



HAL
open science

Quelles sont les connaissances des adolescentes de 15 à 17 ans en terme de contraception

Sophie Pages

► **To cite this version:**

Sophie Pages. Quelles sont les connaissances des adolescentes de 15 à 17 ans en terme de contraception. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02273803

HAL Id: dumas-02273803

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02273803>

Submitted on 29 Aug 2019

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.

**Quelles sont les connaissances des adolescentes de 15 à 17 ans en terme
de contraception?**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 28 Mai 2019

Par Madame Sophie PAGES

Née le 31 janvier 1991 à Aubenas (07)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CARCOPINO Xavier

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Monsieur le Docteur GUERCIA Olivier

Président

Assesseur

Assesseur

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI

Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Deborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge	MM FAVRE Roger
ALDIGHERI René	FIECHI Marius
ALESSANDRINI Pierre	FARNARIER Georges
ALLIEZ Bernard	FIGARELLA Jacques
AQUARON Robert	FONTES Michel
ARGEME Maxime	FRANCOIS Georges
ASSADOURIAN Robert	FUENTES Pierre
AUFFRAY Jean-Pierre	GABRIEL Bernard
AUTILLO-TOUATI Amapola	GALINIER Louis
AZORIN Jean-Michel	GALLAIS Hervé
BAILLE Yves	GAMERRE Marc
BARDOT Jacques	GARCIN Michel
BARDOT André	GARNIER Jean-Marc
BERARD Pierre	GAUTHIER André
BERGOIN Maurice	GERARD Raymond
BERNARD Dominique	GEROLAMI-SANTANDREA André
BERNARD Jean-Louis	GIUDICELLI Roger
BERNARD Pierre-Marie	GIUDICELLI Sébastien
BERTRAND Edmond	GOUDARD Alain
BISSET Jean-Pierre	GOUIN François
BLANC Bernard	GRILLO Jean-Marie
BLANC Jean-Louis	GRISOLI François
BOLLINI Gérard	GROULIER Pierre
BONGRAND Pierre	HADIDA/SAYAG Jacqueline
BONNEAU Henri	HASSOUN Jacques
BONNOIT Jean	HEIM Marc
BORY Michel	HOUEL Jean
BOTTA Alain	HUGUET Jean-François
BOURGEADE Augustin	JAQUET Philippe
BOUVENOT Gilles	JAMMES Yves
BOUYALA Jean-Marie	JOUBE Paulette
BREMOND Georges	JUHAN Claude
BRICOT René	JUIN Pierre
BRUNET Christian	KAPHAN Gérard
BUREAU Henri	KASBARIAN Michel
CAMBOULIVES Jean	KLEISBAUER Jean-Pierre
CANNONI Maurice	LACHARD Jean
CARTOUZOU Guy	LAFFARGUE Pierre
CAU Pierre	LAUGIER René
CHABOT Jean-Michel	LE TREUT Yves
CHAMLIAN Albert	LEVY Samuel
CHARREL Michel	LOUCHET Edmond
CHAUVEL Patrick	LOUIS René
CHOUX Maurice	LUCIANI Jean-Marie
CIANFARANI François	MAGALON Guy
CLEMENT Robert	MAGNAN Jacques
COMBALBERT André	MALLAN- MANCINI Josette
CONTE-DEVOLX Bernard	MALMEJAC Claude
CORRIOL Jacques	MARANINCHI Dominique
COULANGE Christian	MARTIN Claude
DALMAS Henri	MATTEI Jean François
DE MICO Philippe	MERCIER Claude
DESSEIN Alain	METGE Paul
DELARQUE Alain	MICHOTÉY Georges
DEVIN Robert	MILLET Yves
DEVRED Philippe	MIRANDA François
DJIANE Pierre	MONFORT Gérard
DONNET Vincent	MONGES André
DUCASSOU Jacques	MONGIN Maurice
DUFOUR Michel	MONTIES Jean-Raoul
DUMON Henri	NAZARIAN Serge
ENJALBERT Alain	NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE**2008**

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIZ Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYZ Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédéric	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Veronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanuil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMMONOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
<p>GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) <i>MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre</i> TAIEB David (PU-PH)</p> <p>BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)</p> <p>CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)</p> <p>BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)</p>	<p>AVIERINOS Jean-François (PU-PH) BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)</p>
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604	CHIRURGIE DIGESTIVE 5202
<p><i>CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre</i> GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH)</p> <p>CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH)</p> <p>ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)</p>	<p>BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH)</p> <p>BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)</p>
	CHIRURGIE GENERALE 5302
	<p>DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)</p> <p>BEGE Thierry (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH)</p>

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002	GUERIN Carole (MCU PH)
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)	CHIRURGIE INFANTILE 5402
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)	GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) HOUVENAEGHES Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)	CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)	FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loic (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)	CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH) ALIMI Yves (PU-PH)	BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201
AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)	BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Veronique (PU-PH)
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202	GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)	GENETIQUE 4704
<i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)	
DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003	BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)	NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)
DUSI	
COLSON Sébastien (MCF)	
ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404	
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601	AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)	
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)	
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)	

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5307

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)

HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

<p align="center">OPHTALMOLOGIE 5502</p> <p>DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MAYONNI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i> DESSI Patrick (PU-PH)</p>	<p align="center">PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</p> <p>DA FONSECA David (PU-PH) BOINISO François (PU-PH)</p>
<p align="center">OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</p> <p>FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7eme Section)</p>	<p align="center">PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803</p> <p>BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)</p>
<p align="center">PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</p> <p>RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH)</p>	<p align="center">PHILOSOPHIE 17</p> <p>LE COZ Pierre (PR) (17ème section)</p>
<p>L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)</p>	<p>MATHIEU Marion (MAST)</p>
<p align="center">PEDIATRIE 5401</p> <p>ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)</p> <p>COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)</p>	<p align="center">PHYSIOLOGIE 4402</p> <p>BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)</p> <p>BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) <i>(disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)</p> <p>RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)</p>
<p align="center">PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903</p> <p>BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)</p>	
<p align="center">PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16</p> <p>AGHABABIAN Valérie (PR)</p>	
<p align="center">RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302</p> <p>BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)</p>	<p align="center">PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101</p> <p>ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU-PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)</p> <p>MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)</p>
<p align="center">REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802</p> <p>GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)</p> <p>HRAIECH Sami (MCU-PH)</p>	<p align="center">THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804</p> <p>AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)</p> <p>DAUMAS Aurélie (MCU-PH)</p>
<p align="center">RHUMATOLOGIE 5001</p> <p>GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)</p>	<p align="center">UROLOGIE 5204</p> <p>BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)</p>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur CARCOPINO-TUSOLI Xavier,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse et de l'intérêt accordé à mon travail.

Merci pour votre pédagogie lors de mon passage en tant qu'interne dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Nord.

A Monsieur le Professeur FILIPI Simon,

Merci de me faire l'honneur d'être membre du jury de thèse, et de l'intérêt accordé à mon travail.

A Monsieur le Professeur ADNOT Sébastien,

Merci de me faire l'honneur d'être membre du jury de thèse, et de l'intérêt accordé à mon travail.

A Monsieur le Docteur GUERCIA Olivier,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et d'être membre du jury de thèse.

Merci pour votre enseignement au cours de ces années d'internat et encore aujourd'hui.

Merci pour votre implication dans ma formation, dans mon travail de thèse et dans mes projets professionnels.

Aux adolescentes ayants répondu à mon questionnaire, sans qui je n'aurais pu mener à bien cette étude.

Aux différents médecins libéraux ou en PMI, qui ont participé à cette étude.

Au Docteur SERRA Yvon, pour la formation au cours du SASPAS, et par la suite lors des remplacements. Merci pour tous tes conseils et ta bienveillance.

Au Docteur DUBROIS et à Audrey. Merci pour votre rigueur à toute les deux, pour votre écoute et votre accompagnement. Audrey, merci pour ton sourire et toutes nos discussions pendant les pauses de midi.

A ma Maman, pour tout ce que tu as fait et continues de faire chaque jour pour nous. Merci pour ton écoute et ton accompagnement tout au long de ces études et encore aujourd'hui, ta présence m'est indispensable. J'espère te rendre fière.

A ma Mamie, merci pour ton investissement dans mes études, pour ton écoute, pour ton soutien. En souvenir de notre colocation.

A mon Papy, j'aurais aimé que tu sois là pour voir ma soutenance de thèse. Merci pour ton soutien sans faille et pour la fierté que je pouvais lire dans tes yeux depuis toujours.

A mon Frère, merci pour ta bonne humeur et ton humour. Notre complicité est inégalable et tu sais que je serais toujours là pour toi.

A ma Dédou et Bernard, merci d'être présents depuis toujours, si je suis là aujourd'hui c'est aussi grâce à vous.

A ma belle-famille, Joëlle, Michel, Hélène et Marc, Merci de m'avoir accueilli à bras ouvert dans votre famille. Je suis heureuse de votre présence aujourd'hui.

A toute ma famille, merci pour votre accompagnement tout au long de ces années.

Aux amis de Saint Etienne, Noémie, Amélie, Pauline, Pierre. Nous avons débuté ces études ensemble, nous les terminons loin les uns des autres, mais notre amitié reste intacte. A toutes nos soirées plus mémorables les unes que les autres.

A tous les co-internes de mes différents semestres, merci pour tout ce que l'on a partagé, les bons comme les mauvais moments dans notre apprentissage de la médecine.

A Yvan, merci de ton soutien de chaque jour, de ta présence à mes côtés. Merci de ta patience les jours où mon travail est difficile et merci de ton écoute.

Notre histoire ne fait que commencer...

Je t'aime

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

INPES : institut nationale de prévention et d'éducation à la santé

HTA : hypertension artérielle

OMS : organisation mondiale de la santé

SA : semaine d'aménorrhée

DIU : dispositif intra utérin

CU : contraception d'urgence

IVG : interruption volontaire de grossesse

IST : infections sexuellement transmissibles

Table des matières

1. Introduction	3
a) La contraception.....	3
i) Histoire des méthodes contraceptives	3
ii) La contraception et la loi en France.....	6
iii) Les différentes méthodes de contraception.....	8
b) L'Interruption volontaire de grossesse (IVG).....	28
i) Histoire de l'IVG	29
ii) L'IVG en chiffre	31
c) La contraception et l'IVG chez les adolescentes.....	32
i) Adolescentes et sexualité	32
ii) Les recommandations pour la contraception des adolescentes.....	33
iii) L'IVG chez les adolescentes.....	35
2. Matériels et Méthodes	37
a. Étude et population	37
b. Le questionnaire	37
c. Les statistiques.....	38
3. Les résultats	39
a. La population	39
b. La contraception.....	39
c. Information sur la contraception	41
d. En cas d'oubli de prise.....	42
e. Information sur les IST	44
f. La consultation avec le médecin généraliste.....	45
g. Observance thérapeutique.....	47
h. Le Pass contraception.....	47
i. Rapport sexuel.....	47
j. Interruption volontaire de grossesse	48
4. Discussion	49
a. L'étude.....	49
i. Population étudiée	49
ii. Le questionnaire.....	49
b. La contraception.....	50
i. Les méthodes contraceptives	50
ii. Les prescripteurs de la contraception	53

iii.	Sources d'information concernant les méthodes contraceptives	54
c.	Conduite à tenir en cas d'échec de la contraception	55
i.	La contraception d'urgence chez l'adolescente	55
ii.	Sources d'information en cas d'échec de la méthode contraceptive.....	56
d.	Les infections sexuellement transmissibles.....	58
e.	Informations générales délivrées par le milieu scolaire.....	59
i.	La législation	59
ii.	Les établissements scolaires face aux séances d'éducation à la sexualité	60
f.	La consultation contraception des adolescentes.....	62
i.	La confiance	62
ii.	La consultation	62
iii.	L'observance thérapeutique.....	64
g.	Sexualité à l'adolescence.....	66
h.	L'IVG chez les adolescentes	67
5.	Conclusion.....	69
	BIBLIOGRAPHIE.....	70

1. Introduction

En France, on assiste à une situation paradoxale. Les méthodes contraceptives connaissent une diffusion massive depuis leur autorisation en 1967 par la loi Neuwirth (loi n°67-1176). Cependant le taux d'interruption volontaire de grossesse reste élevé, notamment chez les mineures malgré les nombreux moyens mis en œuvre pour faciliter l'accès à la contraception. (1)

a) La contraception

De tout temps, les hommes et les femmes n'ont cessé d'inventer des méthodes et recettes visant à limiter les naissances, variant selon les époques, les civilisations, les cultures et les religions ; n'hésitant pas à recourir, faute de moyens contraceptifs efficaces, aux méthodes abortives menaçant souvent la vie des femmes.

La contraception a bien une histoire.

i) Histoire des méthodes contraceptives

Les méthodes contraceptives utilisées dans l'Antiquité étaient variées et plus nombreuses que de nos jours. Il existait des moyens mécaniques, chimiques et magiques. Les premiers étaient relativement naïfs. En effet, on pensait que si le sperme masculin était entièrement absorbé par la matrice, la femme était certaine de concevoir. Par conséquent, le levé rapide après l'acte sexuel ou éventuellement la douche vaginale, étaient de bons moyens anticonceptionnels.

Le coït interrompu est rarement mentionné dans les textes, peut-être à cause de son évidence ou parce qu'elle était déconseillée par son manque d'efficacité. De plus, les médecins de l'époque pensaient que si l'homme retenait le sperme en fin de coït cela lui serait dommageable pour les reins et la vessie.

Il existait également des diaphragmes ou des bouchons à placer dans le vagin, des crèmes dont on enduisait le pénis ou des drogues fantaisistes. En 1600 avant Jésus

Christ, les Mésopotamiens prônaient la méthode intra vaginale ; les femmes s'introduisaient des pierres arrondies dans le vagin pour éviter une grossesse ; ou encore au IIème siècle après Jésus Christ, les Araméennes employaient une éponge appelée « Moukh », qu'elles plaçaient dans le vagin pour éviter que le sperme atteigne l'utérus. (2,3,4)

Certaines recommandations d'auteurs relevaient de la magie. Aetius conseillait de porter un foie de belette dans un tube attaché au pied gauche. Pline l'Ancien recommandait l'utilisation d'un petit sac contenant deux vers attachés dans une peau de daim que la femme devait porter sur elle avant le lever du soleil. A l'époque déjà, il existait une méthode utilisant le cycle menstruel. Malheureusement, les médecins de l'Antiquité pensaient que la femme était fertile durant les quelques jours qui suivent la fin des règles et recommandaient donc la continence pendant cette période qui, en fait, est stérile. (2,3,4)

Les premiers contraceptifs masculins auraient été inventé en Égypte, confectionnés avec des intestins d'animaux. Ils seraient à la base du préservatif que l'on connaît aujourd'hui. D'autres contraceptifs en Égypte toujours, étaient composés d'excréments de crocodile, de miel, de poudre d'acacias et même de dattes (4)

Chez les Grecs et les Romains les méthodes mécaniques étaient conseillées : sauter en remontant les talons jusqu'aux fesses, porter des charges lourdes, serrer le ventre ou éternuer fort. La méthode la plus fiable, mais également la plus dangereuse, lorsqu'il y avait une absence de menstruation, était l'intervention chirurgicale par l'introduction d'objets coupants dans l'utérus. On employait ce procédé surtout en cas d'adultère ou dans le milieu des prostituées. Dans ce cas il ne s'agissait plus d'une méthode contraceptive, mais d'une méthode abortive. (5)

Au XVIème siècle, le premier préservatif à base d'herbe fit son apparition, inventé par Gabriele Falloppio et conçu initialement pour se protéger contre la syphilis. Par la suite il

fut amélioré afin de protéger contre d'autres maladies sexuellement transmissibles (chancres mou).

En 1830, un gynécologue allemand, F. A. Wilde, mit au point la cape cervicale, première protection pour les femmes.

Le latex fut découvert en 1839 par Charles Goodyear, le premier préservatif en caoutchouc est né. Ce dernier est lavé, séché, talqué après chaque utilisation. Mais ce n'est qu'en 1870 qu'apparaît sur le marché le premier préservatif, connu de nos jours. En 1882, le diaphragme est inventé par Mr Hesse, offrant une nouvelle méthode contraceptive aux femmes.

