de 66,4 % d'élèves ayant affirmé ne pas connaître les réponses.

2) Connaissances des élèves portant sur les durées d'action de chaque contraceptif.

Les items de ces questions étaient les suivants :

Item 1 : 1 an

Item 2 : 2 ans

Item 3 : 3 ans

Item 4 : 5 ans

Item 5 : Un nouveau à chaque rapport sexuel

Item 6 : Un nouveau chaque semaine, sauf pendant la semaine de règle

Item 7 : Un pendant 3 semaines, en faisant une pause la semaine de règle

	Implant (%)	Anneau (%)	Stérilet (%)	Patch (%)	Protections locales (%)
Item 1	5,60	3,20	3,50	2,90	1,30
Item 2	12,80	5,30	8,00	1,60	1,90
Item 3	30,70	5,10	15,70	2,10	0,50
Item 4	6,90	2,90	18,90	2,10	0,50
Item 5	1,30	5,30	1,60	5,60	12,30
Item 6	0,80	1,10	0,50	8,50	1,10
Item 7	1,60	2,10	1,10	5,60	0,50
Je ne sais pas	44,50	75,70	53,90	72,30	81,90

Tableau VII: Réponses concernant la durée d'action de chaque contraceptif

Les réponses correctes ont été soulignées.

Pour chaque méthode de contraception, l'item « je ne sais pas » a été le plus souvent coché par les élèves, avec une distribution semblables aux questions précédentes.

	Implant	Stérilet	Patch	Anneau	Protections locales
Questions précédentes	24,00 %	27,20 %	28,00 %	44,50 %	73,10 %
Durée d'action	44,50 %	53,90 %	72,30 %	75,70 %	81,90 %

Tableau VIII: Corrélation des items "je ne sais pas"

3) Connaissances des élèves portant sur des affirmations concernant la contraception.

Les questions étaient les suivantes :

Question 1 : Avant 20 ans, une fille est très peu fertile (facilité et rapidité pour tomber enceinte)

Question 2 : Il y a des jours du cycle féminin où le risque de tomber enceinte est nul

Question 3 : Il faut parfois essayer plusieurs contraceptions différentes pour trouver celle qui convient le mieux à une fille

Question 4 : Mineurs : il vous faut une autorisation parentale pour se procurer une contraception

Question 5 : Toutes les contraceptions (sauf le préservatif) font grossir

Question 6 : Toutes les contraceptions sont très contraignantes à prendre

Question 7 : Bien se protéger te coûte cher, même pour les mineurs

Question 8 : Certaines contraceptions vont modifier les règles (flux plus ou moins abondant qu'avant, arrêt des règles, saignements anarchiques ...)

Question 9 : La contraception est difficile d'accès (surtout pour les mineurs)

Pour chaque question, les adolescents devaient dire si les affirmations leur semblaient exactes ou non.

	D'accord	Sans opinion	Pas d'accord
Question 1	21,60 %	31,70 %	46,70 %
Question 2	46,90 %	23,50 %	29,60 %
Question 3	78,90 %	15,70 %	5,30 %
Question 4	13,60 %	16,00 %	70,40 %
Question 5	11,20 %	31,70 %	57,10 %
Question 6	12,80 %	30,90 %	56,30 %
Question 7	23,50 %	27,20 %	49,30 %
Question 8	61,90 %	31,50 %	6,70 %
Question 9	16,50 %	20,80 %	62,70 %

Tableau IX: Réponses concernant les affirmations correctes ou non

Les réponses correctes ont été soulignées. Le choix « sans opinion » a été régulièrement choisi par les lycéens interrogés, avec un taux de 15,70 % à 31,70 %.

Mis à part la deuxième proposition, concernant les jours du cycle féminin où il est impossible de débiter une grossesse, les élèves ont majoritairement répondu correctement.

III/ Comparaison des connaissances des différents groupes

1) Comparaison des connaissances en fonction du genre

	FILLE (n = 329)	GARÇON (n = 159)
MOYENNE	8,76	7,03
ECART-TYPE	3,08	2,68
P-value < 0,01		

Tableau X: Comparaison des connaissances en fonction du sexe

Le test de Student a permis de mettre en avant une moyenne plus élevée chez les filles, avec une différence de 1,73 point. Cependant, l'écart-type plus restreint chez les garçons montre une distribution moins large, qui peut s'expliquer notamment par un échantillon moins important.

Avec une p-value inférieure à 0,01, l'étude a montré une différence significative entre les connaissances féminines et masculines, avec des connaissances en moyenne plus importantes de la part des lycéennes.

2) Comparaison en fonction de l'utilisation d'une contraception chez les filles

	AVEC (n = 98)	SANS (n = 231)
MOYENNE	9,84	8,29
ECART-TYPE	2,85	2,99

P-value < 0,01

Tableau XI: Comparaison des connaissances en fonction de l'utilisation d'un contraceptif

Cette comparaison, rendue possible avec le test de Student, a montré une moyenne plus élevée pour les adolescentes qui étaient sous contraception pendant l'enquête.

Avec une moyenne de 9,84 sur un total de 20, ces dernières ont de meilleures connaissances que celles qui n'en prenaient pas au même moment, avec une différence de 1,55 point. Comme pour le genre, l'écart-type est plus élevé chez le groupe le plus représenté.

La différence de connaissance entre le groupe des lycéennes qui prenaient une contraception et le groupe de celles qui n'en prenaient pas est statistiquement significative, avec une p-value inférieure à 0,01.

3) Comparaison en fonction de l'existence d'au moins un rapport sexuel antérieur

	A déjà eu un rapport (n = 216)	N'a jamais eu de rapport (n = 272)
MOYENNE	8,71	7,79
ECART-TYPE	2,98	3,01

P-value < 0,01

Tableau XII: Comparaison des connaissances en fonction de l'existence d'un rapport sexuel antérieur

L'écart de 0,92 point entre les élèves ayant déjà eu un rapport sexuel et ceux n'en ayant jamais eu est en faveur du premier groupe, avec des connaissances plus importantes sur la contraception.

Le test de Student a permis d'affirmer que cette différence de note entre les groupes qui ont déjà eu ou non un rapport sexuel est statistiquement significatif, avec une p-value inférieure à 0,01.

4) Comparaison des connaissances en fonction de l'âge des individus

Groupes	Nombre d'échantillon	Moyenne	Variance	Écart-type
14	16	8,06	7,13	2,67
15	151	7,49	5,78	2,41
16	106	8,30	9,24	3,04
17	149	8,50	11,13	3,34
18	45	8,84	7,41	2,72
19	13	9,77	21,36	4,62
20	6	10	20,8	4,56

Valeur F	Probabilité	Valeur critique pour F
3	0,006	2,12

Tableau XIII: Comparaison des connaissances en fonction de l'âge des lycéens

Les écart-types les plus importants concernaient les adolescents les plus âgés. Contrairement aux comparaisons avec le test de Student, les écarts-types ne sont pas corrélés au nombre d'individu par groupe.

La valeur F étant supérieure à la valeur critique de F, l'hypothèse nulle a pu être rejetée, ce qui a été confirmé par la p-value inférieure à 0,01. La différence entre toutes les moyennes est donc statistiquement significative.

5) Comparaison des connaissances en fonction du type de lycée

Groupes	Nombre d'échantillon	Moyenne	Variance	Écart-type
Lycée général et technique	225	8,60	9,26	3,04
Lycée professionnel	148	7,66	7,55	2,75
Lycée privé	115	8,11	10,56	3,25

Valeur F	Probabilité	Valeur critique pour F
4,42	0,013	3,01

Tableau XIV: Comparaison des connaissances en fonction du type de lycée

Les moyennes ont été plus élevées pour les lycées généraux et techniques, devant les lycées privés, pour finir par les lycées professionnels, avec 0,94 de point de différence entre les premiers et les derniers.

La valeur F étant supérieure à la valeur critique de F, l'hypothèse nulle a pu être rejetée, ce qui a été confirmé par la p-value inférieure à 0,05. La différence entre les trois moyennes est donc statistiquement significative.

Discussion

I/ Limites de l'étude

L'objectif principal, à savoir étudier la connaissance des lycéens auvergnats en matière de contraception n'a été que partiellement atteint. En effet, malgré un nombre satisfaisant de résultats à traiter et à étudier, le taux de participation à cette étude n'a pas été assez élevé pour pouvoir extrapoler sans crainte. Avec un total de 8063 élèves dans les 20 lycées interrogés, le taux de participation a été de 6,05%. Pour améliorer la puissance de l'étude, il aurait fallu obtenir l'accord de nombreux autres proviseurs.

De nombreux obstacles ont empêché l'obtention d'un taux de participation plus élevé. Parmi les 20 lycées sélectionnés, seuls six proviseurs ont répondu favorablement, et parmi eux, un n'a plus donné suite. Six proviseurs ont répondu négativement, et huit ont toujours dévié les demandes ou n'ont jamais répondu. Si seuls les lycées ayant participé à l'étude étaient pris en considération, elle aurait montré 95,04 % de participation pour l'Allier, 13,30 % pour le Puy-de-dôme, et 93,2 % pour le Cantal. Les trois chefs d'établissements scolaire de la Haute-Loire n'ont pas souhaité participer. En comptant les cinq lycées participants, le taux final de réponses a été de 34,96 %. Une grande disparité entre les départements a été retrouvée.

Un biais de sélection s'est présenté lors de cette étude avec le refus de tous les proviseurs des lycées de la Haute-Loire, alors que ceux-ci représentait une proportion non négligeable de lycéens.

Les réponses négatives avaient de nombreux arguments, comme le manque de temps, le désintérêt du sujet, les trop nombreuses enquêtes déjà effectuées dans le lycée sur ce même sujet, le fait que l'étude ne soit pas celle d'une ancienne élève du lycée ...

Un des proviseur de lycée a refusé de participer à cette enquête parce qu'il « n'est pas possible de poser de telles questions sans la présence d'une infirmière ou d'une préparation préalable, pour éviter toutes les inquiétudes suscitées par ce questionnement intrusif ». Un autre proviseur a refusé car c'était une enquête

« inappropriée », avec des questions « choquantes » pour l'âge des élèves, ainsi que « parler de ça est délicat, compliqué et trop personnel ».

Sur le plan éthique et réglementaire, de nombreuses démarches ont été nécessaires avant l'envoi des questionnaires, ce qui a retardé le commencement de l'enquête.

De surcroît, les connaissances sur la contraception n'a pas pu être exhaustive. Étant un sujet très étendu, il a fallu cibler des questions précises pour ne pas faire un questionnaire trop long qui aurait pu dissuader de nombreux élèves, et ainsi, diminuer le taux de participation.

Dans un souci d'homogénéisation de la collecte des réponses, aucune intervention sur place n'a été réalisée. Dans le cas contraire, il aurait fallu intervenir dans chaque lycée participant, ce qui n'a pas été possible, tant sur le plan du calendrier que sur le plan budgétaire.

Pour avoir une étude plus précise et complète, il a notamment manqué quelques questions qui auraient permis d'avoir une vision plus globale de la vie affective et sexuelle des adolescents, comme par exemple :

- Est-ce que les lycéens sont satisfaits du nombre de séances d'éducation à la vie affective et sexuelle ?
- Est-ce que les filles ont déjà réalisé une visite chez la sage-femme, le gynécologue ou leur médecin traitant pour pouvoir aborder le sujet de la contraception ?
- Est-ce que les lycéens connaissent la meilleure réaction en cas de rapport non protégé ?

II/ Discussion de la distribution des questionnaires

Une observation faite par rapport à cette recherche, est que la contraception est un sujet ne représentant pas le même intérêt pour toutes les personnes concernées. En analysant les réponses, il s'est avéré que toutes les réponses positives venaient de femmes. Qu'elles soient proviseure, infirmière, professeure de sciences de la vie ou de la terre, elles ont permis à l'enquête d'aboutir. Trois des six lycées ayant distribué le questionnaire avaient une proviseure lors de l'enquête. Celles-ci ont été un relais indispensable à cette distribution. Dans les 15 lycées restants, 14 avaient un proviseur en activité lors de l'étude, et un avait une proviseure.

Si tous les départements n'ont pas été représentés dans cette étude, un proviseur de chaque catégorie de lycée a souhaité participer à l'étude.

III/ Discussion sur les réponses collectés

1) Proportion des sexes

67,42 % des réponses reçues venaient de lycéennes, contre 32,58 % de réponses de la part des garçons. Cela a montré que 2,07 fois plus de filles que de garçons ont participé à l'enquête.

Lors de la rentrée scolaire de 2013, une mixité presque parfaite a été retrouvée dans les lycées de France, avec un taux de 49,45 % de filles dans les lycées, pour 50,55 % de garçons. Les filles ont été davantage représentées dans les filières générales et techniques (54,1%) que dans les filières professionnelles (44,8%) [(61)].

Cette mixité n'a pas été rappelée dans la population étudiée. Les jeunes filles étant les premières utilisatrices de méthodes contraceptives, elles ont pu se sentir davantage concernées par l'étude menée.

2) Nombre de réponses par département

Tous les proviseurs n'ayant pas participé à l'enquête, cela a entraîné de grande disparité entre chaque département.

Les trois proviseurs des lycées sélectionnés de la Haute-Loire n'ont pas souhaité participer à l'étude. Il n'y a donc pas eu de représentativité de ce département.

Cependant, les résultats ont montré sept réponses venant de la Haute-Loire. N'ayant eu que des refus, ces réponses ont du être des erreurs. Une mauvaise manipulation lors du choix du département du lycée aurait en effet pu arriver.

Le Cantal a été le département le plus représenté, avec près de la moitié des réponses (47,75%) avec un seul proviseur ayant accepté de participer.

L'Allier et le Puy-de-Dôme ont été représentés de façon quasiment égale, avec respectivement 23,57 % et 27,46 % de réponses.

3) Proportion des différents âges

83,20 % de réponses sont à mettre à l'actif des 15 – 17 ans, ce qui suit la répartition des âges dans le second cycle. Les élèves de 18 ans ou plus sont possiblement ceux qui ont, à un moment donné dans leur parcours, redoublé une année, sachant que les élèves ne pouvaient pas répondre après le début de l'année 2016 (hors rares exceptions). Pour ce qui est des deux réponses des élèves de huit et 12 ans, il est plus probable qu'il y ait eu une erreur au moment où ils ont rentré leur âge. En effet, aucun élève de cet âge n'est scolarisé au lycée.

La tranche d'âge de 14 ans à 18 ans a compté la plus grande majorité des élèves, avec 95,90 % de la population. Les élèves mineurs ont représenté 86,48% de la population. Cet effectif est corrélé à la norme nationale, et a donc été visiblement représentatif de la population générale des lycées de France.