Paul Robin, installe en 1889 un centre de consultation et de vente de produits anticonceptionnels à Paris. Et en 1906, le Pr Gustav Gunther termine ses recherches sur les spermicides et les commercialisent. (6)

En 1924 le gynécologue japonais Kyusaku Ogino découvre que la femme n'a qu'une ovulation par cycle menstruel. Ces informations lui ont permis de déterminer une période de fécondité s'étendant du 8ème au 17ème jour du cycle. Dans son esprit, une telle connaissance permettait aux couples qui désiraient un enfant de savoir à quel moment les rapports offraient les meilleures chances de conception. (7)

En 1928, le gynécologue autrichien Hermann Knaus, confirme et précise la découverte d'Ogino, mettant au point la méthode Ogino-Knaus, dite également rythmique ou cyclique, qui consiste à prévoir à chaque fois, grâce à un calcul statistique des cycles menstruels précédents, la période de l'ovulation, c'est-à-dire la période pendant laquelle la fécondation est possible. Seulement, il modifia considérablement l'esprit de cette méthode pour en faire un moyen de contraception. (7)

Grégory Pincus et Margaret Sanger ouvrent en 1951 le premier centre de recherche sur les hormones sexuelles. Son équipe à Mexico met au point une synthèse d'œstrogènes

et progestérone qui empêche l'ovulation. Les premiers essais débutent en 1954. La pilule est née. Elle se nomme Enovid® et obtient l'autorisation de mise sur le marché aux États-Unis le 10 juin 1957. En 1961, elle est introduite en France, et Anovlar® en 1964. Pour contourner la loi, ses propriétés contraceptives ne sont pas mentionnées. Officiellement, c'est un médicament pour régulariser les règles. (8)

Au fur et à mesure, les doses d'œstrogène et de progestérone sont réduites au minimum, et les voies d'administration se diversifient (orale, intra musculaire, vaginale, sous cutanée et transdermique). Actuellement la recherche se dirige vers des méthodes sans éthinyl-œstradiol, comme les modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone, ou les moyens locaux associant spermicides et microbicides, voire antirétroviraux. Ces dernières méthodes possédant l'avantage potentiel de lutter contre les infections sexuellement transmissibles. (6)

De nos jours, des études sont également en cours pour une pilule contraceptive masculine.

ii) La contraception et la loi en France

En France, la limitation volontaire des naissances commence à se répandre dès la seconde moitié du XVIIIème siècle. Elle conduit à une baisse de la fécondité moyenne de près de 5 enfants par femme au milieu du XVIIIème siècle à 2,5 au début du XXème siècle. Pour limiter les naissances, les couples pratiquent le retrait ou l'abstinence. La première ayant une efficacité contraceptive imparfaite, et la seconde étant difficile à pratiquer de façon permanente ; de ce fait une partie des grossesses est non désirée. (9)

Après la première guerre mondiale, les pertes en hommes sont nombreuses, et le déficit des naissances dû à la guerre est de plus d'un million. Donc, le 23 juillet 1920, une proposition de loi est déposée à l'Assemblée Nationale, présentée « comme une véritable mesure de salut national ». Cette loi est adoptée le 31 juillet 1920, limitant l'accès à la contraception et réprimant l'avortement. Toute information diffusée sur le sujet peut également aboutir à une peine. Le gouvernement espère ainsi augmenter le

taux de natalité. En 1923, l'avortement était assimilé à un délit et est devenu un crime d'état, passible de la peine de mort, en 1942.

Le 8 mars 1956, le Dr Marie Andrée Lagroua Weill Hallé, le Dr Pierre Simon et Evelyne Sullerot créent le mouvement « La maternité heureuse » pour « permettre aux couples, grâce à la contraception, de n'avoir des enfants que lorsqu'ils le désirent ». C'est en 1960 que ce mouvement deviendra le Mouvement Français pour le Planning Familial.

En décembre 1967, Lucien Neuwirth, propose une loi venant abroger celle du 31 juillet 1920 qui interdisait toute contraception. Cette loi est votée le 28 décembre 1967, libérant l'usage de la contraception en France, sans pour autant autoriser la propagande de celle-ci ni de l'avortement. Le taux d'utilisation de la pilule chez les 20-44 ans passe de 5% en 1970 à 37% en 1978, pour arriver à 60% en 2007. (10)

En 1974, l'Assemblée nationale vote le projet de loi de Simone Veil, ministre de la santé, qui libéralise totalement la contraception. La sécurité sociale commence à rembourser les moyens contraceptifs. Les mineures et les non-assurées peuvent se la procurer gratuitement et de façon anonyme dans les centres de planification familiale. Sous la pression des associations pour la prévention du SIDA, la loi du 18 janvier 1991 autorisera la publicité pour les préservatifs et les contraceptifs.

A compter du 1er juin 1999, la contraception d'urgence ou pilule du lendemain est disponible dans les pharmacies et peut être délivrée sans prescription médicale. (6)

La loi du 4 juillet 2001 (11) vient renforcer la loi de Mme Veil avec :

- Information et éducation à la sexualité dispensée dans les établissements scolaires et les structures accueillants des personnes handicapées
- Le consentement de l'autorité parentale n'est plus requis pour la prescription et la délivrance d'une contraception
- Les infirmières scolaires peuvent si besoin délivrer une contraception d'urgence

- La stérilisation est autorisée comme méthode contraceptive chez les personnes majeures.

En mars 2013, un nouveau décret assure la confidentialité et instaure le remboursement à 100% par la sécurité sociale, sur les moyens contraceptifs (ceux déjà remboursés), pour les jeunes femmes de 15 à 18 ans, sur prescription médicale.

iii) Les différentes méthodes de contraception

La contraception correspond à l'ensemble des méthodes (naturelles ou non) visant à empêcher une grossesse non désirée, temporaire, à long terme ou définitive. La contraception doit être adaptée à chaque personne, à chaque moment de sa vie.

D'après l'enquête de cohorte sur la contraception (Cocon) conduite de 2000 à 2004, seuls 2,7 % des femmes âgées de 18 à 44 ans, ayant une activité génitale et ne désirant pas être enceinte n'ont pas de méthode contraceptive. (17)

L'efficacité de la contraception repose avant tout sur l'adhésion, qui inclut à la fois l'observance et la persistance. Nous allons détailler les différentes méthodes de contraception, médicamenteuses ou non, disponibles en France actuellement.

(1) Les méthodes naturelles

Il s'agit de méthodes naturelles ne faisant appel à aucun dispositif médical et à aucun médicament mais ce sont des méthodes peu fiables.

(a) Abstinence périodique ou méthode Ogino Knaus :

Cette méthode se base sur le fait qu'une femme n'est pas fertile tous les jours. Il est nécessaire d'observer les cycles, sur une période de 12 mois, afin de déterminer les jours d'infertilité. On sait, scientifiquement, que l'ovulation se produit toujours 14 jours avant la date du 1er jour des règles, que les spermatozoïdes survivent jusqu'à 5 jours en attendant

l'ovulation, et que l'ovule ne vit que 24 heures. Cela signifie donc qu'une femme peut être fertile 6 jours avant l'ovulation et 48 heures après en prenant un jour de marge de sécurité avant et après.

Méthode statistique peu efficace, car les cycles peuvent être différents des 12 observés, et les rapports sexuels peuvent avoir lieu en période de fertilité, sans le savoir. (7)

Indice de Pearl = 9 (L'indice de Pearl est le nombre de grossesses non planifiées observé pour 100 femmes qui utilisent la méthode pendant un an) (12)

(b) La méthode des températures :

Cette méthode consiste à repérer la période d'ovulation en fonction de la température du corps. En effet, la température habituelle de la femme s'élève légèrement au moment de l'ovulation, de 0,2 à 0,4°C. L'ovule ne vivant que 24 heures, les rapports sexuels survenant 3 jours après l'élévation de la température ne peuvent pas, en principe, entraîner une grossesse. (7)

Indice de Pearl = 1 (12)

(c) Méthode Billings ou observation de la glaire cervicale :

Elle est fondée sur l'observation du cycle féminin et l'identification des périodes de fertilité par le suivi de l'état de la glaire cervicale. Pendant la période de fécondité, la glaire cervicale change de composition afin de neutraliser l'acidité naturelle du vagin (acidité qui est normalement spermicide et empêche la fécondation). Elle permet également de protéger, de conserver, de trier, de guider, d'entraîner la « capacitation » des spermatozoïdes, et de leur donner un apport énergétique. En phase péri ovulatoire, la glaire est plus abondante, glissante, plus claire, liquide, fluide, filante (s'étirant sur plusieurs centimètres) et transparente (plutôt laiteuse et épaisse lors des autres phases du cycle). La femme peut l'observer car cette glaire s'exteriorise à la vulve, elle ressent une sensation d'humidité. On peut décrire un « jour

sommet » correspondant au dernier jour de glaire qui donne une sensation de glissement et de lubrification. Ce jour sommet indique que l'ovulation a eu lieu. Il suffit donc de s'abstenir de rapport sexuel trois jours après modification de la glaire. (7)
Méthode peu efficace car les rapports survenant le jour précédant l'ovulation peuvent également être fécondant étant donné que les spermatozoïdes sont capables de vivre 5 jours dans le vagin.

Indice de Pearl = 1 (12)

(d) Le test d'ovulation :

Ces tests permettent d'identifier le pic de LH survenant 24 à 36 heures avant l'ovulation. Il est donc déconseillé d'avoir des rapports sexuels dans les 4 jours suivants un test positif. Cette méthode n'est pas valable pour les femmes souffrant du syndrome des ovaires poly kystiques, le taux de LH étant élevé en permanence. (7)

Indice de Pearl = 3 (12)

(e) Méthode des deux jours :

Il s'agit de noter la présence ou l'absence de sécrétions cervicales pour déterminer leur éventuelle fécondité chaque jour. La femme se pose deux questions simples : « Est-ce j'ai noté des sécrétions aujourd'hui ? » et « Est-ce que j'ai noté des sécrétions hier ? » Elle saura qu'elle est féconde aujourd'hui si elle note des sécrétions cervicales de tout type aujourd'hui ou si elle en a noté hier. Elle évite les rapports sexuels non protégés ces jours-là pour prévenir une grossesse. Si elle n'a noté aucune sécrétion cervicale aujourd'hui ou hier, sa probabilité de tomber enceinte à la suite de rapports sexuels aujourd'hui est très faible. Cependant une femme ayant des sécrétions continues ne pourra pas utiliser cette méthode. (7)

Cette méthode s'apparente très fortement à la méthode Billings.

Indice de Pearl = 4 (12)

(f) La méthode des jours fixes :

Méthode convenant aux femmes ayant des cycles réguliers entre 26 et 32 jours, et consiste en une abstinence sexuelle entre le 8^e et le 19^e jour du cycle. Possibilité d'utiliser un Collier du Cycle™, qui permet de visualiser les jours féconds, par les deux partenaires. (7)

Indice de Pearl = 5 (12)

(g) La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée :

Un allaitement, même soutenu, ne bloque pas totalement la croissance folliculaire. Cependant s'il est intense, il ne permettra pas le retour à une activité ovarienne compatible avec la fertilité. L'allaitement doit être mis en place très précisément dans les heures qui suivent l'accouchement. Il doit être complet ; c'est à dire qu'il est nécessaire d'allaiter fréquemment, chaque fois que l'enfant a faim, jour et nuit (au moins 6 tétées par 24 heures, dont une tétée nocturne). Cette méthode est efficace jusqu'aux 6 mois de l'enfant s'il n'y a pas eu de retour de couche, ensuite il est nécessaire d'observer les signes de fertilité. (6)

Indice de Pearl = 0,9 (12)

(h) La méthode du retrait :

Appelée aussi méthode du coït interrompu, elle nécessite que l'homme se retire du vagin de sa partenaire avant d'avoir éjaculé. Si l'éjaculation n'a pas lieu dans le vagin (ni juste à l'entrée du vagin), cela réduit les risques de grossesse. Cependant cette méthode est peu fiable car l'éjaculation peut être parfois incontrôlable. De plus, les premières gouttes de sperme, peuvent contenir de nombreux spermatozoïdes et sortent parfois sans que l'homme ne le sente : le liquide pré-éjaculatoire contient aussi des

spermatozoïdes en nombre suffisant pour féconder l'ovocyte et donc entraîner une grossesse. (6)

Indice de Pearl = 4 (21 en indice d'utilisation courante) (12)

(2) Les méthodes barrières

Ces moyens de contraception agissent en formant une « barrière » qui empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans le canal cervical et donc de féconder un ovule.

(a) Les préservatifs masculins et féminins :

Seuls moyens efficaces pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles. Ils sont à usage unique. Le préservatif masculin est le plus souvent en latex, mais en cas d'allergie il peut être en polyuréthane. Le préservatif féminin, Femidon® le plus souvent en polyuréthane ou en nitrile lubrifié, peut être placé plusieurs heures avant le rapport sexuel. (13). Le préservatif est insuffisamment efficace comme contraceptif.

Indice de Pearl (préservatif masculin) = 2 (12)

Indice de Pearl (préservatif féminin) = 5

(b) Le diaphragme :

Méthode très ancienne, très peu utilisée actuellement. En France, il est en silicone. Il est nécessaire de l'utiliser en association avec des spermicides. Il existe plusieurs tailles et le médecin prescripteur doit évaluer la taille adaptée à la patiente. Il est placé en diagonale le long du vagin et recouvre la paroi antérieure de celui-ci ainsi que le col utérin. Le diaphragme doit être posé avant chaque rapport sexuel et ne doit pas être gardé plus de 24 heures dans le vagin.

Il s'agit d'une méthode peu onéreuse (on peut utiliser le même diaphragme pendant 1 an) mais contraignante. (13)

Indice de Pearl = 6 (12)

(c) Les capes cervicales :

Encore moins utilisée que le diaphragme. Fabriquée en silicone en France. Elle se place sur le col utérin comme un dé à coudre. L'utilisation concomitante de spermicide est nécessaire pour obtenir un effet contraceptif. Le taux d'échec est plus important pour les multipares que pour les nullipares. (13)

Indice de Pearl (multipares) = 26 (12)

Indice de Pearl (nullipares) = 9

(d) Les spermicides :

Ce sont des substances qui sont insérées dans le vagin sous forme d'ovule, de crème, de capsule, de comprimés ou d'éponges, et qui possèdent une activité spermicide. Ils doivent être insérées avant le rapport sexuel et leur durée d'action va de 3 à 10 heures. Ils peuvent être utilisés seuls, mais le plus souvent ils sont associés au diaphragme ou à la cape cervicale. (13)

Indice de Pearl = 18 (12)

(3) La contraception hormonale

Avant toute prescription de contraception hormonale, l'ANSM/ANAES/INPES recommande la réalisation d'un bilan biologique à l'initiation de la contraception et à 3 mois. Il comporte la détermination du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun. Le bilan sera renouvelé tous les 5 ans si ces examens sont normaux et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux. En cas d'antécédent familial d'hyperlipidémie, il est recommandé de renouveler ce bilan 3 à 6 mois après. (12)

(a) Contraception œstroprogestative :

Il s'agit de la méthode contraceptive la plus utilisée. (12,14,15,16,17 et 18)

L'efficacité contraceptive résulte de trois actions complémentaires :

- Inhibition de l'ovulation au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire
- Modification de la glaire cervicale qui devient imperméable à la migration des spermatozoïdes
- Modification de l'endomètre, qui devient impropre à la nidation.

Au niveau des contre-indications à la contraception œstroprogestative on note :

- Présence ou antécédents familiaux ou personnels de thrombose veineuse associée ou non à une embolie pulmonaire, ou de thrombose artérielle (ou signes annonciateurs : valvulopathie, troubles du rythme cardiaque thrombogène, diabète compliqué de micro- ou de macro-angiopathie, diabète déséquilibré, HTA, dyslipoprotéinémie sévère)

- Prédispositions héréditaires ou acquises aux thromboses veineuses ou artérielles avec ou sans facteurs héréditaires comme : résistance à la protéine C activée, déficit en antithrombine III, déficit en protéine C, déficit en protéine S,
- Hyperhomocystéinémie et syndrome des anticorps anti phospholipides
- Antécédents de migraine avec symptômes neurologiques focaux
- Pathologie oculaire d'origine vasculaire
- Troubles sensoriels aigus
- Crise d'épilepsie répétée
- Opérations chirurgicales planifiées (au moins 4 semaines à l'avance) et pendant la période d'immobilisation
- Troubles du métabolisme lipidique
- Tumeur maligne homo-dépendante connue ou suspectée
- Tumeur hépatique (bénigne ou maligne) évolutive ou ancienne
- Tumeurs hypophysaires
- Présence ou antécédents d'affections hépatique sévères jusqu'à normalisation des paramètres de la fonction hépatique
- Pancréatite ou antécédent de pancréatite surtout si associé à une hypertriglycéridémie sévère
- Hémorragies génitales non diagnostiquées
- Hypersensibilité à l'une des substances actives ou à l'un des excipients

Au niveau des effets secondaires que l'on peut noter :

- Maladie thromboembolique veineuse et artérielle
- Augmentation potentielle du risque de cancers du sein, du col utérin, des cancers et tumeurs bénignes du foie
- Autres : nausées, jambes lourdes, mastodynies, dysménorrhée, aménorrhée ou méno-métrorragies, acné ou variation de poids possible.