4) Les différents accès aux informations à propos de la contraception

Les sources d'informations des élèves sont nombreuses et variées. La principale étant les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, avec 83,20 % des élève la mentionnant. Ce résultat permet de montrer l'importance de cette éducation. En effet, 21,11 % des élèves n'ont eu des informations seulement par ce biais.

Les médias, comprenant la télévision et internet, sont des accès libres et simples à l'information. 73,90 % des élèves ont affirmé en avoir déjà eu recours.

A cet âge où le sujet est encore délicat à aborder, il est souvent plus simple de se renseigner en tout anonymat sur les sites internet que de se dévoiler en demandant à une personne physique. L'entourage familial et notamment les parents s'est révélé être une source d'informations importante, citée par 51,30 % des élèves. Les parents ont un rôle complémentaire dans l'éducation de leurs enfants avec les établissements scolaires. Le planning familial a aussi été présenté comme une source non moindre d'informations, avec 20,50 % des élèves la mentionnant. L'étude a tout de même souligné 2,70 % de la population n'ayant jamais eu d'information sur ce sujet.

Le peu de choix de réponses pour savoir où les lycées ont eu des informations a limité la discussion. Pour être plus précis, il aurait fallu rajouter des items, tels que les cours de sciences de la vie et de la terre, les professionnels de santé, la famille (notamment les aînés), les campagnes de sensibilisation...

5) Autres caractéristiques de la population étudiée

Le nombre de rapports et de partenaire est variable d'un adolescent à l'autre. 56,80 % des lycéens interrogés ont déjà eu au moins deux partenaires différents avant l'étude.

De plus, 22,80% ont eu plus de trois partenaires différents. 20,30 % n'avaient pas de rapports réguliers, il s'agissait alors de rapports sporadiques en corrélation avec la revue de la littérature. Les nombreux partenaires et les rapports sporadiques sont deux cas exposant à des risques plus importants d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses inopinées. De surcroît, 37,7 % de la population étudiée a affirmé ne pas utiliser de préservatif à chaque rapport (32)

Lors de l'étude, seules 29,79 % des lycéennes étaient sous contraception, avec une utilisation majoritaire de la pilule (93,88%). La méthode du « double DUTCH », préconisée dans la littérature devrait être abordée dans les séances d'éducation quand elles concernent la contraception. Cette méthode reste la plus efficace pour les lycéens, et trop d'entre eux font le choix entre la pilule ou le préservatif, alors qu'il serait plus avantageux d'associer les deux contraceptifs (30)

IV/ Discussion sur les résultats

1) Connaissances des élèves sur les différentes méthodes

Une importante proportion d'élèves (41,1%) ne savaient pas qu'il existait de nombreuses méthodes contraceptives, et 11 % d'entre eux ne connaissaient pas plus de deux méthodes. Cette méconnaissance de tous les contraceptifs à leur disposition peut être à l'origine d'un frein pour choisir une contraception. Il faudrait leur présenter chaque méthodes, notamment aux jeunes filles, pour qu'elles aient connaissance de tous les choix qui s'offrent à elles.

Les deux méthodes les plus couramment citées ont été le préservatif et la pilule, avec respectivement 90,96 % et 89,89 % de réponses. Sont arrivés ensuite d'autres moyens de contraception, avec dans l'ordre de popularité le dispositif intra-utérin, l'implant, le préservatif féminin, le patch, l'anneau ...

La pilule contraceptive d'urgence ainsi que l'interruption volontaire de grossesse ont été citées respectivement par 3,46 % et 0,53 %.

Certains adolescents ont fait l'amalgame entre des méthodes de contraception et des méthodes qui doivent rester d'exceptions.

La stérilisation a quant à elle été nommée par 2,93 % de la population étudiée. La stérilisation restant non autorisée pour les mineurs.

Les spermicides, la cape, le diaphragme et les méthodes naturelles ont été désignés par 4,53 % des élèves. Dans la littérature, il a souvent été exprimé que ces méthodes ne sont pas adaptées aux adolescents. Cette méconnaissance n'est donc pas un obstacle en soi.

- Le préservatif

Seulement 74 % ont su que le préservatif est le seul contraceptif qui pouvait protéger des infections sexuellement transmissibles. Cela a montré une méconnaissance de la part de 26 % des élèves. Cette méconnaissance assez délétère pourrait alors amener à prises de risques.

- La pilule

La pilule a été la deuxième contraception la plus citée. Plus de 55 % des élèves ont coché au moins deux des trois bonnes réponses et moins de 5 % ont donné des réponses fausses, ce qui a permis de montrer une connaissance satisfaisante de ce contraceptif.

- L'implant

Près de 33 % des élèves ont répondu entièrement juste à cette question. Les taux pratiquement égaux pour les trois items faux peuvent faire penser que les élèves ont répondu au hasard. Il y a donc sûrement plus de 24 % d'entre eux qui ne savaient pas répondre à cette question.

- L'anneau vaginal

Le taux de réponse est très proche entre les deux premiers items sur le mode d'action (hormonal ou non) de l'anneau vaginal, avec respectivement 18,4 % et 17,9 % de réponses. Pour les 55,5 % d'élèves ayant répondu à cette question, en laissant supposer qu'ils connaissaient cette méthode contraceptive, le mode d'action n'est donc pas évident.

- Le patch transdermique

Les réponses pour le patch transdermique ont été plus précises que pour l'anneau, avec un plus faible pourcentage d'élève qui affirment ne pas connaître les réponses (28 % versus 44,5 % pour l'anneau vaginal) .

Lors des questions précédentes, un item était intitulé « se place sous la peau, dans le bras », alors que pour cette question, il a été remplacé par « se place sur la peau, n'importe où sauf sur les seins ». Ce changement a pu pour certains élèves être une indication de la bonne réponse. Il aurait fallu mettre les deux choix pour toutes les questions.

Un nouveau patch contraceptif a été mis sur le marché, moins dosé que les pilules, il possède le même fonctionnement que son prédécesseur. De plus amples informations seront disponibles dans les mois à venir.

- Le stérilet

Une très faible minorité des élèves (0,82%) a su qu'il y avait des stérilets hormonaux et des mécaniques. La plupart des élèves (26,9%) ont affirmé que les stérilets avait un mode d'action hormonal. 17,9 % des élèves ont quant à eux, affirmé que le mécanisme d'action du stérilet était mécanique.

La différenciation entre une mise en place vaginale ou utérine n'a pas été très franche ; il y eu seulement 7,7 % d'écart, avec une prédominance pour la localisation utérine.

- La cape, le diaphragme, les spermicides

Avec 73,1 % d'élèves ayant affirmé ne pas connaître la réponse, la déduction peut être faite que les contraceptifs locaux, autres que le préservatif, ne sont pas connus des lycéens. Comme dit précédemment, ces méthodes de contraception n'étant pas idéales pour cette tranche d'âge, ce résultat n'est pas perturbant.

- La contraception en injection

Dans le même principe que pour la question précédente, 75,2 % des adolescents ne connaissaient pas ce contraceptif. L'étude a montré que parmi ceux qui ont répondu, la majorité (13,9%) pensait que cette méthode de contraception n'existait pas encore. L'acétate de médroxyprogestérone-retard n'étant pas la contraception la plus recommandée pour la population jeune, ce résultat est resté logique (42)

- Les méthodes naturelles

Pour cette question, 81,90 % de la population interrogée n'ont pas su répondre, dont 58,10 % ne connaissant pas la réponse et 23,80 % ayant donné des réponses erronées.

2) Connaissances des élèves sur la contraception d'urgence

La plupart des adolescents ont su répondre convenablement en ce qui concernait les raisons pour lesquelles ils pouvaient avoir recours à la pilule d'urgence.

Concernant le délai d'action de la pilule de contraception, le résultat a été moins probant, avec seulement 27,2 % des élèves ayant coché l'item correspondant.

Si seule la proposition des 72 heures avait été possible, les réponses auraient sûrement été plus nombreuses.

La proposition de l'insertion d'un stérilet au cuivre dans les cinq jours suivant la prise de risque pour éviter une grossesse non désirée n'a été coché que par 3,2 % des élèves.

3) Connaissances des élèves concernant les hormones utilisées

Une grande majorité des lycéens n'ont pas su répondre à cette question, avec un taux égal à 66,4 %.

8,3 % ont pensé que toutes les contraceptions possédaient des hormones, ce qui peut créer un frein dans le choix d'un contraceptif si les adolescents ne souhaitent pas avoir d'hormones.

4) Connaissances des élèves concernant les durées d'actions des différents contraceptifs

De nombreux élèves, entre 44,5 % et 81,9 %, n'ont pas su répondre aux questions correspondantes. Les taux ont été cohérents avec les questions précédentes. Les méthodes locales (autres que le préservatif) ont été les moins connues, et par conséquence, leur durée d'action aussi. Ces résultats sont identiques pour tous les autres contraceptifs.

Pour le patch transdermique et l'anneau vaginal, les réponses données ont été très proches les unes des autres. Les taux des différentes réponses pour le patch transdermique ont été étendus de 1,6 % à 8,5%, et ceux de l'anneau vaginal de 1,1 % à 5,3 %.

5) Connaissances des élèves sur des affirmations données, véritables ou non.

La première question concernant la fertilité a montré que seulement 46,7 % des élèves savaient que la fertilité n'était pas une question d'âge. 20 % des élèves restant ont pensé qu'il n'existait pas les mêmes risques de débiter une grossesse chez une fille de leur âge que chez une fille plus âgée.

La deuxième question a souligné que près de la moitié des élèves (46,9%) pensaient que les risques d'une grossesse inopinée pouvaient être nuls à certains moments du cycle menstruel. Cela pourrait engendrer des rapports sans protection en pensant qu'il n'y a aucun risque, alors même que les cycles menstruels des lycéennes ne sont pas correctement régularisés.

Concernant la prise de la contraception, et notamment une susceptible prise de poids et de nombreuses contraintes associées, les élèves n'étaient majoritairement pas en accord avec ces propositions, respectivement 57,10 % et 56,30 %.

Avec un tiers des élèves n'ayant pas eu d'opinion sur ces items, 11,20 % et 12,80 % de la population a encore des idées reçues sur cette problématique, alors que ces effets indésirables sont souvent un frein pour accepter une contraception.

Pour d'autres effets secondaires, tels que les modifications des cycles menstruels, près de 62 % sont au courant de cette éventualité, ce qui est capital, car plusieurs abandons de contraceptions sont dus à des méconnaissances de ces modifications. Si les jeunes femmes étaient au courant que leurs menstruations pouvaient être modifiées sous certaines contraceptions, elles l'accepteraient plus facilement et conserveraient leur contraception sur une plus longue durée.

Concernant l'obtention des contraceptifs, 70,4 % des élèves ont su qu'une autorisation parentale n'étaient pas obligatoire pour les mineurs, et près de la moitié (49,3%) était en accord avec le fait que la contraception n'était pas un budget important. Parmi la population étudiée, 62,7 % ont su que même s'ils étaient mineurs, il ne leur serait pas difficile d'obtenir une contraception.

Ces questions ont montré que certains élèves, même si ce n'est pas la majorité, ont encore des idées erronées sur la contraception. Lors des diverses prévention, il faudrait insister sur les modalités d'obtention des différentes méthodes contraceptives.

V/ Discussion sur les résultats en fonction des groupes

1) Comparaison en fonction du genre

Les moyennes des résultats des lycéens ont été respectivement 8,76 pour les filles et 7,03 pour les garçons. Étant des notations sur un total de 20 points, l'étude a montré un meilleur résultat dans le groupe des filles avec 1,73 point de plus. Ce résultat a été l'équivalent de 8,65 % de réponses correctes en plus chez les filles que chez les garçons.

La valeur de p étant largement inférieure au seuil de signification de 0,05, l'hypothèse nulle peut être rejetée. En conclusion, l'enquête a affirmé que les filles ont des connaissances plus importantes sur la contraception que les garçons, et cette différence de connaissance est statistiquement significative.

2) Comparaison en fonction de la prise ou non de contraceptions

Les moyennes des résultats des lycéennes ont été respectivement 9,84 pour celles étant sous contraception lors de l'étude et 8,29 pour celles ne l'étant pas. Le groupe d'élèves prenant une contraception lors de l'étude a répondu à 7,75 % de réponses correctes en plus.

La valeur p de ce test de Student étant également inférieure au seuil de signification, l'hypothèse nulle a pu être rejetée. Les lycéennes prenant une contraception ont donc de meilleures connaissances sur ce sujet que les lycéennes n'en prenant pas, et cette différence est statistiquement significative.

3) Comparaison en fonction de l'existence de rapports antérieurs

Les moyennes des résultats des élèves ont été respectivement 8,71 pour ceux ayant déjà eu au moins un rapport sexuel avant l'étude et 7,79 pour ceux n'en ayant encore jamais eu. Le premier groupe a répondu à 4,6 % de réponses correctes en plus que le deuxième groupe.

La valeur p est également retrouvée inférieure au seuil de signification. L'hypothèse nulle a pu être rejetée en permettant d'affirmer que les élèves ayant déjà eu au moins un rapport sexuel ont de meilleures connaissances sur la contraception que les autres. Cette différence est statistiquement significative.

4) Comparaison en fonction de l'âge

L'âge des individus a été un facteur important dans les résultats de cette enquête. Plus les élèves étaient âgés, plus leurs connaissances étaient élevées. Les élèves de 20 ont eu la meilleure moyenne avec un total de 10 points sur les 20 possibles. La moyenne la plus basse a concerné les élèves âgés de 15 ans.

Cette comparaison a permis de mettre en valeur les disparités entre les élèves d'un même groupe. En effet, les élèves de 20 ans ont eu la meilleure moyenne, mais ont aussi eu un écart-type élevé de 4,56 points. Les élèves de 15 ans, quant à eux, ont eu l'écart-type le plus faible.

L'hypothèse nulle a pu être rejetée, confirmant que les différences entre tous les groupes sont statistiquement significatives.

5) Comparaison en fonction du type de lycée

Les élèves des lycées généraux et techniques ont eu une moyenne plus élevée que ceux des lycées privées, eux-même ayant eu une meilleure moyenne que ceux des lycées professionnels, avec respectivement des moyennes de 8,60, 8,11 et 7,66.

Les élèves des lycées généraux et techniques ont répondu à 4,7 % de réponses correctes en plus que ceux des lycées professionnels.