Il sera nécessaire d'arrêter le traitement en cas de d'augmentation significative de la pression artérielle chez des patientes ayant des antécédents d'HTA et de survenue ou d'exacerbation de migraine ou encore d'apparition de céphalées inhabituelles, récurrentes, persistantes ou sévères

La contraception œstroprogestative est disponible en France sous trois formes :

- PILULE : La plus prescrite actuellement. Elle peut être mono, bi ou tri-phasique, c'est à dire contenant différentes doses d'hormones au cours du cycle. Dans les plaquettes nous retrouvons de 21 à 24 comprimés actifs suivis de 7 à 4 comprimés inactifs (ou aucun comprimé inactif, pour les pilules nécessitant une pause de 7 jours) permettant l'hémorragie de privation. Elles ne sont pas toutes remboursées. On parle de pilule minidosée ou macro dosée en fonction de la dose d'éthinylœstradiol. Elles peuvent être de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} génération ou 4^{ème} génération, selon le progestatif utilisé.

Lors d'une primo prescription, il conviendra de privilégier les pilules de 1^{ère} ou 2^{ème} génération. (16)

Indice de Pearl = entre 0 et 0,7

- PATCH TRANSDERMIQUE : Un seul est disponible actuellement, il s'agit du patch Evra®. Il délivre 150 microgrammes de Norelgestromine (progestatif de 3^{ème} génération) par 24 heures et 20 microgrammes d'éthinylœstradiol par 24 heures. Il suffit de poser le patch sur la peau (en changeant de zone à chaque nouvelle pose) ; un patch par semaine pendant trois semaines, puis une semaine de pause pour laisser venir les menstruations.

Pas de remboursement par la sécurité sociale. (12)

Indice de Pearl = entre 0,7 et 0,9

- ANNEAU VAGINAL : Un seul disponible actuellement, le Nuvaring® (générique récemment) diffusant 15 µg d'éthinylœstradiol I et 120 µg/24 h d'étonogestrel (progestatif de 3ème génération). Il s'agit d'un anneau vaginal qui doit être laissé en place sans interruption pendant 3 semaines, suivies d'1 semaine sans anneau. Il est nécessaire d'expliquer à la femme la mise en place et le retrait de l'anneau. Il doit être pincé et inséré dans le vagin jusqu'à ce qu'aucune gêne ne soit perçue. L'effet contraceptif de l'anneau est assuré quelle que soit sa place dans le vagin.

Non remboursé par la sécurité sociale. (12)

Indice de Pearl = entre 0,6 et 0,9

(b) La contraception hormonale progestative seule

Le mécanisme d'action des progestatifs :

- Effets périphériques : modification de la glaire, modification de l'endomètre rendant impropre l'implantation de l'embryon
- Inhibition de l'ovulation, plus ou moins obtenu en fonction du dosage et du type de progestatif
- Inhibition de la nidation au niveau de l'endomètre (principalement pour la progestérone injectable) (12,18,19 20,22)

Au niveau des contre-indications :

- Hépatite et antécédents récents d'hépatite
- Présence ou antécédent d'affection hépatique sévère, insuffisance hépatique, adénome ou carcinome hépatique (tant que les paramètres de la fonction hépatique ne sont pas normalisés)
- Tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels connues ou suspectées
- Hypersensibilité à l'un des composants
- Association avec millepertuis

- Hémorragies génitales non diagnostiquées
- Accidents thromboemboliques veineux évolutifs.

Il convient d'ajouter les contres indications ci-dessous pour la progestérone injectable :

- Accidents ou antécédents d'accidents thromboemboliques veineux et artériels (phlébite, embolie pulmonaire)
- Obésité
- Diabète, en raison d'une diminution de la tolérance au glucose
- Hypertension artérielle
- Fibrome utérin

Au niveau des effets indésirables :

- Hypertension artérielle ou HTA non contrôlée sous traitement (imposant l'arrêt de la contraception)
- Thrombose (imposant l'arrêt de la contraception)
- Aménorrhées, irrégularités menstruelles, saignements inter menstruels, spotting
- Œdème papillaire ou des lésions vasculaires rétinienne (sous progestérone injectable)
- Diminution de la densité minérale osseuse (sous progestérone injectable)

La contraception progestative seule est disponible en France sous trois formes :

- SOUS CUTANE : Une seule spécialité est disponible, il s'agit du Nexplanon® dosé à 68mg, délivrant de 60 à 70 microgrammes d'etonogestrel (progestatif de 3^{ème} génération) par jour la première année, puis diminue progressivement. Il s'agit d'un

bâtonnet souple, de 4cm de long et 2mm de diamètre que l'on pose face interne du bras en sous-cutané, juste sous la peau, afin d'éviter les principaux vaisseaux sanguins et nerfs qui se trouvent en profondeur dans le tissu conjonctif entre le biceps et le triceps, à l'aide d'un kit de pose disponible avec l'implant. Il est important de s'assurer de l'absence de grossesse avant la pose de Nexplanon®

Le retrait de l'implant peut être effectué à tout moment (3 ans maximum après la pose et 2 ans chez les patientes obèses). Pour retirer l'implant, il suffit de pratiquer une petite incision de la peau après avoir effectué une anesthésie locale (comme pour la pose). Il sera nécessaire d'effectuer une consultation de contrôle quelques mois après la pose de l'implant, puis une fois par an. Remboursé à 65% par les caisses d'assurance maladie, son coût est d'environ 100 euros.

Indice de Pearl = 0,05

- PILULE : Il en existe deux types, celles au désogestrel (progestatif de 3^{ème} génération) dosées à 0,075 mg (Cérazette®, non remboursable et les génériques remboursables) et celle au lévonorgestrel (progestatif de 2^{ème} génération) dosées à 0,030 mg (Microval®, remboursable).

Il s'agit de plaquettes de 28 comprimés, à prendre chaque jour à la même heure, sans interruption entre deux plaquettes. Le délai toléré d'oubli n'est que de trois heures pour Microval®, alors qu'il est de 12 heures pour les pilules au desogestrel 0,075mg, comme pour les contraceptifs oestroprogestatifs.

Indice de Pearl = entre 0,4 (desogestrel) et 1 (Microval®)

- INJECTABLE : Une seule spécialité contraceptive progestative injectable est actuellement disponible, il s'agit du Dépo-Provera®, Acétate de médroxyprogestérone à la dose de 150mg tous les 3 mois si injecté en intra musculaire ou à la dose de 104mg tous les 3 mois si injecté en sous cutanée.

Le retour à la fertilité peut être différé de 3 à 12 mois après arrêt des injections.

Il s'agit d'une méthode très peu utilisée en France et non recommandée chez les adolescentes.

Elle est remboursable à 65% par la sécurité sociale.

Indice de Pearl = 0,3

(4) Les dispositifs intra utérin

Le recours à cette méthode contraceptive permet de s'exonérer des contraintes liées à l'observance de la prise. Ils sont proposés à toutes les femmes, quelle que soit la parité (nullipares comprises), dès lors que les contre-indications à la pose, les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine et les situations à risque ont été écartés. Avant l'âge de 20 ans, l'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception l'emportent sur les risques théoriques ou avérés, mais elle rappelle les risques d'expulsion chez les nullipares et les risques d'infections sexuellement transmissibles dus au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire.

(18)

La pose est précédée d'un examen gynécologique pour estimer la taille, la forme et la position de l'utérus, et d'une hystérométrie, afin d'évaluer la hauteur de l'utérus.

L'insertion sera pratiquée dans des conditions d'asepsie rigoureuse.

La patiente sera revue en consultation dans un délai de 1 à 3 mois après la pose puis 1 fois par an.

L'objectif de la première consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne.

Il sera retiré à tout moment ou à la fin de sa validité par une méthode simple, qui consiste à tirer doucement sur les fils de retrait dans le vagin. Un autre DIU peut être posé immédiatement après le retrait.

Il assure une contraception à long terme réversible.

(a) Le DIU au cuivre

Le mécanisme d'action : (12, 21)

- Effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes entraînant une altération des spermatozoïdes, et donc une inhibition de la fécondation.
- Inflammation locale de l'endomètre empêchant la nidation.

Au niveau des contre-indications :

- Grossesse suspectée ou avérée
- Infection puerpérale en post-partum
- En post-abortum : immédiatement après un avortement septique
- Infection génitale haute en cours
- Tuberculose génito-urinaire avérée
- Hémorragies génitales inexplicables
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne
- Cancer du col utérin ou de l'endomètre
- Toute anomalie anatomique utérine congénitale ou acquise (impossible d'y insérer un DIU)
- Hypersensibilité au cuivre ou à l'un des composants du dispositif.

Pas de pause de DIU jusqu'à 6 semaines après un accouchement

Pas de pause de DIU si risques accrus d'infections sexuellement transmissibles

Au niveau des effets indésirables :

- Problèmes liés à l'insertion (douleurs, contractions utérines et saignements)
- Risques d'expulsion et de perforation utérine
- Modifications du cycle menstruel (ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes au moment des règles).
- Maladie inflammatoire pelvienne (rare)
- Grossesse extra-utérine (rare)

Un DIU au cuivre est composé d'un support en plastique radio opaque, à bras latéraux flexibles, autour duquel s'enroule un fil de cuivre. La surface de cuivre est de 375 ou 380 mm² en fonction des dispositifs. Un fil de nylon attaché au support et dépassant dans le vagin permet le contrôle de la présence du dispositif et le retrait. Plusieurs tailles disponibles permettant de s'adapter à la hauteur de la cavité utérine. La durée maximale d'efficacité varie de 4 à 10 ans en fonction des dispositifs.

Indice de Pearl = 0,6

(b) Le DIU au lévonorgestrel

Le mécanisme d'action : (12)

- Épaississement de la glaire cervicale rendant difficile le passage cervical des spermatozoïdes
- Effet local du DIU sur l'endomètre et prévention de la prolifération de l'endomètre provoquant un terrain hostile aux nombreux phénomènes qui interviennent dans le mécanisme de reproduction.

Au niveau des contre-indications :

- Grossesse suspectée ou avérée
- Maladie inflammatoire pelvienne, en cours, récente ou récidivante
- Infection génitale basse et hautes, en cours
- Endométrite du post-partum
- Dysplasie cervicale
- Antécédent d'avortement septique au cours des 3 derniers mois
- État médical associé à une sensibilité accrue aux infections
- Hémorragies génitales non diagnostiquées
- Anomalies congénitales ou acquises de l'utérus (impossibilité d'insérer un DIU)
- Affection maligne du col ou du corps utérin
- Tumeurs sensibles aux progestatifs,
- Affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique
- Hypersensibilité au lévonorgestrel ou à l'un des composants du dispositif.

Au niveau des effets indésirables :

- Survenue ou aggravation de migraine
- Ictère
- HTA
- Suspicion ou diagnostic d'une tumeur sensible aux progestatifs
- Événements thromboemboliques veineux ou artériels

Ces effets indésirables imposent le retrait du DIU.

Il existe actuellement deux DIU au lévonorgestrel :

- Le Mirena® : Le dosage au lévonorgestrel est de 52mg, et délivre à la patiente 20 microgramme par 24 heures de progestatif. Efficacité : 5 ans. Prix de vente environ

110 euros, remboursé par la sécurité sociale à 65%. C'est un stérilet de grande taille en raison d'un réservoir en hormone important.

Indice de Pearl = 0,2

- Le Jaydess® : Ses dimensions sont de 28 x 30 x 1,55 mm (plus petit que MIRENA). Composé d'un réservoir médicamenteux monté sur la tige verticale du corps en T du système. La tige verticale comporte aussi un anneau d'argent (radio-opaque) situé à proximité des bras horizontaux flexibles. Il a une durée d'efficacité de 3 ans. Dosage : 13,5mg de lévonorgestrel. Prix 99 euros remboursé à 65% par la sécurité sociale.

Indice de Pearl = 0,4

(5) La stérilisation

La stérilisation est la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines. (23)

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée par la loi depuis le 4 juillet 2001.

Seules les personnes majeures peuvent en faire la demande. Le choix doit être libre et éclairé, les informations doivent être données par oral et par écrit. La stérilisation doit être présentée comme irréversible. Un délai de 4 mois sera respecté après la première consultation. Passé ce délai, la personne doit confirmer par écrit sa volonté de procéder à une stérilisation. Cet acte est réalisé dans un établissement de santé (hôpital, clinique). La stérilisation comprend la ligature des trompes et la vasectomie. Nous ne parlerons ici que de la ligature des trompes puisqu'il s'agit de la stérilisation féminine.

Il existe deux méthodes de stérilisations féminines :

- Occlusion immédiate : techniques de ligatures/sections tubaires, obturation tubaire par le biais d'une électrocoagulation et obstruction mécanique par mise en place d'un dispositif médical.
- Occlusion progressive : la stérilisation par la technique ESSURE consiste à provoquer une obstruction progressive des trompes de Fallope par l'insertion de micro-implants. Un implant ESSURE, micro-ressort, est inséré dans chacune des deux trompes de Fallope par voie vaginale, suscitant une réaction tissulaire naturelle et une fibrose autour et à l'intérieur de l'implant. Ces réactions conduisent à l'occlusion permanente des trompes au bout d'une période de 3 mois après la pose. Cette technique permet d'éviter une anesthésie générale.

Il n'existe pas de contre-indications absolus à ces techniques, mais un certain nombre de contre-indications temporaires :

- Grossesse
- Certaines situations en post-partum : pré-éclampsie / éclampsie grave, rupture prolongée des membranes (24 heures ou plus), infection/fièvre puerpérale...
- Certaines situations du post-abortum : infection ou fièvre, hémorragie grave...
- Thromboses veineuses profondes/embolies pulmonaires aiguës
- Actes de chirurgie majeure avec immobilisation prolongée
- Cardiopathies ischémiques en cours
- Saignements vaginaux non diagnostiqués
- Maladies trophoblastiques gestationnelles avec des taux de β -HCG durablement élevés (maladies malignes)
- Infection / affection tumorale locale ou générale
- Anémie

Les complications post-opératoires sont, la plupart du temps, bénignes : douleurs abdominales passagères, infections locales, hématomes. Les complications plus aiguës nécessitant une reprise chirurgicale (perforation d'un vaisseau ou brûlure d'un organe voisin) sont très rares.

Les complications à long terme sont, principalement, les risques de grossesse extra-utérine dont le risque cumulé à 10 ans est estimé à 0,73%, toutes méthodes confondues.

La ligature des trompes est un acte chirurgical intégralement remboursé par la Sécurité Sociale.

Indice de Pearl = 0.5 (12 et 23)

(6) La contraception d'urgence

La contraception d'urgence est constituée de l'ensemble des méthodes contraceptives spécifiques pouvant être utilisées dans l'urgence pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé. Elle est ainsi considérée comme une méthode de contraception d'appoint dont l'utilisation est occasionnelle. Les indications sont larges : rupture de préservatif, rapport sexuel non protégé, mauvaise utilisation d'un moyen régulier de contraception, rapport forcé. (24,25,26 et 27)

Il existe plusieurs méthodes :

- **Lévonorgestrel per os en dose unique de 1,5 mg (Norlevo®)** : est la méthode la plus utilisée en France. Elle agit en inhibant ou retardant l'ovulation. Son efficacité est de 87 à 95% lorsque le comprimé est administré dans les 72 heures après le rapport et de 58 à 80 % si la prise s'effectue entre 72 et 120 heures. Elle est mise en vente libre à la pharmacie depuis 1999.

- **Ulipristal acétate per os en dose unique de 30 mg (Ellaone®)** : agit principalement par inhibition ou retardement de l'ovulation. Efficace jusqu'à 120 h après un rapport sexuel non ou mal protégé. Au plus tôt les comprimés seront pris, au plus la méthode anticonceptionnelle sera efficace.

Les modalités d'accès sont identiques : Soit en pharmacie, sans prescription médicale (anonyme et gratuit pour les mineures en situation d'urgence ; sinon, non remboursé) ou après prescription par un médecin ou une sage-femme (remboursement à 65 %). Soit dans les centres de planification et d'éducation familiale : délivrance anonyme et gratuite pour les mineures et pour les majeures sans couverture sociale. Ou encore dans les infirmeries scolaires ou services universitaires et inter universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé : délivrance anonyme et gratuite pour les élèves des collèges et lycées (mineures ou majeures) et les étudiantes.

- **Dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre** : agit par effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation et par inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé. Le DIU sera efficace comme contraception d'urgence jusqu'à 120 heures après le rapport à risque. Au niveau des modalités d'accès, la prescription et la pose par un médecin ou une sage-femme sont nécessaires.

b) L'Interruption volontaire de grossesse (IVG)

L'interruption volontaire de grossesse est un acte médical visant à stopper une gestation pour des raisons non médicales, en cas de non désir de grossesse. Cette intervention doit se faire dans un délai fixé par la loi (14 SA).

Il existe deux types d'IVG (29) :

- **Médicamenteuses** : Elle repose sur l'administration d'un anti progestérone (la mifépristone) suivie, 36 à 48 heures après, de celle d'une prostaglandine (gemeprost ou misoprostol). Elle doit être réalisée en établissement de santé, par un médecin habilité ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale ayant établi une convention avec un établissement de santé. Elle peut être proposée jusqu'à 9SA (entre 7 SA et 9 SA, une surveillance hospitalière est recommandée pour le jour de l'expulsion).
- **Chirurgicale** : sous anesthésie générale ou locale. Elle repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration. Elle peut être proposée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. La dilatation du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse, notamment chez la nullipare à partir de 8 SA, et chez toutes les femmes entre 10 et 14 SA.

Ces deux méthodes nécessitent une visite de contrôle 2 semaines après l'intervention pour s'assurer de la vacuité utérine.

i) Histoire de l'IVG

Nous nous intéresserons à l'histoire récente de l'interruption volontaire de grossesse en France.

Au siècle dernier, les femmes qui faisaient avorter étaient appelées les « faiseuses d'anges », elles étaient sévèrement punies par la loi.

En 1920, la loi interdit l'avortement. Le code des familles de 1939 vient même renforcer les peines en incluant dans ses articles, la simple tentative d'avortement. De plus, le gouvernement de Vichy en 1942, durcit encore le dispositif en rendant possible le déferrement des avorteurs devant le tribunal d'État et l'IVG est considéré comme un crime passible de la peine de mort. (28,29 et 30)

Le 20 décembre 1974, le parlement adopte la loi Veil, relative à l'autorisation de l'IVG en France, promulguée le 17 janvier 1975, avec un réexamen de la loi à 5 ans ; qui aura lieu le 31 décembre 1979, confirmant la loi Veil.

Loi Veil : La loi autorise l'IVG dans un délai de 12 semaines d'aménorrhées, sur simple demande à un médecin. Il existe une clause de conscience pour les médecins qui ne souhaite pas pratiquer l'IVG. Elle s'efforce de limiter cet acte à des cas de nécessité et d'empêcher qu'il ne devienne un moyen de réguler les naissances ; elle ne prévoit pas le remboursement par la Sécurité sociale, mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale.

Le 31 décembre 1982 promulgation de la loi relative à la couverture des frais afférents à l'IVG non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, instaurant la prise en charge par l'État des dépenses engagées par l'assurance maladie au titre des IVG (loi n°82-1172).

Le 27 janvier 1993, la loi Neiertz crée un délit d'entrave à l'IVG et supprime la pénalisation de l'auto avortement (loi n°93-121)

Promulgation de la loi Aubry le 4 juillet 2001 (loi n°2001-588) :

- porte le délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA)
- supprime l'autorisation parentale pour les mineures
- rend facultatif l'entretien pré-IVG pour les femmes majeures
- elle autorise la prescription du RU 486 par les médecins de ville
- elle autorise l'avortement pour toute femme présente sur le territoire français
- La « pilule du lendemain » est délivrée gratuitement pour les mineures

Suite au décret de 2004, la loi de 2001, concernant l'autorisation de la prescription de l'IVG médicamenteuse, est appliquée. Elle peut être prescrite par les gynécologues et les médecins généralistes pour les grossesses de moins de 9 semaines d'aménorrhée. Ces médecins doivent justifier d'une expérience professionnelle adaptée et doivent travailler en réseau avec un établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention.

En 2013, Marisol Touraine, ministre de la santé, rend « gratuite » l'IVG pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode (instrumentale ou médicamenteuse). Les tarifs des IVG instrumentales sont revalorisés afin de renforcer cette activité, qui ne doit pas être délaissée par les professionnels. Les femmes doivent conserver le choix de la méthode.

Plus récemment encore, en 2016, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine, et permet également aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses. (28)

ii) L'IVG en chiffre

Malgré une diffusion massive de la contraception médicale depuis 1975, le recours à l'IVG en France reste étonnamment stable, en comparaison aux pays de l'Europe de l'Est et du Nord.

Avant la loi de 2001, qui fait passer le délai légal de l'IVG de 12 à 14 SA, des milliers de femmes devaient chaque année se rendre à l'étranger pour avorter au-delà du délai légal en France. De plus, la légalisation de l'IVG a permis de considérablement améliorer les conditions sanitaires permettant de diminuer un maximum les complications (actuellement on compte 0.3 décès pour 100 000 IVG). Nous n'avons pas constaté d'impact démographique, la fécondité française est à peu près stable depuis 30 ans. (30)

On dénombre environ 200 000 IVG par an, en France, chez les femmes entre 15 et 49 ans, stable depuis plusieurs années. (31 et 32)

En 2017, ce sont 216 700 IVG qui ont été pratiquées.

Actuellement, grâce à la large diffusion de la contraception moderne, on note une diminution des grossesses non prévues, qui représentaient 46% des grossesses en 1975, contre 33% en 2007. (30)

Cependant, la stabilité du taux d'IVG traduit une hausse du recours à cette méthode en cas de grossesse non prévue. Alors que 41% des grossesses non prévues se terminaient en IVG en 1975, aujourd'hui c'est 62% de ces grossesses qui terminent en IVG. Cependant, pour la très grande majorité des femmes (83,3%), le recours à l'avortement est accidentel et unique. L'IVG en France n'est donc pas devenue un moyen de contraception, même pour les femmes qui y ont recours plusieurs fois dans leur vie. (30)

La stabilité apparente du nombre d'IVG masque une hausse du recours à l'interruption de grossesse chez les moins de 25 ans. Au niveau national, les IVG chez les adolescentes représentent 5% des actes réalisés. (33)

c) La contraception et l'IVG chez les adolescentes

i) Adolescentes et sexualité

L'Adolescence, du latin « adolescere » = grandir, correspond à une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, entre dépendance infantile et une position plus autonome. Cette période est marquée par d'importantes transformations biologiques, comportementales et psychologiques. C'est une période de crise parfois violente, durant laquelle l'adolescente doit accepter ce corps nouveau, sexué, en proie à de nouvelles pulsions, source d'angoisse, de peur, de déni et plus souvent de souffrance que de satisfaction. (15 et 41)

La puberté (en général entre 11 et 13 ans chez les filles) marque le début de l'adolescence et correspond à l'étape des changements physiques, permise par l'activation de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique. (43)

L'adolescence est la période des premiers rapports sexuels. L'éducation et la prévention en matière de sexualité sont donc essentielles à cet âge. (34)

De nombreuses études retrouvent un âge moyen de 17 ans et 6 mois pour le premier rapport sexuel, plutôt stable depuis ces dernières années. (35,36)

Il ne s'agit pas d'une période d'hypersexualité, mais plutôt de relations monogames sérieuses. À cet âge, la fidélité et l'affectivité sont très privilégiées. Les rapports sexuels ont pour caractéristique d'être sporadiques (5 à 15 par an), non planifiés ; 63 % des rapports ayant lieu pendant les périodes de vacances scolaires. Actuellement, trois adolescentes sur quatre ont recours à une méthode contraceptive lors de leur premier rapport (contre 31% en 1987) mais seules 38 % d'entre elles utilisent la pilule, au profit du préservatif, plus simple d'accès mais moins efficace sur le plan contraceptif. (15)

En France, malgré la richesse de notre arsenal contraceptif et les moyens mis en œuvre pour faciliter l'accès à la contraception, le nombre d'IVG chez l'adolescente est étonnamment stable, probablement car le décalage entre efficacité théorique et pratique est encore plus important à cet âge-là. (1, 15,37).

ii) Les recommandations pour la contraception des adolescentes

Les deux enjeux majeurs de la contraception chez l'adolescente sont l'éviction des grossesses non désirées et la prévention des IST. (15)

La consultation contraception est souvent la première consultation gynécologique, et de ce fait, fréquemment redoutée, par peur de l'examen gynécologique. Il est nécessaire d'instaurer une relation de confiance avec la patiente, et d'expliquer longuement les modalités contraceptives. L'adolescence est une période particulière au cours de laquelle le médecin doit adapter son discours informatif et préventif (15,37).

Les recommandations insistent sur le fait que la première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait être une consultation spécifiquement dédiée à cette question. Les adolescentes voient régulièrement leur médecin généraliste ; il s'agit donc du premier interlocuteur parmi les professionnels de santé, d'où l'importance d'être bien formé sur la question. (38)

Chez les 15-19 ans, le schéma contraceptif n'a pas évolué : la pilule reste la première méthode de contraception utilisée (60,4 %) avec le préservatif. La désaffection de la pilule n'a pas touché cette tranche pour laquelle on ne note pas, depuis 2010, de diminution d'utilisation ni de variation significative dans l'utilisation des autres méthodes, excepté une hausse de l'implant entre 2010 et 2013 (32).

Le PASS contraception ou PASS santé jeune en Provence Alpes Côte d'Azur :

Ce dispositif, lancé en 2010 par la région Poitou-Charentes à l'initiative de Ségolène Royal, permet aux jeunes de 14 à 25 ans de bénéficier gratuitement et de façon anonyme de consultations gynécologiques, d'analyses médicales (pour dépister une maladie sexuellement transmissible et/ou biologie nécessaire à l'instauration de la contraception), et de prescriptions de contraceptifs (pilules, préservatifs, stérilets...), le

tout sans avoir besoin d'une carte vitale. L'avantage est double : les jeunes n'ont pas besoin d'avancer les frais, ni d'en parler à leurs parents. (40,48)

Le dispositif "PASS Santé Jeunes" est proposé aux jeunes filles et garçons de moins de 26 ans, résidant en Provence-Alpes-Côte d'Azur et pouvant justifier d'un des statuts suivants : lycéen, étudiant, apprenti, stagiaire de la formation professionnelle ou inscrit en mission locale, en service civique ou à Pôle emploi. Le jeune fait sa demande de chéquier exclusivement par télé procédure.

Il contient :

- 1 coupon "1re consultation médicale", utilisable chez un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme, d'une valeur maximale de remboursement de la Région : 33€
- 1 coupon "2è consultation médicale", utilisable le cas échéant chez le professionnel de santé ayant assuré la 1re consultation (visite de contrôle ou pose d'un contraceptif) : 42€
- 1 coupon "analyses biologiques", utilisable dans un laboratoire de biologie médicale (sur présentation d'une ordonnance) : 30€

Pour une contraception régulière :

- 1 coupon "Implant ou D.I.U" utilisable dans les pharmacies (sur présentation d'une ordonnance) : 130€

- Ou 4 coupons "pilule, patch, anneau, diaphragme", utilisables dans les pharmacies (sur présentation d'une ordonnance) Un seul coupon de contraception par trimestre. Valeur faciale maximum de remboursement de la Région : 22,50€
- 1 coupon "préservatif", utilisable dans les pharmacies. Valeur faciale maximum de remboursement de la Région : 20€

Le remboursement aux médecins est effectué par la Région. (40)

iii) L'IVG chez les adolescentes

Cependant la facilité d'accès à la contraception ne semble pas être le garant d'une bonne utilisation. L'emploi d'une contraception efficace reste aujourd'hui insuffisant, de façon plus marquée à l'adolescence. On a pu observer une augmentation des IVG chez les jeunes en France de 1990 à 2010. L'incidence annuelle était passée de 7,7/1000 à 10,5/1000 chez les jeunes femmes de 15 à 17 ans. (47)

Les efforts réalisés (remboursement à 100% des contraceptifs pour les mineures, et les facilités d'accès à la CU...) ont permis une diminution du taux de recours à l'IVG dans cette tranche d'âge et actuellement il se stabilise aux alentours de 7 /1000 mais reste élevé pour une population adolescente ; identique au taux des années 1990... (33) alors que la couverture contraceptive s'est améliorée.

Lors de mon expérience clinique pendant le stage chez le praticien et lors du stage de gynécologie, il est surprenant de constater la méconnaissance et le mauvais usage des différents moyens contraceptifs chez les adolescentes.

Les échecs de la contraception sont fréquents chez les adolescentes. La première raison tient à leur fécondité élevée, s'ensuit une proportion d'échec du préservatif

significativement plus élevée chez les adolescentes (17,8 contre 11,5 % chez les adultes). (45,48)

L'IVG pratiquées chez les mineures correspondent à environ 5 % du nombre total des IVG réalisées en France annuellement. (42)

La loi précise pour les mineures le caractère obligatoire d'un entretien social préalable à l'IVG. Elle précise également que le médecin doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la patiente pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale (ou le représentant légal) soient consultés. Si le consentement n'est pas obtenu, alors la mineure peut se faire accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix. (28)

Lors d'une étude réalisée au CHU de Nice en 2004, et portant sur les motivations de demande d'IVG des adolescentes nous retrouvons : 45 % des patientes avancent pour principal motif leur jeune âge. 30,9 % d'entre elles estiment leur grossesse incompatible avec la poursuite de leurs études. 8,8 % déclarent demander l'IVG devant l'absence de désir d'enfant, et 4,9 % pour une impossibilité d'assumer la charge financière d'une grossesse. La population de cette étude était assez représentative de la population générale, car la plupart des IVG chez les mineures se font au CHU. (42)

Nous nous sommes particulièrement intéressés aux jeunes femmes de 15 à 17 ans, car la fertilité à cette période de la vie est à son apogée et une contraception non adaptée, ou une jeune femme n'ayant pas adhérer totalement à son traitement est souvent source de grossesse imprévue. Il semble important d'informer au mieux les jeunes patientes quant à l'utilisation de la contraception pour tenter de diminuer les IVG à cet âge précoce. En effet, des études ont montré, qu'un IVG précoce était source d'IVG à répétition, et donc de risques de complications immédiates ou ultérieures. (31)

De plus, une consultation contraception en médecine générale a été mise en place depuis novembre 2017 pour cette population

L'objectif de notre étude est donc de mettre en évidence les connaissances de ces jeunes femmes sur la contraception, et d'évaluer leurs attentes pour améliorer la consultation en médecine générale sur ce sujet.

2. Matériels et Méthodes

a. Étude et population

Il s'agit d'une étude prospective, transversale, descriptive et quantitative.

Nous avons interrogé les jeunes filles âgées de 15 à 17 ans consultant en cabinet médical de ville et en centre de PMI.

Les critères d'inclusions étaient les suivants :

- Être âgée de 15 à 17 ans inclus
- Être de sexe féminin
- Accord du représentant légal pour répondre à ce questionnaire
- Consulter en cabinet de ville ou centre de PMI
- Compréhension/ lecture possible de la langue française
- Savoir écrire

L'inclusion des patientes dans cette étude s'est effectuée du premier mars au 31 octobre 2018.

Selon la loi Jardé, cette étude n'a pas nécessité l'intervention d'un comité de protection des personnes car elle rentre dans le cadre de l'étude de la sociologie de la santé.

b. Le questionnaire

A l'aide de la littérature, nous avons élaboré un questionnaire comprenant 11 items.

Les premières questions nous ont permis de connaître notre population, avec leur âge et la prise ou non de contraceptif.

Ensuite, il nous permettait de savoir si elles avaient des connaissances sur la contraception, les IST et la contraception d'urgence, et qui leur avaient fourni ces informations.

Nous nous sommes intéressés au déroulement d'une consultation chez le généraliste et à l'indice de confiance des patientes pour la prescription d'une méthode contraceptive et les informations fournies par le médecin.

Enfin, nous leur avons demandé si elles avaient eu un rapport sexuel, et si elles avaient déjà dû subir une IVG.

Le questionnaire était distribué en fin de consultation, peu importe le motif, après autorisation parentale. Les adolescentes pouvaient poser des questions si certains mots leur étaient inconnus, et elles remplissaient seules le questionnaire.

Nous avons distribué notre questionnaire dans plusieurs cabinets de ville et deux centres de PMI, situés dans les bouches du Rhône (13).

8 cabinets médicaux, dans les villes suivantes : Salon de Provence, St Chamas, Miramas, Istres, Arles et Alleins

2 centres de PMI : Miramas et Vitrolles.

Le questionnaire se trouve en annexe 1, à la fin de la thèse.

c. Les statistiques

Nous avons utilisé le logiciel Excel pour saisir et stocker les données.

Les statistiques descriptives sont décrites par des pourcentages et moyennes. La comparaison de fréquence avec le test chi 2 (ou Fischer exact en cas d'effectif faible).

Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%.

3. Les résultats

Nous avons obtenu un total de 110 questionnaires, entre le 1er mars et le 31 octobre 2018.

Seulement 94 étaient exploitables, car 5 n'étaient pas rempli intégralement, et pour 11, l'âge ne correspondait pas aux limites fixées pour l'inclusion.

a. La population

Dans notre population, nous comptons :

24 jeunes filles de 15 ans

27 jeunes filles de 16 ans, et

43 jeunes filles de 17 ans

La moyenne d'âge est de 16,2 ans, avec un écart type de +/- 0,82.

b. La contraception

48,9% des jeunes filles interrogées prennent une contraception (n=48).

Nous avons noté, que l'utilisation d'un moyen de contraception augmentait avec l'âge.