L'hypothèse nulle a pu être rejetée. Les différences de connaissances entre les élèves des trois types de lycées sont statistiquement significatives.

VI/ Projet d'action

Certains responsables des lycées ayant participé à l'étude ont voulu avoir un compte rendu des connaissances de leurs élèves dans le but d'améliorer les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, en les orientant d'avantage vers les besoins des lycéens. Une infirmière d'un des lycée participant a demandé les résultats des ses élèves au début de l'année 2016. Ils lui ont été communiqué pour lui permettre d'ajuster les séances d'éducation ayant lieu dans les semaines suivantes.

Ces demandes ont été en cohérence avec le projet d'action. Les conclusions de cette étude seront transmises aux proviseurs et aux infirmières des lycées ayant participer. L'intérêt de cette étude n'a en aucun cas été de porter un jugement quel-qu'il soit sur la forme ou le fond des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, mais seulement d'apprécier les connaissances existantes des lycéens en matière de contraception et d'appréhender les sujets comprenant des lacunes et les points sur lesquels insister. Au final, les conclusions de l'étude pourront aider les intervenants a ajuster leurs séances d'éducation.

En complément, un document comportant les réponses du questionnaire sera envoyé à chaque lycée. Il sera, avec l'accord des proviseurs, disponible sur l'espace numérique de travail pour en permettre l'accès à chaque élève.

De plus, une affiche informative sera réalisée. Elle sera un récapitulatif de toutes les méthodes de contraceptions, des réflexes à avoir en cas d'oubli de contraceptif, une information sur la pilule contraceptive d'urgence, ainsi qu'une liste des numéros de téléphones et de sites internet utiles en cas de besoin. Distribuée dans tous les lycées la souhaitant, y compris ceux n'ayant pas accepté de participer à l'étude, elle pourra être affichée dans des lieux de passage ainsi que dans les infirmeries.

Conclusion

La sexualité des adolescents est encore de nos jours un sujet tabou, alors que la prévention des grossesses inopinées chez les adolescentes est une question majeure de santé publique. Ces deux sujets étant étroitement liées, le premier devrait devenir aussi important pour permettre une prévention plus efficace. Cette prévention doit se faire à un âge assez précoce, comme prévu dans la Loi, avec des discours adaptés à chaque âge. Il n'est pas adapté de parler de la même manière et de la même chose à un enfant de 15 ans qu'à un adolescent de 18 ans.

De nombreux obstacles sont présents pour l'éducation des adolescents à la vie affective et sexuelle. Déjà, de nombreux lycées ne respectent pas le rythme obligatoire de ces séances. Ensuite, quand ces séances sont réalisées, certaines ne sont pas appropriées, soit de façon pas assez ludiques, soit avec des intervenants non extérieurs à l'établissement. Les adolescents se confiant plus facilement à des professionnels de santé, plutôt jeunes, les établissements devraient faire appel en priorité à des étudiants en études de santé, ou de jeunes professionnels. Enfin, les sujets abordés n'intéressent pas toujours les élèves, ils seraient plus attentifs et plus impliqués s'ils choisissaient eux-mêmes les thèmes à aborder dans une liste complète.

Les résultats ont montré qu'avec une moyenne de 8,02 points sur 20, les élèves ont des connaissances assez restreintes, mais il faut malgré tout noter qu'il y a de grands écarts entre les notes, ces dernières allant de 0,5 à 18,5 points. Ces connaissances peuvent être suffisantes pour certains, mais elles sont largement améliorables. Certaines idées reçues sont encore bien ancrées dans l'esprit des lycéens, ce qui peut créer un frein dans l'intérêt et la bonne utilisation de la contraception.

Au Canada, des cours d'éducation à la vie affective et sexuelle sont dispensés aux parents d'élèves, pour leur permettre de mieux appréhender le moment et la façon de parler de sexualité avec leurs enfants. Ce principe n'est pas d'actualité en France, ce qui peut aussi être un frein pour la prise de contraception, notamment orale, chez la jeune fille.

La tenue de séances éducatives aux parents permettraient de rendre le sujet de la contraception moins tabou, afin de faciliter la discussion et les échanges.

Les parents ne sont pas les seuls garants de l'éducation des adolescents, même s'ils en sont la part la plus importante. Ils ne sont pas remplaçables, mais ils peuvent et doivent être aidés, soutenus et parfois relayés. Les lycées sont l'endroit le plus propice pour l'éducation, même pour l'éducation à la vie sexuelle. Certains responsables de lycées, comme il a été vu précédemment, refusent de parler de contraception aux élèves de leur établissement pour seul argument l'aspect choquant du sujet. Comme les parents peuvent avoir recours à une aide extérieure pour comprendre et aborder le sujet de la contraception pour leurs enfants, le personnel des lycées (infirmières, les proviseurs, les conseillers principaux d'éducation, les professeurs principaux, les professeurs de science de la vie et de la terre, et tout ceux qui en ressentent le besoin voire l'envie), devraient bénéficier d'une formation sur le sujet afin de susciter un plus grand intérêt pour les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle.

En 2011, en Auvergne, comme en France métropolitaine, les interruptions volontaires de grossesse sont plus fréquentes chez les femmes de 18 à 24 ans, avec un total de 40,20 I.V.G. pour 1000 femmes. Concernant les mineures auvergnates, elles ont été 201 en 2011 à avoir recours à une interruption volontaire de grossesse, représentant 6 % de la population concernée. Malgré ce taux resté stable depuis 2009., le nombre d'I.V.G. est encore trop élevé chez les mineures. Il l'est également dans la tranche d'âge supérieure (65).

En France, le taux est pratiquement égal, avec 6,3 % de jeunes filles âgées de moins de 18 ans ayant eu recours à une I.V.G. en 2011. L'Auvergne est une région représentative de la moyenne française (66).

Si les connaissances sur la contraception étaient de meilleure qualité pour les lycéens et notamment pour les lycéennes, ce nombre d'interruption volontaire de grossesse pourrait légèrement diminuer. Pour cette raison, il est capital d'améliorer les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, en les orientant davantage vers les envies et les besoins des lycéens.

Pour conclure, la méconnaissance des adolescents sur la contraception peut entraîner des grossesses non désirées ou des infections sexuellement transmissibles. Il serait donc intéressant de comprendre d'où vient ce manque de connaissance pour pouvoir par la suite y remédier.

Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Contraception [Internet]. WHO. [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/contraception/fr/>
2. Guigues B. Haute Autorité de Santé - Contraception [Internet]. Le Webzine de la HAS. [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710831/fr/contraception
3. Allard D. Être sage-femme et prescrire une contraception. Rev Sage-Femme. avr 2005;4(2):90-7.
4. Johnson J. Emergency Contraception for Adolescents: A Political Battle. J Pediatr Adolesc Gynecol. avr 2016;29(2):95-6.
5. Dreyfus R. Histoire de la contraception. In: SERFATY David - Contraception - 3ème édition. Elsevier Masson; 2007. p. 14-22. (Abrégés de médecine).
6. Lansac J. La contraception de l'antiquité à nos jours. In [cité 7 août 2015]. Disponible sur: http://www.engof.asso.fr/D_PAGES/conf2007/conf2007/030/Media/
7. Malthus TR. Essai sur le principe de population [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 16 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/essai-sur-le-principe-de-population/>
8. Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? [Internet]. 2015 déc [cité 16 avr 2016]. (Population et sociétés). Report No.: 418. Disponible sur: http://lewebpedagogique.com/jineu66/files/2010/10/tes_ses_td5_ps418_la_contraception_premoderne.pdf
9. Portraits de Médecins. Grégory Goodwin Pincus [Internet]. Portraits de Médecins. [cité 16 avr 2016]. Disponible sur: <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pincus.g-g.html>
10. Gereral T. La saga du stérilet [Internet]. PharmaSite. 2014 [cité 17 août 2015]. Disponible sur: <http://www.pharmasite.fr/actualites/la-saga-du-sterilet.html>
11. Code Pénal (ancien). Article 317. Sect. II : Blessures et coups volontaires non qualifiés meurtre, et autres crimes et délits volontaires.
12. Journal Officiel. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.
13. Valenti C, Le Naour J-Y. Histoire de l'avortement XIX - XX siècle. In: Histoire de l'avortement (XIXe-XXe siècle). éditions du Seuil. Paris XIV; 2015.
14. Audibert C. Planning Familial [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 12 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/planning-familial/>
15. Journal Officiel. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068299&dateTexte=20110401>

16. Journal Officiel. Loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relative à la régulation des naissances [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007106018&ordre=CROISSANT&nature=&g=ls>
17. Journal Officiel. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
18. Journal Officiel. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
19. Journal Officiel. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 Relative a la couverture des frais afferents a l'interruption volontaire de grossesse non therapeutique et aux modalites de financement de cette mesure. 82-1172 déc 31, 1982.
20. Journal Officiel. Loi n°91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales. 91-73 janv 18, 1991.
21. De Montanier J, Bonifaci M, Taharo M, Marillat S, Perrier M, Dardare P. Etude du marché des préservatifs [Internet]. Wordpress - Les préservatifs. 2014 [cité 16 avr 2016]. Disponible sur: <https://marionbonifaci.files.wordpress.com/2014/11/les-preservatifs.pdf>
22. Journal Officiel. Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. 2000-1209 déc 13, 2000.
23. Journal Officiel. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
24. Journal Officiel. Arrêté du 12 octobre 2005 modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.
25. Journal Officiel. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
26. Païtraud D. ELLAONE 30 mg comprimé (ulipristal) : nouvelle modalité de délivrance sans prescription médicale [Internet]. VIDAL - La base de données en ligne des prescripteurs libéraux. [cité 12 avr 2016]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/15304/ellaone_30_mg_comprime_ulipristal_nouvelle_modalite_de_delivrance_sans_prescription_medicale/
27. 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.
28. Troussier T. Politique de «Santé Sexuelle» en France [Internet]. Société Française de Sexologie Clinique. 2009 [cité 20 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.sfsc.fr/publi/puz3503.htm>
29. De Gaudemar J-P. Circulaire n°2003-027 du 17-2-2003 portant sur l'enseignements élémentaire et secondaire - Santé scolaire - L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. [Internet]. Sect. Ministère de la jeunesse, de l'éducation

nationale et de la recherche févr 27, 2003. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>

30. Graesslin O, Quereux C. Mise au point sur la contraception. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* oct 2005;34(6):529-56.
31. HAS. Contraception chez l'adolescente [Internet]. HAS - Haute Autorité de Santé. [cité 12 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-l-adolescente#toc_2_5
32. Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. *Arch Pédiatrie.* juin 2013;20(6):707-13.
33. HAS - Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'adolescente [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 21 juill 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-l-adolescente
34. Redmond G, Godwin AJ, Olson W, Lippman JS. Use of placebo controls in an oral contraceptive trial: methodological issues and adverse event incidence. *Contraception.* août 1999;60(2):81-5.
35. Thorneycroft IH. Cycle control with oral contraceptives: A review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* févr 1999;180(2, Supplement):S280-7.
36. INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? [Internet]. 2013 [cité 21 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
37. Rosenberg MJ, Meyers A, Roy V. Efficacy, cycle control, and side effects of low- and lower-dose oral contraceptives: a randomized trial of 20 µg and 35 µg estrogen preparations. *Contraception.* déc 1999;60(6):321-9.
38. Aubeny E. Association Française pour la Contraception - A.F.C. [Internet]. Association Française pour la Contraception - A.F.C. [cité 21 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.contractions.org/>
39. Rubinstein ML, Halpern-Felsher BL, Irwin JR CE. An evaluation of the use of the transdermal contraceptive patch in adolescents. *J Adolesc Health.* mai 2004;34(5):395-401.
40. Vidal. EVRA 203 µg/24 h + 33,9 µg/24 h disp transderm - Vidal.fr [Internet]. VIDAL - La base de données en ligne des prescripteurs libéraux. 2015 [cité 22 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.vidal.fr/Medicament/evra-20472-indications.htm>
41. Vidal. NEXPLANON 68 mg implant - Vidal.fr [Internet]. VIDAL - La base de données en ligne des prescripteurs libéraux. 2015 [cité 23 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.vidal.fr/Medicament/nexplanon-102043-indications.htm>
42. Glasier A, Yan Y, Wellings K. How do health care professionals respond to advice on adverse side effects of contraceptive methods? The case of Depo Provera®. *Contraception.* juill 2007;76(1):18-22.

43. Vidal. JAYDESS [Internet]. EurekaSante.fr par Vidal, l'information médicale grand public de référence. 2015 [cité 24 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.eurekaSante.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp5514-JAYDESS.html>
44. Vidal. MIRENA [Internet]. EurekaSante.fr par Vidal, L'information médicale grand public de référence. 2015 [cité 24 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.eurekaSante.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf540009-MIRENA.html>
45. BAYER. Comparison of Jaydess & Mirena | Bayer Jaydess® [Internet]. BAYER - Information for Health Care Professionals. 2015 [cité 24 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.jaydess.com/comparison-jaydess-mirena#>
46. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertil Steril*. août 2001;76(2):304-9.
47. Vidal. ELLAONE 30 mg comprimé (ulipristal) : nouvelle modalité de délivrance sans prescription médicale [Internet]. VIDAL - La base de données en ligne des prescripteurs libéraux. 2015 [cité 24 juill 2015]. Disponible sur: http://www.vidal.fr/actualites/15304/ellaone_30_mg_comprime_ulipristal_nouvelle_modalite_de_delivrance_sans_prescription_medicale/
48. INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. ChoisirSaContraception [Internet]. Choisir sa contraception - INPES. [cité 24 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de6contraception/la-cape-cervicale.htm>
49. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. La sage-femme peut-elle prescrire des moyens contraceptifs ? [Internet]. Ordre des sages-femmes - Conseil National. [cité 27 juin 2015]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extranet/news_data/droit_de_prescription/medicaments/la_sagefemme_peutelle_prescrire_des_moyens_contraceptifs_/index.htm
50. Journal Officiel. Article L4151-1 du Code de Santé Publique modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127. Code de Santé Publique.
51. Journal Officiel. Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 déc 29, 2011.
52. Bernard M-R, Eymard C. Éducation pour la santé en périnatalité : formation initiale des sages-femmes françaises. *Rev Sage-Femme*. févr 2012;11(1):33-9.
53. Dolto F, Dolto C, Percheminier C. Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard. *Folio Junior*. 2007. (Poche).
54. Alvin P. Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe. *Arch Pédiatrie*. avr 2006;13(4):329-32.
55. Robin G, Massart P, Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. oct 2007;35(10):951-67.

56. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2002 [Internet]. DREES - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. [cité 6 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2002,4708.html>
57. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. France: Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2015 juill p. 6. (Drees - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Report No.: 924.
58. Wild LG, Flischer AJ, Bhana A, Lombard C. Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *J Child Psychol Psychiatry*. nov 2004;45(8):1454-67.
59. Hargreaves DA, Tiggemann M. « Body image is for girls »: a qualitative study of boys' body image. *J Health Psychol*. juill 2006;11(4):567-76.
60. Goodson P, Buhi ER, Dunsmore SC. Self-esteem and adolescent sexual behaviors, attitudes, and intentions: a systematic review. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. mars 2006;38(3):310-9.
61. Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. *J Sex Med*. févr 2010;7(2 Pt 2):905-16.
62. Pienkowski C, Cartault A, Menendez M, Ponsar C, Lorenzini F. L'adolescente et sa première contraception. *Arch Pédiatrie*. juin 2008;15(5):586-8.
63. HAS - Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Décision n°2013.0042/DC du 24 avril 2013 du collège de la Haute Autorité de Santé adoptant la recommandation en santé publique « Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance » [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 21 juill 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1554576/fr/decision-n2013-0042/dc-du-24-avril-2013-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-adoptant-la-recommandation-en-sante-publique-contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance
64. Dubois M. Filles et garçons sur le chemin de l'égalité, de l'école à l'enseignement supérieur [Internet]. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche; 2015 [cité 15 avr 2016] p. 36. Disponible sur: http://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/2015/77/4/FetG_2015_407774.pdf
65. Venzac M, Maquinghen S. Les interruptions volontaires de grossesse en Auvergne [Internet]. Clermont-Ferrand: Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne; 2014 juin [cité 16 avr 2016]. Disponible sur: http://www.ors-auvergne.org/mm_files/440.pdf
66. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours [Internet]. 2014 [cité 16 avr 2016] p. 365-98. Report No.: 10.3917. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/175/population_fr_2014_3_france_pdf.fr.fr.pdf

Annexe I

Questionnaire distribué aux proviseurs pour la validation antérieure à la distribution

Questionnaire contraception pour les lycéens

Questions générales

Age : ans

Sexe : Garçon Fille

Département du lycée :

Catégorie du lycée :

Avez-vous déjà eu des informations sur la contraception ?

- Oui, par mes parents
- Oui, par la télévision
- Oui, par internet
- Oui, par des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle au collège et/ou au lycée
- Oui, par le planning familial
- Non

Questions sur les pratiques sexuelles

Avez-vous déjà eu un rapport sexuel ?

- Oui
- Non

Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires différent(e)s ?

- Non
- Entre 1 et 2
- Entre 3 et 5
- Plus de 5

Avez-vous des rapports sexuels réguliers avec le/la même partenaire (plus ou égal à 2 par mois)

- Oui
- Non

Utilisez-vous un préservatif à chaque rapport ?

- Oui
- Non

Pour les filles : prenez-vous une contraception ?

- Oui
- Non
- Je suis un garçon

Questions sur la contraception

1) Combien existe-il de sortes de contraception ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus que 4

2) Quel(s) type(s) de contraception connaissez-vous ?

3) Le préservatif

- Il en existe seulement des masculins
- On peut garder le même pour plusieurs rapports sexuels
- Il existe des préservatifs féminins
- Cette contraception est la seule qui protège des IST
- En mettre deux, l'un au-dessus de l'autre permet une meilleure efficacité
- Je ne sais pas

4) Quand faut-il prendre la pilule ?

- Seulement pendant la semaine des règles
- En dehors des règles
- Certaines se prennent en continu
- Elle se prend tous les jours à la même heure
- Elle se prend tous les jours sans faire attention à l'heure
- Je ne sais pas

5) L'implant contraceptif :

- Est une contraception hormonale
- Est une contraception non hormonale
- Se place dans le vagin
- Se place dans l'utérus
- Se place sous la peau, dans le bras
- Je ne sais pas

6) L'anneau contraceptif :

- Est une contraception hormonale
- Est une contraception non hormonale
- Se place dans le vagin
- Se place dans l'utérus
- Se place sous la peau, dans le bras
- Je ne sais pas

7) Le patch :

- Est une contraception hormonale
- Est une contraception non hormonale
- Se place dans le vagin
- Se place dans l'utérus
- Se place sur la peau
- Je ne sais pas

8) Le stérilet :

- Est une contraception hormonale
- Est une contraception non hormonale
- Se place dans le vagin
- Se place dans l'utérus
- Se place sous la peau
- Je ne sais pas

9) La cape, le diaphragme, le spermicide :

- Sont des contraceptions hormonales
- Sont des contraceptions non hormonales
- Se placent dans le vagin
- Se placent dans l'utérus
- Se placent sur la peau
- Je ne sais pas

10) La contraception en injection (même utilisation qu'un vaccin)

- Consiste en 1 injection par semaine
- Consiste en 1 injection par trimestre
- Est très fréquente en France
- N'existe pas encore
- Je ne sais pas

11) Combien de temps peut-on garder l'implant contraceptif :

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 5 ans
- Un nouveau à chaque rapport sexuel
- Un nouveau chaque semaine, sauf pendant la semaine de règle
- Un pendant 3 semaine, en faisant une pause la semaine de règle
- Je ne sais pas

12) Durée de mise de place de l'anneau :

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 5 ans
- Un nouveau à chaque rapport sexuel
- Un nouveau chaque semaine, sauf pendant la semaine de règle
- Un pendant 3 semaine, en faisant une pause la semaine de règle
- Je ne sais pas

13) Durée de mise de place du stérilet :

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 5 ans
- Un nouveau à chaque rapport sexuel
- Un nouveau chaque semaine, sauf pendant la semaine de règle
- Un pendant 3 semaine, en faisant une pause la semaine de règle
- Je ne sais pas

14) Durée de mise de place du patch :

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 5 ans
- Un nouveau à chaque rapport sexuel
- Un nouveau chaque semaine, sauf pendant la semaine de règle
- Un pendant 3 semaine, en faisant une pause la semaine de règle
- Je ne sais pas

15) Durée de mise de place des protections locales (cape/diaphragme/spermicide...) :

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 5 ans
- Un nouveau à chaque rapport sexuel
- Un nouveau chaque semaine, sauf pendant la semaine de règle
- Un pendant 3 semaine, en faisant une pause la semaine de règle
- Je ne sais pas

Questions diverses

16) Qu'est-ce que sont la(les) méthode(s) naturelle(s) ?