Tableau 1 : Utilisation d'une méthode contraceptive en fonction de l'âge des patientes

	Oui (%)	Non (%)	Prévalence
15 ans	20,80%	79,20%	p=0,005
16 ans	44,50%	55,50%	p=0,6
17 ans	32,60%	67,40%	p=0,02

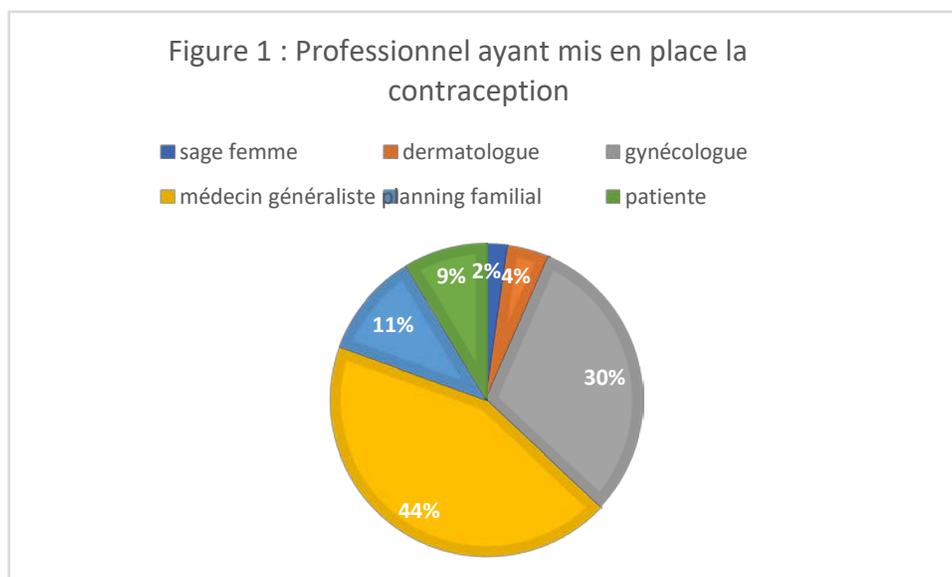
En avançant en âge, les jeunes filles prennent plus souvent une méthode contraceptive, à hauteur de 67,4% pour les jeunes filles de 17 ans, avec p=0,001.

La méthode de contraception par excellence dans cette tranche d'âge est la pilule. Les jeunes filles sous contraception, utilisent pour 82,6% d'entre elles la pilule. Ensuite il y a le préservatif pour 16%, puis implant et anneau vaginal pour 2% des jeunes femmes.

A noter que 10 adolescentes ont répondu qu'elles utilisaient une double méthode avec pilule et préservatif, soit 21,7% de notre effectif.

Nous nous sommes intéressés à savoir quel professionnel de santé avait mis en place la contraception.

Pour 44%, il s'agit du médecin généraliste, qui lors de cette étude, est le premier prescripteur de contraception chez les jeunes filles de 15 à 17 ans.



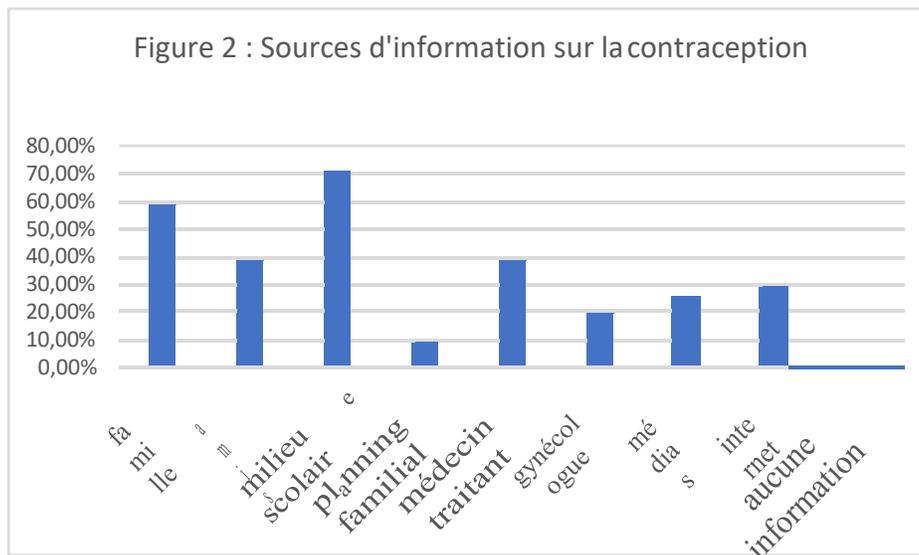
Le médecin généraliste est le premier prescripteur chez les jeunes femmes de 15 et 16 ans (respectivement 80% et 58,3%) mais cette tendance s'amenuise chez les jeunes femmes de 17 ans, qui ont tendance à consulter un gynécologue (31% généraliste et

34,4% par le gynécologue). Mais nous n’obtenons pas de différence significative selon l’âge des patientes.

	15 ans (n)	15 ans (%)	16 ans (n)	16 ans (%)	17 ans (n)	17 ans (%)	Prévalence
Sage femme	0		0		1	3,40%	p = 0,8
Dermatologue	0		1	8,30%	1	3,40%	p = 0,7
Gynécologue	0		4	33,30%	10	34,40%	p = 0,4
Médecin généraliste	4	80%	7	58,30%	9	31%	p = 0,2
Planning familial	1	20%	0		4	13,80%	p = 0,4
Seule	0		0		4	13,80%	p = 0,3

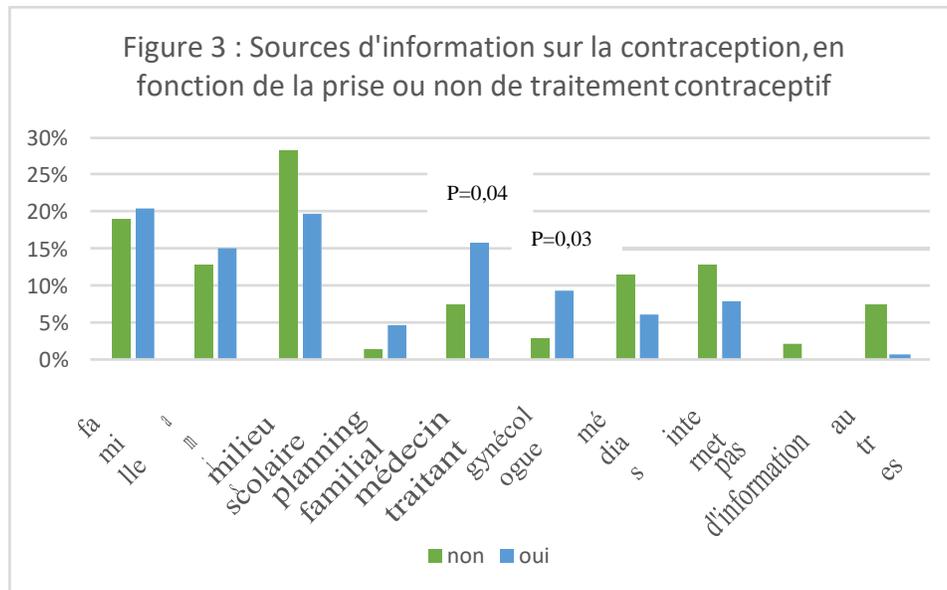
c. Information sur la contraception

Au niveau des sources d’information dont bénéficie ces jeunes filles sur la contraception, le milieu scolaire arrive en tête, avec plus de 70%. Le généraliste est pourvoyeur d’information à hauteur de 36,2%, derrière les amis et la famille.



Il n’y a pas de différence significative en fonction de l’âge (p=0,45)

Nous notons par contre une différence significative ($p=0,02$), quant à la source d'information entre les patientes sous contraceptif et celles n'en prenant pas. En effet, les jeunes femmes prenant une contraception, reçoivent davantage d'informations de la part du médecin traitant que les autres ($p=0,04$) et plus d'informations du gynécologue ($p=0,03$).



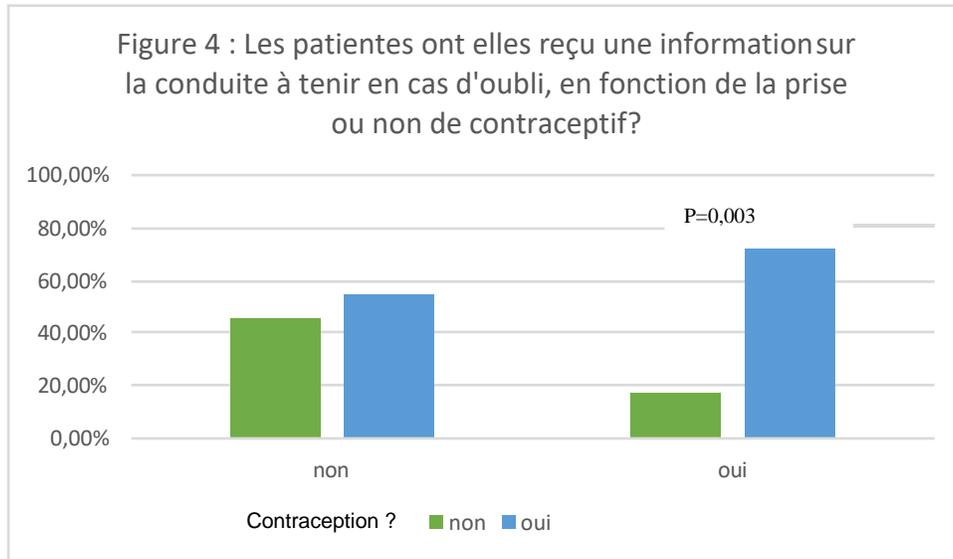
Par rapport au milieu scolaire, la différence n'est pas significative.

d. En cas d'oubli de prise

Pour 86,9% des patientes sous contraception, aucune méthode d'urgence ne leur a été prescrite lors d'un renouvellement ou d'une première prescription de contraceptif.

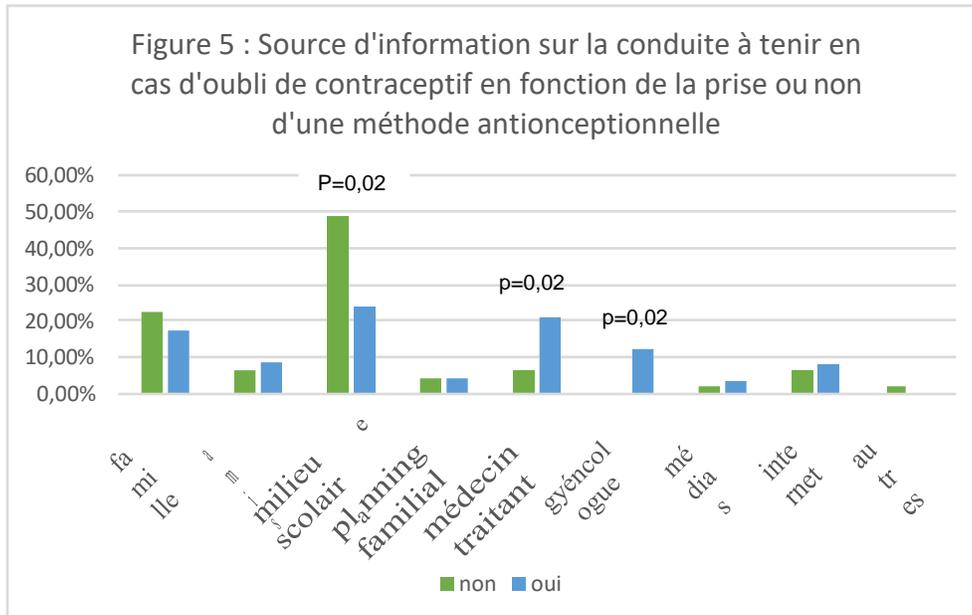
68% des jeunes femmes interrogées affirment avoir reçu une information quant à la conduite à tenir en cas d'oubli de prise de contraceptif.

Pas de différence selon l'âge des patientes.



Les patientes prenant régulièrement un moyen de contraception, ont reçu plus souvent une information concernant la conduite à tenir en cas d'oubli ($p=0,003$).

Le milieu scolaire est le principal pourvoyeur de cette information, avec 46,8%, suivi de la famille à 27% et du médecin généraliste avec 23,4%.



Il n'existe pas de différence significative en fonction de l'âge.

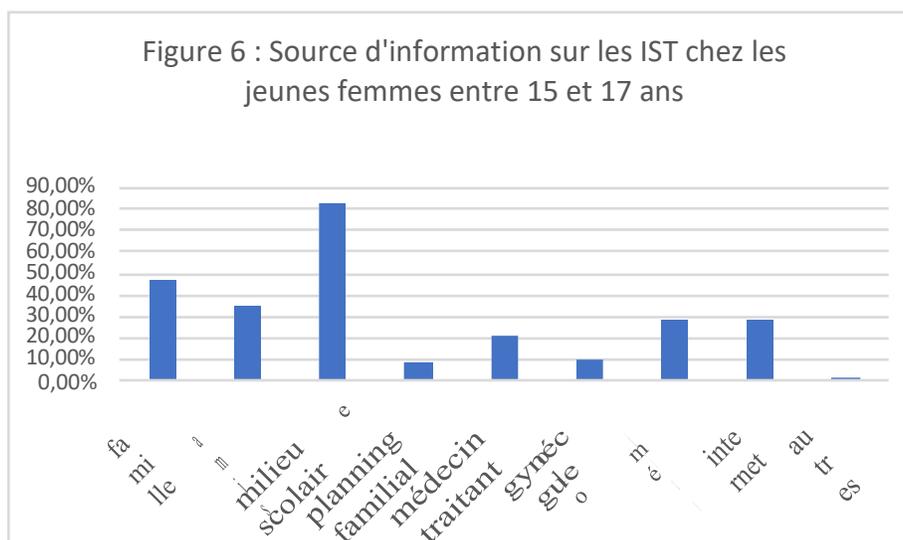
En fonction de la prise ou non de méthode contraceptive, les sources d'informations citées par les adolescentes à ce sujet sont différentes. Le gynécologue et le médecin fournissent davantage d'information lorsqu'ils sont prescripteurs ($p=0,02$). Pour les adolescentes ne prenant pas de contraception, le principal pourvoyeur d'information est le milieu scolaire à hauteur de 48%, majoritairement cité en comparaison aux jeunes filles sous contraceptif ($p=0,02$).

Les jeunes filles n'ayant pas eu d'information sur la conduite à tenir en cas d'oubli de prise, souhaiteraient en avoir pour 76,7% d'entre elles, sans impact de l'âge ou de la prise ou non de méthode contraceptive.

e. Information sur les IST

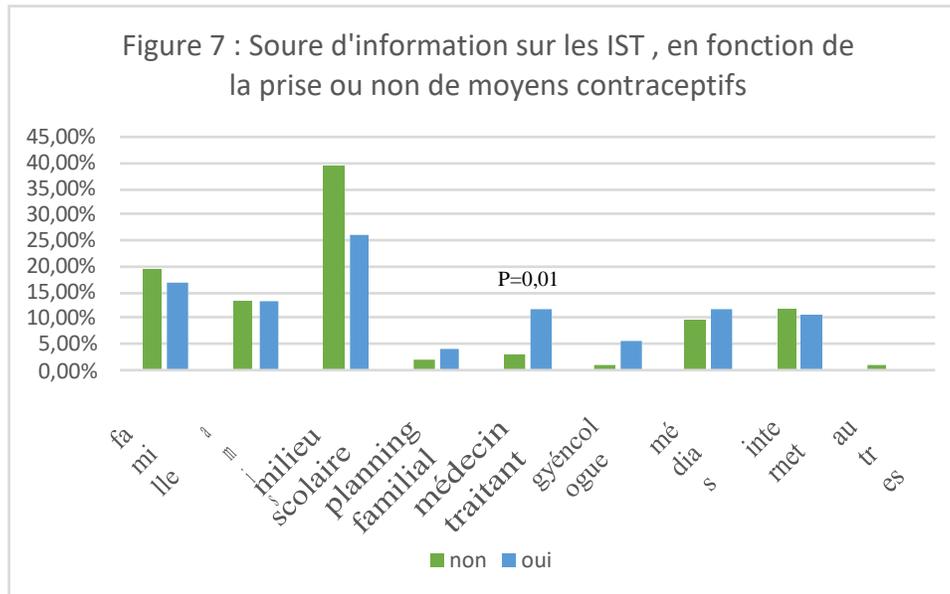
95,7% des jeunes femmes de 15 à 17 ans ont reçu des informations sur les infections sexuellement transmissibles ($n=90$).

Le milieu scolaire est encore le principal fournisseur d'information sur le sujet, à hauteur de 83%, suivi par les médias et internet (27%), puis le médecin traitant pour 20% des jeunes filles.



Pas de différence significative en fonction de l'âge des patientes.

Nous notons par contre une différence significative ($p=0,02$), au niveau de la source d'information pour les IST, en fonction de la prise ou non d'une méthode contraceptive.



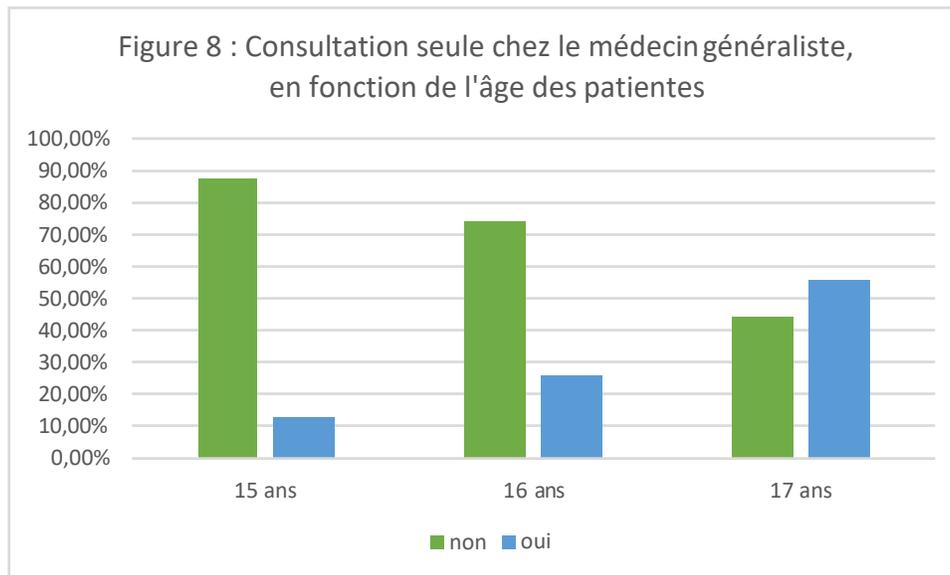
En effet, les patientes sous contraception, tirent plus d'information de la part du médecin traitant (12%) en comparaison aux jeunes filles sans méthode contraceptive (2,9%). ($p=0,01$)

f. La consultation avec le médecin généraliste

Les jeunes femmes interrogées sur la confiance qu'elles portent au médecin généraliste pour une délivrance d'information et/ou prescription d'une contraception, évaluent celle-ci à 9/10 de moyenne, avec un écart type de +/- 1,44.

Les moyennes ne diffèrent pas selon l'âge des patientes, ni selon la prise ou non d'une méthode anticonceptionnelle. Nous ne notons pas de différence sur l'évaluation de la confiance portée au médecin généraliste selon le prescripteur de la contraception.

Dans notre étude, la plupart des adolescentes ne sont pas reçues seules en consultation chez le médecin généraliste (64%).



Par contre, plus on avance en âge, plus les patientes sont reçues sans les parents lors des consultations, avec une proportion inverse à l'âge de 17 ans. $p=0,0007$
55,9% des jeunes filles sont reçues seules à 17 ans, contre 12% à 15 ans.

Les patientes sous contraception consultent le plus souvent seule, à hauteur de de 67%, avec $p= 0,007$.

Pour les patientes consultant en présence des parents (64%), la plupart souhaitent qu'il n'y ait pas de changement (60%), et ceci indépendamment de l'âge et de la prise ou non de méthode contraceptive.

g. Observance thérapeutique

Nous nous sommes interrogés, à savoir si la répétition des informations sur les méthodes contraceptives lors de chaque consultation pouvait améliorer l'observance thérapeutique. Les patientes ont répondu oui à 75,6% des cas.

Sans lien significatif avec l'âge ou la prise actuelle de contraception.

h. Le Pass contraception

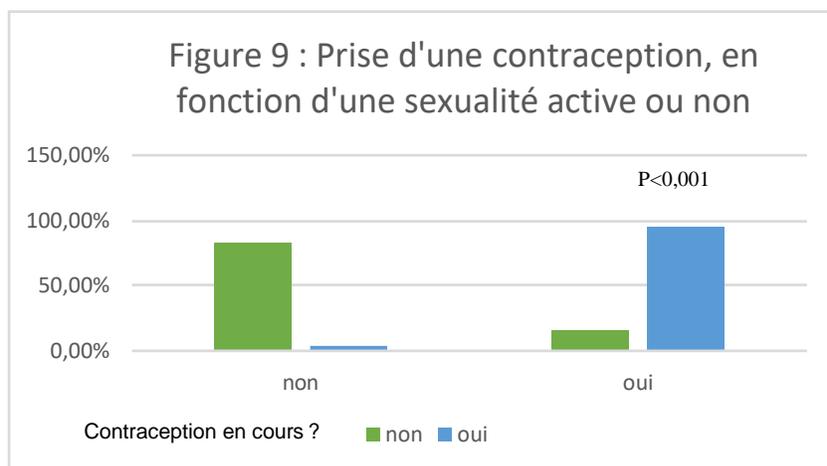
Le Pass contraception ou Pass santé jeune, est peu connu des jeunes filles interrogées, puisque 81% d'entre elles n'en avaient pas connaissance.

Sans différence notable selon l'âge des patientes, ni de la prise de contraception.

i. Rapport sexuel

55,3% de notre effectif de patientes, ont déjà eu un rapport sexuel.

Pour celles ayant déjà eu un rapport, la moyenne d'âge de ce dernier est de 15,7 ans, avec un écart type de +/- 0,98.



La prise d'une méthode contraceptive est corrélée à la sexualité chez l'adolescente, puisque 95% des jeunes filles ayant une sexualité active utilisent une méthode anticonceptionnelle. $P < 0,0001$.

j. Interruption volontaire de grossesse

Lors de notre étude, 6,3% des adolescentes déclarent avoir subi une IVG (n=6).

5 jeunes filles de 17 ans et 1 jeune fille de 15 ans.

3 d'entre elles étaient sous pilule, 2 ne prenaient aucune contraception, et la dernière était sous préservatif seul. (66,7% utilisaient une méthode contraceptive)

50% des jeunes filles ayant pratiqué une IVG avaient été informées sur les conduites à tenir en cas d'oubli de prise ou d'absence de méthode contraceptive.

4. Discussion

a. L'étude

i. Population étudiée

Notre population se compose de 94 jeunes filles, 24 de 15 ans, 27 de 16 ans et 43 de 17 ans.

Il existe un certain manque d'homogénéité, étant donné que les jeunes filles âgées de 17 ans sont plus nombreuses. Nous nous sommes retrouvés confrontés à quelques refus de parents, pour la participation à ce questionnaire pour les patientes les plus jeunes (4 refus). Il existe donc un biais de volontariat, entraînant une étude sur un échantillon de petite taille, et de ce fait crée un manque de puissance.

Les études ayant trait au même sujet, ont le plus souvent été réalisées dans le milieu scolaire, excluant donc les jeunes filles non scolarisées, mais permettant un échantillonnage plus important. (22,34,37)

Il existe également un biais de sélection. Notre population n'est pas complètement représentative de la population générale, car seules les jeunes filles ayant consulté pendant la période de mars 2018 à octobre 2018, ont pu être interrogées.

De plus, la population étudiée n'est pas représentative de toute la période de l'adolescence car d'après la définition sociologique, celle-ci peut s'étendre jusqu'à l'âge de 20 ans.

ii. Le questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme, de 11 items, donc relativement court. Les jeunes filles pouvaient le remplir en fin de consultation et pouvaient demander des informations si certaines questions étaient difficiles à comprendre ou certains mots incompris. Les réponses étaient données sans influencer les patientes.

Il s'adressait à toutes les patientes, et ce peu importe le motif de consultation pas seulement celles venant pour un renouvellement ou prescription initiale de contraception, permettant de limiter au mieux le biais de sélection.

b. La contraception

i. Les méthodes contraceptives

Nous avons mis en évidence que 48,9% des jeunes femmes de 15 à 17 ans, utilisaient une contraception. Ce pourcentage est plus faible que celui mis en évidence dans l'étude de l'INPES en 2011, qui retrouve que 81% des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, utilisent une méthode contraceptive. (49). La différence peut être expliquée par la tranche d'âge qui est différente, avec une population plus âgée dans cette étude.

Pour les jeunes femmes de 15 à 17 ans, nous retrouvons la pilule comme principale méthode utilisée, à 82%, ensuite le préservatif seul à 16%. A noter que 21,7% de notre effectif utilisent une double protection avec pilule + préservatif.

Ces résultats sont en contradiction avec l'étude de N. Bajos de 2012, qui montrent que les 15-17 ans, utilisent majoritairement le préservatif seul (44,7%) puis la pilule (37%). (50). Mais les populations étudiées ne sont pas semblables, en effet, dans notre étude nous nous sommes principalement intéressés aux jeunes femmes se rendant en cabinet de ville, et il est possible que leur contraception soit plus médicalisée que dans la population générale à cette tranche d'âge.

Dans notre étude, 48,9% des jeunes femmes interrogées prenaient ou avaient déjà utilisé une méthode contraceptive, et 55,3% de notre effectif avait déjà eu un rapport sexuel. Ces résultats nous ont permis de mettre en évidence que la prise de contraceptif était corrélée à la sexualité chez l'adolescente, puisque 95% des jeunes filles ayant déjà eu un rapport avait utilisé une contraception ($p=0,0001$). Cependant, pour 5% d'entre elles, aucune méthode n'avait été utilisée lors de rapports sexuels. On retrouve ce

résultats dans l'étude menée par P. Bernard en 2009, qui retrouve que dans 7,3% des cas, aucune méthode contraceptive n'est utilisée lors du premier rapport. (37)

Il semble important de cibler ces jeunes filles, et de les informer sur les risques des IST et également de grossesse. En effet, la plupart des adolescentes pensent que « la reproduction » est réservée au monde adulte, et que le risque de grossesse est très faible au début de l'activité sexuelle. (15). Alors que, la fertilité est à son apogée pendant l'adolescence, et c'est pendant cette période que les oublis de prises contraceptives sont les plus fréquents, ainsi que les conduites à risque (rapports non protégés et sans contraceptif).

Aucune des jeunes femmes interrogées n'a évoqué le recours aux méthodes naturelles. Il est possible qu'elles n'aient pas connaissance qu'il s'agisse d'une méthode contraceptive, et pensent juste « faire attention » grâce à leur connaissance de base en physiologie. Dans l'étude de P. Bernard en 2009, les jeunes filles ont déclaré utiliser une méthode naturelle dans 7% des cas, principalement la méthode du retrait (37). Il semble important de rappeler lors des consultations que la fertilité est à son apogée à cet âge-là, que les cycles sont souvent irréguliers, et donc les méthodes naturelles ne sont pas adaptées à l'adolescence. (12)

La pilule reste la méthode la plus prescrite à l'adolescence, 82% dans notre étude, comme dans l'étude de Bernard P (37) et confirmé par l'étude de Robin G (15), qui met également en évidence que la contraception orale est la forme utilisée par 83% des adolescentes.

Il apparaît nécessaire d'informer les jeunes femmes sur les autres méthodes contraceptives disponibles. En effet, la pilule et son mode de prise quotidienne à heure fixe, peut ne pas toujours correspondre au mode de vie de l'adolescente, et favoriser les oublis ou arrêts sans méthode relais. La contraception reste un traitement préventif au long cours, et il est nécessaire d'interroger les patientes sur sa réalisation pratique, la tolérance et les éventuels oublis (44), car il est possible d'adapter le traitement.

Il semble également important d'expliquer et de parler des avantages des méthodes réversibles à longue durée d'action, particulièrement intéressantes pour les adolescentes (patch, anneau, implant, voire même DIU). L'âge en tant que tel ne doit pas être un frein à l'utilisation d'une méthode contraceptive (38). Il faut prendre le temps en consultation d'évoquer toutes les possibilités et expliquer leur utilisation pour que les adolescentes puissent choisir la méthode la plus adaptée. Les autres méthodes contraceptives, implants, patch ou anneau vaginal, sont peu connues des adolescentes et des prescripteurs, comme le montre l'IGAS en 2009 ; nous le retrouvons également dans notre étude, puisque seulement 2% des adolescentes sont sous implant et 2% sous anneau vaginal. Pourtant, elles ont une efficacité très importante, proche de l'efficacité théorique puisqu'elles suppriment le biais lié à l'observance et aux conditions d'utilisation. Et de ce fait, seraient bien appropriées au mode de vie des adolescentes. Le principal frein reste l'absence de remboursement, notamment pour le patch et l'anneau vaginal. (27)

D'autant plus que d'après l'étude de A. Beliard en 2016, les échecs d'utilisation de la contraception orale combinée sont fréquents chez les adolescentes la première année d'utilisation. (38)

16 % des jeunes femmes interrogées déclarent utiliser comme contraceptif le préservatif seul. Les études ont montré que le préservatif est moins efficace que la pilule (indice de Pearl), et les échecs sont nombreux, liés aussi au fait que l'arrêt du préservatif n'est pas toujours suivi d'une méthode contraceptive médicamenteuse. Certains pays préconisent maintenant une double contraception avec contraception médicale + préservatif et préconisent aussi l'utilisation d'une contraception médicale dès l'entrée dans la sexualité, afin d'éviter l'absence de relais contraceptif au moment de l'abandon du préservatif. (1)

C'est le cas pour 21,7% de nos jeunes femmes, qui se protègent des IST et d'une éventuelle grossesse grâce à cette double méthode.

De plus, depuis janvier 2019, en France, le préservatif devient une prescription médicale à part entière et bénéficie d'un remboursement par la sécurité sociale (un seul laboratoire pour le moment). L'indication est claire, il s'agit d'une protection contre les IST, fréquentes dans cette tranche d'âge (et incidence multipliée par 3 entre 2012 et 2016, selon l'enquête ELABE menée en novembre 2018). Le préservatif ne doit pas être utilisé comme une méthode contraceptive à part entière à l'adolescence, les échecs étant trop fréquents. (48)

ii. Les prescripteurs de la contraception

Le médecin généraliste est, dans cette étude, le premier prescripteur de contraception chez les adolescentes avec 44%, suivi du gynécologue avec 30%. Le planning familial est peu consulté par les jeunes femmes interrogées puisqu'il est à l'origine de la mise en place d'une contraception dans seulement 11% des cas.

Dans l'enquête menée par P. Bernard en 2009, ce rapport est inversé, et le gynécologue est le premier prescripteur, mais la population étudiée y est plus âgée.(37) Dans notre travail, les jeunes filles les plus âgées (17 ans), désignent également le gynécologue comme premier prescripteur de leur contraception à hauteur de 34%, contre 31% pour le généraliste. La consultation gynécologique est fréquemment redoutée par les jeunes femmes, de peur de l'examen, ce qui explique que pour les plus jeunes le médecin généraliste est le principal interlocuteur médical pour la mise en place d'une contraception (37). Son rôle est également d'écouter et rassurer la jeune femme, lui expliquer que l'examen gynécologique n'est pas toujours indispensable à l'instauration d'une méthode contraceptive. (15,48)

La première consultation contraception, doit être une consultation dédiée à ce motif. De nombreuses évolutions dans la pratique médicale ont vu le jour afin de favoriser la couverture contraceptive chez les adolescentes, notamment le remboursement à 100% des pilules contraceptives chez les 15-18 ans, (seulement pour celle déjà prise en

charge par la sécurité sociale), et le Pass contraception. A ce sujet, les jeunes filles interrogées au cours de notre étude, déclarent à 81% ne pas avoir connaissance de ce système.

iii. Sources d'information concernant les méthodes contraceptives

Dans l'étude que nous avons menée, les adolescentes étaient principalement informées par le milieu scolaire en ce qui concerne les méthodes contraceptives, et ce à hauteur de 70%.

Ensuite la famille et les amis étaient cités (respectivement 59% et 42%). Le médecin généraliste arrive en quatrième position avec 36,2%, même s'il est plus fréquemment cité comme source d'information pour les jeunes filles utilisant une contraception.

($p=0,04$)

L'étude de Bernard P, retrouve des résultats comparables aux nôtres, le médecin généraliste est également cité en quatrième position (21,9%), derrière la famille (49%), les amis (45,8%) et le gynécologue (36,7%). L'entourage de l'adolescente tient une part importante dans l'information transmise. (37)

Dans le travail de thèse du Dr Le Denmat en 2011, il est mis en évidence que les jeunes filles souhaiteraient plus d'information de la part de leur médecin généraliste, et ce pour 67,1% d'entre elles. (52) De plus, le médecin n'évoquait le sujet que dans 39% des cas. Il apparaît donc primordial que le médecin généraliste aborde de manière plus systématique cette question ; les jeunes filles n'osant pas toujours en parler d'elle même de par la relation de proximité qu'entretient le médecin avec ses parents, ou sentiment de gêne, sentiment que le médecin généraliste n'est pas forcément compétent dans ce domaine, que ce n'est pas son rôle.

Alors que contrairement à ces « idées reçues », selon un rapport de l'IGAS en 2009, les consultations pour motifs gynécologiques sont estimées à 3,6 par femme et par an. La gynécologie obstétrique fait partie intégrante de l'activité du médecin généraliste, surtout des femmes médecins. (27)

c. Conduite à tenir en cas d'échec de la contraception

i. La contraception d'urgence chez l'adolescente

Nous avons pu noter dans notre étude, que lors d'une consultation pour instauration ou renouvellement d'une contraception, aucune méthode d'urgence n'a été prescrite dans 86,9% des cas.

Juste pour rappel, le DIU au cuivre peut également être utilisé comme contraceptif d'urgence, mais n'est pas utilisé chez l'adolescente.