- C'est une contraception à base de produits naturels
- C'est sans hormones ni dispositifs médicaux
- C'est la méthode la plus sûre
- Comprend seulement l'abstinence (absence volontaire de relations sexuelles)
- Je ne sais pas

17) La contraception d'urgence :

- Evite une grossesse quand tu as un problème de contraception (oubli de pilule ou de préservatif, rupture du préservatif ...)
- Se présente surtout sous forme d'une pilule
- Peut-être l'insertion d'un stérilet non hormonal (au cuivre) dans les 5 jours après le risque
- Peut se prendre dans les 72h ou dans les 120h après le risque en fonction de la pilule utilisée
- Je ne sais pas

18) Les hormones

- Toutes les contraceptions possèdent des hormones
- Deux hormones peuvent être présentes en même temps
- Les hormones utilisées sont les œstrogènes et la progestérone
- Ces hormones protègent des IST (Infections Sexuellement Transmissibles)
- Je ne sais pas

D'après vous :	D'accord	Sans opinion	Pas d'accord
Toutes les contraceptions (sauf le préservatif) font grossir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toutes les contraceptions sont très contraignantes à prendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bien se protéger coûte cher, même si pour les mineurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certaines contraceptions vont modifier les règles (flux plus ou moins abondant qu'avant, arrêt des règles, saignements anarchiques ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La contraception est difficile d'accès (surtout pour les mineurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant 20 ans, une fille est très peu fertile (facilité et rapidité pour tomber enceinte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a des jours du cycle féminin où le risque de tomber enceinte est nul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il faut parfois essayer plusieurs contraceptions différentes pour trouver celle qui convient le mieux à une fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineures : il vous faut une autorisation parentale pour se procurer une contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe II

Lettre de demande d'autorisation au près des proviseurs

Mesdames, Messieurs les Proviseurs,

Je me permets de vous solliciter afin d'obtenir la participation de vos établissements dans mon projet de fin d'étude.

En effet, étudiante sage-femme en fin de quatrième année, je prépare mon mémoire de fin d'étude sur un thème particulièrement important pour moi : la contraception chez les jeunes. Et plus précisément, « la connaissance des lycéens auvergnats en matière de contraception »

Pour cela, votre aide m'est indispensable. Je souhaiterais faire passer un questionnaire via l'ENT de vos établissements. Ce questionnaire est totalement anonyme : ni le nom des élèves, ni le nom des lycées n'apparaîtrons. De plus, en passant par l'administration, je n'aurais aucune connaissance des adresses électroniques de vos élèves.

L'idéal serait de vous faire passer mon questionnaire début septembre 2015, si vous accepter de participer à ce projet. En attendant je vous le transmets en pièce-jointe, ainsi que lien pour l'avoir en ligne pour vous permettre d'en prendre connaissance :

<https://docs.google.com/forms/d/1fTvfr75QIVmgTLeqqO3ZbE68GYVjHNIpYGU4hsjq6M/viewform>

Je vous joins aussi mon protocole de recherche où le but et la méthode de mon étude sont expliqués.

Je me tiens à votre entière disposition pour toute question ou pour tout renseignement complémentaire.

En espérant une réponse favorable, je vous prie de croire, Mesdames, Messieurs les Proviseurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Annexe III

Lettre à l'intention des parents

Mesdames, Messieurs.

Étudiante en 5ème année à l'école de sages-femmes de Clermont Ferrand, je suis actuellement en préparation de mon mémoire de fin d'étude pour le diplôme d'état.

Le thème de ce mémoire est le suivant : « La connaissance des lycéens auvergnats en matière de contraception ».

Pour ce faire, je vais faire passer un questionnaire, via l'ENT, à vos enfants. Ce questionnaire est totalement anonyme. Il contient des questions personnelles, et des questions de connaissances. A aucun moment son nom ne sera indiqué. Seul le département et le type de lycée seront renseignés.

Bien évidemment, ce questionnaire n'est pas obligatoire, mais plus il y aura de participation, plus mes recherches seront valides.

Le but de ce travail de recherche est de quantifier les connaissances, pour pouvoir, ultérieurement, réaliser des travaux d'amélioration (cours, séances d'éducation à la vie affective et sexuelle ...).

A la fin de ce travail, une plaquette récapitulative et informative sera disponible à l'infirmerie du lycée, et distribuée aux élèves.

Ce questionnaire sera mis en ligne début octobre, après l'accord du proviseur de l'établissement.

Pour toutes questions, ou pour tout autre renseignement, vous pouvez me joindre à l'adresse suivante : audrey.sureau@etu.udamail.fr

Merci de votre compréhension.

Cordialement,

Melle SUREAU Audrey

Étudiante en dernière année de sciences maïeutiques

RÉSUMÉ

Introduction : La contraception a une histoire très ancienne qui est passée par de nombreux stades. De nos jours, de nombreuses lois la régissent et la prévention des grossesses non désirées est un véritable sujet de santé publique. Cette prévention passe par une utilisation efficace de moyens contraceptifs. Pour cela, des séances d'éducation ont été mises en place dans les établissements scolaires. Malgré une légère baisse lors de ces dernières années, les interruptions volontaires de grossesses sont encore trop nombreuses chez les 15-17 ans (9,7%). Ce chiffre peut s'expliquer par un manque de connaissance de la contraception.

Population : L'objectif principal de l'étude étant de faire un état des lieux de la connaissance des lycéens auvergnats, la population a été ciblée sur les élèves scolarisés dans neuf lycées du Puy-de-Dôme, cinq de l'Allier, trois du Cantal et trois de la Haute-Loire. L'étude a été basée sur l'autorisation des proviseurs et le volontariat des lycéens.

Méthode : Il s'agissait d'une enquête observationnelle transversale, réalisée par questionnaire distribuée par voie informatique. Ce questionnaire a été distribué dans 20 lycées de la région Auvergne lors de la rentrée scolaire 2015/2016.

Résultats et discussion : L'étude a montré des disparités assez importantes entre les élèves. Si en général de bonnes connaissances ont été retrouvées pour le préservatif et la pilule, elles se sont dégradées pour les autres méthodes de contraception. Les filles avaient des connaissances significativement meilleures que les garçons, notamment si elles étaient sous contraceptif lors de l'étude. De même, si les lycéens avaient déjà eu au moins un rapport sexuel, leurs connaissances étaient d'un meilleur niveau que les autres. L'âge et le type de lycée ont aussi été deux critères importants, avec des différences significatives entre les groupes.

Conclusion : La sexualité et la contraception des adolescents restent encore aujourd'hui un sujet tabou. Cependant, c'est un thème qui nécessite une attention particulière pour éviter de nombreux problèmes. Les lycéens devraient être mieux informés pour favoriser une meilleure observance de leur contraception.

Mots-clés : Contraception, adolescents, connaissances, prévention, éducation

SUMMARY

Introduction: The contraception has an old story which has been through many stages. Nowadays, many laws govern that and the prevention of unwanted pregnancies is a real public health subject. This prevention requires an efficient use of contraception. For that, some educational sessions have been organized at school. Despite a light decrease during these last years, the voluntary pregnancies interruptions are still too many among the 15 - 17 years old teenagers (9,7 %). This number can be explained by a lack of knowledge of contraception.

Population : The main objective of the study being to make a current situation of the knowledge of the high school students from Auvergne, the population was based on the students from nine high schools of Puy-de-Dôme, five of Allier, three of Cantal and three of Haute-Loire. The study was based on the headmaster's permission and the students's voluntary.

Method : It was about a transversal observational investigation, realized with quizzes distributed by computer. This quiz was distributed in twenty high schools of the region Auvergne during the beginning of the school year 2015/2016.

Results and discussion : The study has shown some big disparities between the students. If in general some good knowledges were found for the condom and the pill, they degraded for the other methods of contraception. The girls had significantly better knowledges than the boys, especially if they were under contraceptive during the study. Also, if the high school students had already had sex, their knowledges were of a better standard than the other. The age and the type of school were also two important standard, with some significant differences between groups.

Conclusion : The sexuality and the contraception of the teenagers remain even today a taboo subject. However, this is a theme which requires a special attention to avoid many problems. The students should be better informed to favor a better observance of their contraception.

Key-words : Contraception , teenagers, knowledges, prevention, education