Selon l'article publié par C. Pienkowski en 2008, toute prescription d'une contraception chez l'adolescente doit s'accompagner d'une explication claire et d'une prescription de la contraception d'urgence ; de telle manière à ce que l'adolescente l'ait à sa disposition en cas d'oubli de sa pilule. (8) En effet, l'efficacité de « la pilule du lendemain » décroît avec le délai d'utilisation. Elle est de 95% si utilisée dans les 24 heures, de 85% entre 24 et 48 heures et de 58% de 48 à 72 heures (48) ; c'est pourquoi il est important qu'elle soit prise le plus rapidement possible après le rapport à risque, et le fait de l'avoir déjà chez elle, pourrait permettre d'améliorer le délai de prise.

Lors d'une étude menée en 2006, il apparaît que seulement 11,7% des femmes connaissent le délai d'efficacité reconnu de 72 heures pour la contraception d'urgence et 25% d'entre elles ne savaient pas qu'il n'était pas nécessaire d'avoir une ordonnance pour se procurer la pilule du lendemain. Ce qui souligne l'importance de l'information sur ce médicament « de secours ». (48)

Il faut rappeler aux patientes que la tolérance de la contraception d'urgence est bonne puisque les principaux effets secondaires (dans seulement 9% des cas) sont des céphalées, des dysménorrhées, des nausées. (48)

Dans son article publié en 2011, P. Faucher démontre que la facilité d'accès à la contraception d'urgence, que ce soit par sa gratuité en pharmacie pour les mineures ou par sa prescription médicale, n'augmente pas le risque de grossesse imprévue et n'interfère pas avec la pratique contraceptive régulière. (24)

Également, dans l'étude de Gold en 2004, il est mis en évidence que les adolescentes ayant la contraception d'urgence à disposition immédiate, n'avaient pas plus de rapports à risque, n'utilisaient pas moins le préservatif ou une contraception hormonale et ne contractaient pas plus d'IST que le groupe témoin. (51)

Les explications sur son utilisation et surtout le moment où elle doit être utilisée semble encore plus important que la prescription elle-même. En effet, la plupart des études menées ne parviennent pas à démontrer une diminution du nombre d'IVG, malgré une augmentation de l'utilisation de la contraception d'urgence. (24) La plupart des femmes ne perçoivent pas le risque de grossesse, et d'autant plus les adolescentes qui ont souvent des connaissances erronées (perception d'un risque pour leur santé ou la fertilité, exagération des effets secondaires), et donc n'utilisent pas la contraception d'urgence ou ne l'utilisent pas au bon moment.

Il est donc nécessaire d'informer les adolescentes sur la contraception d'urgence (tout en rappelant qu'il ne s'agit que d'une méthode de secours) et favoriser sa prescription car certaines femmes évitent les IVG grâce à la contraception d'urgence. (24)

ii. Sources d'information en cas d'échec de la méthode contraceptive

Au cours de notre travail, 68% des jeunes filles affirment avoir reçu une information sur la conduite à tenir en cas d'oubli ou de non utilisation d'une méthode contraceptive, après un rapport à risque.

L'oubli de prise est un phénomène courant, surtout la première année d'utilisation. Une étude menée par l'IGAS en 2009, met en évidence que 92% des utilisatrices de contraceptifs oraux avaient eu au moins un oubli de prise dans les 6 mois précédents. (27). Dans cette même étude, l'attitude des patientes après cet oubli de prise traduisait un vrai manque d'information quant à la conduite à tenir dans ces circonstances. Les différents prescripteurs et surtout les médecins généralistes (premier interlocuteur au sujet de la santé) ont un vrai rôle à jouer sur l'information, et il est nécessaire de s'assurer que celle-ci soit comprise par la patiente. Cependant, comme le révèle notre

étude, le médecin généraliste n'est pourvoyeur d'information qu'à hauteur de 23,4% pour les jeunes filles.

Nous avons noté que les jeunes filles prenant une méthode contraceptive étaient mieux informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli, en comparaison aux jeunes filles sans contraception ($p=0,003$). Et le médecin était source de cette information à hauteur de 21,4% contre 6,7% chez les jeunes filles sans méthode contraceptive ($p=0,002$). Ce résultat montre que le médecin généraliste donne une information aux adolescentes, lorsqu'il est prescripteur.

Suite à ces différents résultats, il semblerait judicieux de poser la question de la contraception et de la sexualité lors des consultations avec des adolescentes, pour informer au mieux les patientes et leur permettre de poser leur question ; le plus souvent elles n'osent pas d'elles-mêmes aborder le sujet, comme vu précédemment dans le travail du Dr Le Denmat (52) ; et comme mis en évidence dans notre étude, 76,7% souhaiteraient être mieux informé sur le sujet.

Selon l'HAS, la consultation contraception doit être une consultation dédiée, durant laquelle il est nécessaire d'évoquer la question de l'oubli de prise et d'expliquer aux patientes quelle doit être la conduite à tenir dans ce cas, de s'assurer que l'information soit claire et qu'elle ait été comprise. Cette information sera associée ou non, à la prescription d'une contraception d'urgence, évalué par le médecin au cas par cas.

Dans notre étude, le milieu scolaire est le principal pourvoyeur d'information sur les conduites à tenir en cas d'oubli (46,8%), même chez les jeunes femmes sous contraception (22%) ; même si le médecin traitant et le gynécologue sont significativement plus fréquemment cités dans cette population ($p=0,02$). Cependant, l'information reçue dans les cours d'éducation à la sexualité reste insuffisante, mais nous y reviendrons plus longuement par la suite.

d. Les infections sexuellement transmissibles

Les adolescentes sont bien informées sur les IST, puisque 95,7% d'entre elles répondent avoir reçu une information.

Ces résultats rejoignent ceux mis en évidence dans le travail du Dr Tortuyaux-Juliac S, dans lequel seulement 2,5% des adolescents interrogés n'avaient eu aucune information en ce qui concerne les IST. (53)

Dans l'étude menée par G.Robin en 2007, il était constaté une recrudescence de certaines IST, notamment des chlamydioses génitale, probablement causée par un relâchement dans les pratiques sexuelles et une moindre utilisation du préservatif. En France, la prévalence des chlamydioses génitales seraient aux alentours de 10%, chez des adolescentes asymptomatiques et 18% chez les symptomatiques (15). Le dépistage et donc la prévention et l'information sur ces IST est un enjeu de santé publique, car elles peuvent être responsables de stérilité tubaire.

La contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste marginale à l'adolescence mais est favorisée par la vulnérabilité de la muqueuse vaginale à cette période.

En ayant connaissance de ces données, il semble licite de questionner l'adolescente sur l'utilisation ou non du préservatif lors des rapports, le cas échéant de prescrire un dépistage pour elle et son partenaire. (15)

Au sujet des sources d'informations concernant les IST, notre travail retrouve le milieu scolaire cité par 83% des jeunes filles, puis Internet et les médias pour 27% chacun, suivi en quatrième position par le médecin généraliste à hauteur de 20%. Nous n'avons pas noté de différence significative en fonction de l'âge des patientes.

Par contre, les patientes prenant une contraception citaient plus fréquemment le médecin généraliste comme source d'informations en comparaison des jeunes femmes ne prenant pas de méthode contraceptive ($p=0,01$).

Nos résultats sont à nouveau en accord avec ceux de l'étude du Dr Tortuyaux-Juliac S, puisque la grande majorité des élèves répondaient avoir été informé par le milieu scolaire (89%) et seulement 20,6% répondaient avoir reçu une information de la part du médecin traitant. (53)

Le médecin traitant donne une information aux adolescentes sur les IST lorsque le motif de consultation est en rapport avec la contraception/la sexualité, mais elle ne semble pas suffisamment solide ni comprise par les patientes.

Le médecin généraliste, par sa position centrale dans le parcours de soins et par la relation de confiance établie avec ses patients, a un rôle important à jouer dans la prévention des IST. Il voit la patiente de façon régulière, et a donc de multiples occasions de parler de prévention. (53)

e. Informations générales délivrées par le milieu scolaire

Dans notre étude, le milieu scolaire est cité comme première source d'information en ce qui concerne la contraception, les IST et la conduite à tenir en cas d'oubli de prise.

i. La législation

Selon la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003, les élèves doivent bénéficier de trois séances d'éducation à la sexualité par année scolaire, du primaire jusqu'au lycée, en adaptant l'information selon le niveau. Au niveau du primaire, les cours d'éducation sexuelle suivent le programme scolaire, au collège et au lycée les séances seront plus personnalisées en fonction des attentes des élèves.

Actuellement ces séances d'éducation à la sexualité concernent surtout la reproduction et la prévention des risques. Les activités, les relations affectives et le plaisir ne sont quasiment pas abordés. (55)

Dans notre étude, nous ne nous sommes pas intéressés à savoir si les jeunes filles avaient bénéficié du nombre de séances reconnues par la loi, mais les résultats

retrouvés, à savoir que le milieu scolaire est le principal fournisseur d'information sur la contraception, les conduites à tenir en cas d'oubli et les IST, nous permettent de dire que des séances ont été effectuées dans les établissements.

Cependant, les adolescentes demandent plus d'informations comme nous pouvons le constater dans notre étude, notamment au sujet de la conduite à tenir en cas d'oubli, 32% n'ont reçu aucune information ; et parmi elles, 76,7% souhaiteraient en avoir. Dans une étude parue en 2010, menée par Verdure F, les adolescents de troisième n'avaient assisté qu'à 2 ou 3 séances d'éducation à la sexualité en moyenne, loin de la dizaine qu'ils auraient dû effectuer. L'éducation sexuelle et affective s'avère donc malheureusement trop rare, loin de la fréquence prévue par la loi.

Les adolescents se montraient très avides d'information, puisque 90% d'entre eux souhaitaient que ces séances fassent partie intégrante du programme scolaire. Ils souhaitaient également que l'éducation sexuelle soit associée à l'éducation affective, que ces formations s'organisent à partir de leurs connaissances et leur compréhension, et non pas des réponses stéréotypées. (54)

ii. Les établissements scolaires face aux séances d'éducation à la sexualité

Dans l'étude citée précédemment, nous retrouvons une information intéressante. Les élèves interrogés, souhaitaient que les interventions concernant la sexualité soient effectuées par un étudiant en médecine ou par un animateur externe au milieu scolaire, et non pas un de leur professeur. (54)

Fait intéressant, car ce travail de thèse avait initialement pour projet d'interroger les jeunes filles dans différents lycées de la région (St Chamas lycée professionnel, Miramas lycée publique, Salon de Provence lycées publiques et privées, Istres lycée publique). Je me proposais, suite à la distribution de mes questionnaires avec réponses anonymes et après autorisation parentale, de faire une intervention basée sur des questions anonymes, suivi de quelques rappels de physiologie et éventuellement une présentation sur les différentes méthodes de contraception.

Les 7 lycées dans lesquels j'ai fait une demande d'entretien avec le proviseur ont refusé ma proposition, prétextant : « le manque de temps avec un programme scolaire trop chargé », mais surtout « le sujet est trop sensible, peur de la réaction des parents ». Des refus ont également été mis en évidence par Bernard P, dans son étude sur les adolescentes, la contraception et son médecin généraliste (37), et les raisons étaient similaires aux nôtres, à savoir la crainte de la réaction des parents d'élèves.

L'organisation des séances d'éducation à la sexualité semble difficile à mettre en place à cause de difficultés matérielles et logistiques, et compliquées à intégrer dans les programmes scolaires. De plus, les associations de parents d'élèves seraient parfois réticentes à la tenue de cours d'éducation sexuelle. (58).

Il est à noter aussi que certains auteurs, pensent que l'école a trop tendance à présenter un modèle de sexualité normatif, parfois éloigné de la réalité vécue par les adolescents, et donc peu adapté à cet âge-là.

Il faudrait s'intéresser aux attentes des lycéens et collégiens pour leur apporter les informations nécessaires et sous la forme la mieux adaptée.

Les informations fournies dans ces interventions ne sont pas suffisantes et l'intimité des adolescents n'est pas préservée, c'est pourquoi il est important que les professionnels de santé, personnalisent leurs informations et les clarifient lors des instants privilégiés avec l'adolescent durant une consultation médicale.

Actuellement un projet de l'Agence Régionale de Santé est en cours. Il s'agit du service sanitaire, dans lequel les étudiants en santé, au cours de leur cursus, bénéficieraient d'une formation, et effectueraient par la suite des séances de prévention (notamment sur la contraception et les IST), dans les milieux scolaires.

Par définition, la prévention doit être faite avant l'apparition de la prise de risque, car le jeune doit réaliser un travail de réflexion et d'introspection afin d'assimiler l'information.

(54)

f. La consultation contraception des adolescentes

i. La confiance

Les adolescentes font confiance au médecin généraliste pour la prescription d'une méthode anticonceptionnelle ou pour la délivrance d'information au sujet de la contraception, des IST et des conduites à tenir en cas d'oubli de prise. Elles évaluent cette confiance à 9/10 avec un écart type de +/- 1,44.

Il n'existe pas de différence significative selon l'âge des patientes ou selon la prise ou non de contraception.

Les jeunes femmes déclarent à hauteur de 92%, dans l'étude de Bernard P (27), avoir confiance en leur médecin traitant pour respecter le secret médical.

Nous n'avons pas questionné les jeunes filles sur l'importance du sexe du médecin généraliste dans la discussion sur la sexualité et la contraception. Mais celui-ci semble jouer un rôle important, comme nous le montre l'étude de Bernard P (27) ; en effet, les adolescentes ont tendance à plus facilement parler de contraception lorsque le médecin est une femme.

ii. La consultation

64% des jeunes filles n'étaient pas reçues seules lors des consultations. Mais le pourcentage de consultations sans les parents allait crescendo avec l'âge des patientes. En effet, 55,9% des jeunes filles de 17 ans étaient reçues seules, alors que seulement 12% à l'âge de 15 ans ($p=0,0007$).

Notre travail a pu également mettre en évidence que les jeunes filles prenant une méthode contraceptive étaient le plus souvent reçues seule (67%), et ce de manière significative avec $p=0,007$.

D'après l'étude de Bernard P, les adolescentes reçues seules parlent plus facilement de contraception et de sexualité (27). Et selon les recommandations de la HAS, lors d'une consultation contraception chez une adolescente, il est nécessaire qu'elle soit reçue sans ses parents (39).

Cependant, notre étude montre que la majorité des jeunes filles (60%) reçues en présence des parents, ne souhaitent pas être reçues seule chez le généraliste, et ce indépendamment de l'âge ou de la prise ou non de méthode contraceptive. Les résultats obtenus sont concordants avec l'étude citée précédemment dans laquelle Bernard P montre que 75% des jeunes filles interrogées (de 16 à 26 ans), ne souhaitent pas être reçues seules.

Cela nous questionne donc sur les attentes des adolescentes, et sur quand et comment faire sortir l'accompagnant. De plus, toujours selon cette même étude, les jeunes filles déclarent avoir parlé de contraception avec leur généraliste dans la moitié des cas ; et pour celle n'en ayant pas parlé, 60% ne voulaient effectivement pas en parler. (37)

Devant ces différents résultats, il semble donc important lors d'une consultation avec une adolescente, d'être à l'écoute de ses attentes ; demander en début de consultation le motif et si elle désire ou non être reçue seule ; le cas échéant ne pas hésiter à demander à l'accompagnant de sortir. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur en tant que professionnel de santé pour les adolescentes ; elles consultent au moins une fois par an pour 85% d'entre elles (27), ce qui en fait le pilier pour la délivrance d'information au sujet de la contraception ou des IST.

Spécificités liées à l'adolescence pour une consultation contraception selon la HAS (39, 43, 46) :

- L'adolescente est reçue sans ses parents. Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de la consultation uniquement avec elle. L'entretien est confidentiel. Depuis 2001, la loi dispense le médecin de notifier aux parents une prescription contraceptive à une mineure. Pour autant, l'évocation des parents dans la conversation en tête-à-tête reste tout aussi essentielle.
- Une prise en charge gratuite et confidentielle est possible dans les centres de planification ou d'éducation familiale. En dehors de ces centres, les pilules

oestroprogestatives ou progestatives, l'implant progestatif et le DIU sont délivrés gratuitement sur prescription pour les mineures de 15 à 18 ans en pharmacie.

- Évoquer ses habitudes de vie, ses besoins, ses souhaits, rassurer l'adolescente quant aux inquiétudes qu'elle peut avoir concernant sa transformation physique, ses désirs, ses craintes.
- Demander les antécédents médicaux personnels et familiaux, avec des mots simples
- Questionner l'adolescente sur ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive, l'existence d'une grossesse antérieure et son évolution. Expliquer que le risque de grossesse est présent dès l'apparition des premières règles et dès le premier rapport sexuel.
- En l'absence de symptômes qui le justifient, les examens gynécologiques ne sont pas nécessaires lors de la première consultation.
- La contraception chez une adolescente nécessite une planification et un suivi régulier et rapproché.
- Réévaluer chaque année l'adéquation entre la situation personnelle de la jeune fille et son mode de contraception et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation.

iii. L'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique se définit comme la capacité à prendre correctement son traitement, c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par le médecin

L'observance thérapeutique est un pilier dans les traitements au long cours. Elle est d'autant plus difficile à obtenir lorsqu'on parle de contraception, car il ne s'agit pas d'un traitement curatif, la patiente ne perçoit pas « le bénéfice » sur sa santé.

Les jeunes filles interrogées ont répondu à 75,6% des cas, que la répétition de l'information sur la contraception permettrait d'en améliorer leur observance thérapeutique.

Les problèmes d'adhésion thérapeutique concernent le plus souvent l'oubli ou l'omission de la consommation médicale plutôt qu'une surconsommation. En ce qui concerne notre sujet, nous l'avons vu précédemment, les oublis de prise contraceptive sont très fréquents (92% sur les six derniers mois). (27)

Il peut également s'agir du non-respect des horaires préconisées, ce qui est primordial dans l'efficacité d'une contraception orale.

La non observance thérapeutique est le problème principal soulevé par les traitements au long cours, avec des défauts d'adhésion thérapeutique plus fréquents au-delà du cinquième jour et devenant majeurs après un mois de traitement. On conçoit donc que les traitements chroniques et dans notre cas, prophylactiques soient particulièrement exposés à ce phénomène. L'étude de Dujardin F, en 2010, met en évidence qu'un des facteurs de non adhésion au traitement est l'âge, surtout à la période de l'adolescence. 9% des patients interrogés prétextaient un manque d'information pour justifier leur non observance thérapeutique. (56)

Cette mauvaise compréhension/ information est plurifactorielle. Le prescripteur possède deux modes d'action : améliorer sa communication et l'adapter à son interlocuteur et simplifier au maximum sa prescription.

De plus, une étude menée en 2004, dans le département du Rhône, montrait que 52,1% des femmes pensaient qu'avoir des informations en provenance de leur médecin généraliste améliorerait la bonne utilisation de la pilule. (58)

Il semble donc intéressant, chez une adolescente sous contraceptif, d'évoquer régulièrement le sujet et de poser la question sur la nécessité d'information complémentaire, pour tenter d'améliorer leur observance thérapeutique.

g. Sexualité à l'adolescence

Dans notre travail, l'âge du premier rapport sexuel n'est pas connu, mais d'après de nombreuses études, il reste stable ; 17,1 ans pour les garçons et 17,7 ans pour les filles (57)

55,3% de notre effectif de patientes entre 15 et 17 ans, ont déjà eu un rapport sexuel. Pour celles ayant déjà eu un rapport, la moyenne d'âge de ce dernier est de 15,7 ans, avec un écart type de +/- 0,98. Ces chiffres sont en accord avec ceux mis en évidence dans l'étude de P. Amate en 2013, montrant que 23% des jeunes filles de 15 ans avaient déjà eu un rapport sexuel. (57) Nous retrouvons aussi des résultats concordants, dans l'étude de Grondin C en 2013 (34), qui montre que 40,3 % des lycéens avaient déjà eu au moins un rapport sexuel.

L'âge de l'initiation sexuelle a connu une forte diminution durant les années 1960 et 1970, en particulier chez les femmes, puis s'est stabilisé lors des années 1980 et 1990, pour de nouveau baisser durant la dernière décennie. Il existe un rapprochement des calendriers féminin et masculin d'entrée dans la sexualité puisque l'écart séparant l'âge de la perte de virginité des femmes et des hommes est aujourd'hui de quatre mois, alors qu'il s'élevait à près de deux ans en 1950 (18,8 ans pour les hommes et 20,6 ans pour les femmes) et à un an en 1970 (18,1 ans et 19,1 ans). (59)

Aujourd'hui, le premier partenaire sexuel est le premier conjoint pour seulement 5,2 % des hommes et 16,1 % des femmes. De plus, la première maternité intervient à 28 ans, soit plus de dix ans en moyenne après le premier rapport sexuel (alors que ce délai était de 5,5 ans en 1975). Les premiers rapports inaugurent donc de plus en plus une période de "jeunesse sexuelle" durant laquelle la contraception et la protection contre les IST apparaissent indispensable. (59)

h. L'IVG chez les adolescentes

Lors de notre étude, 6,3% des adolescentes déclarent avoir subi une IVG (n=6).

5 jeunes filles de 17 ans et 1 jeune fille de 15 ans.

3 d'entre elles étaient sous pilule, 2 ne prenaient aucune contraception, et la dernière était sous préservatif seul.

Les résultats retrouvés sont en accord avec l'étude de Bernard P (37), qui met en évidence un taux d'IVG dans 5,3%.

La couverture contraceptive en France apparaît satisfaisante mais elle n'a pas permis de diminuer les recours à l'IVG dont le nombre se stabilise (plus de 213 000 en 2007 et environ 216 000 en 2017) et tend même à augmenter dans certaines tranches d'âge, notamment les plus jeunes. La comparaison du nombre d'IVG chez les mineures entre 1990 et 2007 met en évidence une élévation constante du recours à l'avortement (passant de 8 766 en 1990 à plus de 13 400 en 2007). (59)

Ces dernières années, les efforts mis en place sur le plan législatif pour faciliter l'accès à la contraception pour les patientes mineures, ont permis une baisse de l'incidence dans cette tranche d'âge (passant de 11/1000 en 2010 à 7/1000 en 2016) et le taux de recours à l'IVG se rapproche de celui retrouvé en 1990. (33). Par rapport aux moyens mis en place actuellement et à l'augmentation de la couverture contraceptive (32), un taux comparable aux années 1990 est insuffisant, et traduit un problème de mésusage et manque d'information sur l'utilisation des contraceptifs. D'autant plus que dans notre étude, 50% des jeunes filles ayant subi une IVG étaient sous contraceptif oral.

De plus, 50% des jeunes filles de notre étude ayant pratiqué une IVG se disaient informées sur les conduites à tenir en cas d'oubli ou d'absence de prise contraceptive, mettant en évidence le fait que l'information est souvent insuffisante et/ou incomprise des adolescentes.

Une IVG pratiquée à un âge précoce est souvent source d'IVG à répétition. L'étude de M. Opatowski, montre que 30% des femmes pratiquants une IVG ne le fait pas pour la première fois. (31) De plus, l'acte peut être dévastateur sur le plan physique et psychologique, survenant au cours d'une période déjà compliquée qu'est l'adolescence.

Les résultats des différentes études et des bilans de santé de population, ne sont pas satisfaisants. Le nombre d'IVG chez les mineures restent trop élevés, malgré un accès facilité à la contraception médicale. Il apparaît donc important d'agir pour la diffusion de l'information, en améliorant la consultation médicale du généraliste, premier interlocuteur santé des jeunes filles.

5. Conclusion

Les jeunes filles de 15 à 17 ans utilisent, pour la plupart, la contraception dès leur entrée dans la sexualité. L'information concernant la prévention des IST et des grossesses imprévues, est principalement fournie par le milieu scolaire mais reste insuffisante et souvent inadaptée aux attentes des adolescentes.

Le nombre d'IVG, dans notre étude, ou mis en évidence dans la littérature est encore trop élevé dans cette population ; témoignant plus d'un manque d'information car il existe une bonne couverture contraceptive. A ce propos, le médecin généraliste, premier interlocuteur en tant que professionnel de santé et premier prescripteur de méthode anticonceptionnelle pour les adolescentes, ne semble pas remplir suffisamment son rôle informatif à ce sujet, malgré une demande importante.

Il semble donc nécessaire, en consultation médicale, d'intensifier la diffusion de l'information sur les différentes méthodes contraceptives, sur leur bonne utilisation et les conduites à tenir en cas d'oubli ; et de s'assurer de sa compréhension et son assimilation par les adolescentes, afin d'essayer de diminuer le nombre d'IVG dans cette tranche d'âge.

Cette information ne doit pas seulement être donnée aux adolescentes déjà sous méthode contraceptive ou ayant une sexualité active, mais à l'ensemble des jeunes filles, afin d'être plus efficace dans la prévention.

La consultation contraception doit se faire en plusieurs temps, avec l'accompagnant puis seule, afin d'aborder des questions plus intimes. Il est important de rappeler aux adolescentes le secret médical qui lie le médecin à son patient, afin d'améliorer la confiance et libérer la parole.

Une étude sur les attentes des adolescentes lors d'une consultation contraception, menée à grande échelle, pourrait être intéressante pour la pratique en médecine générale.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 : Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? REV EPIDEMIOLOG SANTE. 2011 ;13(2011) : 15-21
- 2 : Minois G. Contraception et avortement dans l'Antiquité. L'Histoire. 1990 ; (130) : 37-43
- Gourevitch D. Chirurgie obstétricale dans le monde romain : césarienne et embryotomie dans V. Dasen ed. Naissance et petite enfance dans l'Antiquité. Topoi.Orient-Occident. 2007 ; (15.2):597-609
- 3 : Ridlle J.M. Contraception and Abortion from de Ancient World to the Renaissance. Cambridge 1992.
- 4 : Van de Walle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? Population & société. 2005 Déc ; (418) : 1-8
- 5 : Gourevitch D, Problèmes d'obstétrique à Rome : césarienne, version, embryotomie et drogue de la dernière chance », dans J.-N. Corvisier, Chr. Didier et M. Valdher ed. Thérapies, médecine et démographie antiques. Artois Presses Universités. 2001 ; (193) : 277-29
- 6 : Chapuis-Sicard C. Evaluation des pratiques de prescription de la contraception par les médecins généralistes depuis les dernières recommandations HAS de 2004. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université Paris Diderot, Paris 7. 2013
- 7 : Gautier-Lavaste C. Planification familiale naturelle, enquête auprès d'internes en médecine générale : connaissances, intérêts pour le sujet, enseignement à la faculté et place dans une consultation au cabinet. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de médecine René Descartes Paris 5. 2007
- 8 : Pienkowski C, Cartault A, Menendez M, et al. L'adolescente et sa première contraception. ARCH PEDIATRIE. 2008. (15) : 586-588
- 9 : Regnier-Loilier A, Leridon H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? 2007 Nov : (439) 1-8

- 10 : Gallo C, Maitre C. Contraception : mise au point et nouveautés. Annales d'Endocrinologie. 2007 ; (68) : 39-52
- 11 : LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
- 12 : HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013 Mar, avec dernières modifications en 2017 Nov. Document de synthèse.
- 13 : www.choisirsacontraception.fr
- 14 : Graesslin O, Quereux C. Mise au point sur la contraception. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 ; (34) : 529-556.
- 15 : Robin G, Massart P, Letombe. La contraception des adolescentes en France en 2007. GYNECOL OBSTET FERTI. 2007 ; 35(2007) : 951-967
- 16 : Younes K, Buxeraud J. La pilule contraceptive en pratique. Actualités pharmaceutiques. 2012 Fév; (513): 39-43
- 17 : Bertin-Steunou V, Bouquet E, Caillez E, et al. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2010 Fév 16 ; (39) : 208-217
- 18 : ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandation pour la pratique clinique. 2004 Déc 7.
- 19 : Madelenat P, Koskas M. Mise au point sur la contraception progestative. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008 ; (37) : 637-660
- 20 : Laveissière M.N, Pelissier C, Lê M.G. La contraception orale en France en 2001 : résultats d'une enquête par sondage portant sur 3609 femmes âgées de 15 à 45 ans. GYNECOL OBSTET FERTI. 2002 Sep 19 ; (31) : 220-229.
- 21 : Jamin C, Madelenat P, Rayr C. DIU au cuivre : pourquoi choisir une contraception non-hormonale ? GYNECOL OBSTET FERTI. 2010 ; (38) : 2-5
- 22 : Legros MC. Évaluation de la connaissance de la contraception dans un échantillon d'adolescents scolarisés de 15 à 17 ans, à la Réunion, d'août à octobre 2013 et rôle du médecin généraliste dans l'acquisition de ces connaissances : impact sur le taux d'interruptions volontaires de grossesse chez les mineures. Enquête réalisée auprès de 457 lycéens de l'académie de la Réunion. Thèse pour le diplôme

de docteur en médecine. Université Bordeaux II- Victor Segalen UFR des sciences médicales. 2014

- 23 : HAS. Fiche Mémo Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme Avril 2013 – Mise à jour octobre 2017
- 24 : Faucher P. Contraception d'urgence. Elsevier Masson. 2011 ; 1-8
- 25 : Gainer E, Prudhomme M, Perriot Y, et al. Enquête prospective sur la délivrance de la contraception d'urgence dans les centres de planification et d'éducation familiale du Val-de-Marne. GYNECOL OBSTET FERTI. 2005 fév 15. (33) : 403-408
- 26 : HAS. Contraception d'urgence.2013 Avr.
- 27 : Aubin C, Jourdan Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Inspection générale des affaires sociales RM2009-104A. 2009 Oct.
- 28 : www.IVG.gouv
- 29 : HAS. Interruption médicamenteuse de grossesse, les protocoles à respecter. Bon usage du médicament. 2015 Fév.
- 30 : Bajos N, Moreau C, Leridon H, et al. Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? POPULATION ET SOCIETE. 2004 déc ; (407):1-4
- 31 : Opatowski M, Bardy F, David P, et al. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG-Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. GYNECOL OBSTET FERTI. 2017 ; 45 (2017) : 22-27
- 32 : Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016.Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique France.2017 ; 1-8
- 33 : Vilain A (DREES). 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. 2017 juin. N°1013
- 34 : Grondin C, Duron S, Robin F, et al. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. ARCH PEDIATRIE. 2013 ; (20) : 845-852
- 35 : Beliard A. Choix de la première contraception. GYNECOL OBSTET INVES. 2015 Avr; 176(2015):9-13

- 36 : Abadie I. Prises de risques et conduites à risque chez les adolescentes. MT pédiatrie. 2013 ; 16 (1) :16-22
- 37 : Bernard P, Lartigue S. L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste. Exercer. 2009 ; 20 (86) : 41-44
- 38 : Beliard A. Première consultation de contraception chez les adolescentes. Rev Med Liège. 2016 ; 71(1) : 28-33
- 39 : HAS. Contraception chez l'adolescente. Fiche mémo. 2015 Janvier
- 40 : www.régionPACA.fr
- 41 : Ba MG, SANGARE M, MOREIRA P, et al. Connaissance, pratique et perspectives de la contraception chez les adolescentes. Médecine d'Afrique Noire. 1999. 46(6) : 300-302
- 42 : Delotte J, Pillet E, Bafghil A, et al. Demande d'IVG des mineures, étude de leur motivations et influences, menée au CHU de Nice. GYNECOL OBSTET FERTI. 2007 Aou; (35): 662-665
- 43 : Mortain V. Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste ? Etude réalisée auprès d'adolescents de classes de quatrième, seconde et terminale au sein d'établissements publics des Yvelines. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Académie de Versailles. Université de Versailles saint-quentin-en-yvelines UFR des sciences de la santé Simone Veil. 2013
- 44 : Jacquin P. Pourquoi et comment aborder la contraception en pédiatrie de ville ? ARCH PEDIATRIE. 2002 ; 9 (2) : 248-250
- 45 : Dumont A, Letombe B, Collier F, et al. La contraception des adolescentes : aspects pratiques. Gynécologie Endocrinologie. 2013 ; 15 (4) : 342-357
- 46 : Jacquin P. Première contraception chez l'adolescente. Médecine de l'adolescent. 2011 ; 12-13
- 47 : Van Den Brink H, Nassier C. Les implications éventuelles des nouvelles dispositions concernant la contraception. Med & Droit. 2002 ; (52) : 12-17
- 48 : Vincent-Rohfritsch A, Perrin E, Chabert-Buffet N. Nouveauté en contraception. INT CONGR SER. 2012 ; (41) : 108-114

- 49 : INPES santé publique. Contraception : Les françaises utilisent-elles une méthode contraceptive adaptée à leur style de vie ? dossier de presse. 2011 octobre.
- 50 : Bajos N, Bohet A, Le Guen M, et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Société. 2012 sept ; (492)
- 51 : Gold MA, Wolford JE, Smith KA, Parker AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. J Pediatr Adolesc Gynecol 2004 ; (17) : 87-96.
- 52 : Le Denmat C. Évaluation des connaissances et des craintes des jeunes filles à propos de la contraception pour l'amélioration de l'information et de la prescription en médecine générale. Proposition d'un guide d'aide à la prescription de la pilule. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université Pierre et Marie Curie (Paris 6). Oct 2011.
- 53 : Tortuyaux-Juliac S. Évaluation des connaissances sur les IST, des adolescents du Grand Nancy. Proposition d'actualisation des messages de prévention primaire, délivrés en Médecine générale. Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine. Université Henry Poincaré Nancy 1. Oct 2011
- 54 : Verdure F, Rouquette A, Delori M, et al. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescent de classe de troisième. ARCH PEDIATRIE. 2010 ; (17) : 219-225
- 55 : L'éducation à la sexualité ; perspectives des données neuroscientifiques. Sexologies. 2017 ; (26) : 54-63
- 56 : Dujardin F, Roussignol W. L'adhésion du patient à son traitement, une difficulté thérapeutique méconnue. Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique. Mars 2010 ; (96) : 1018—1022
- 57 : Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. ARCH PEDIATRIE. 2013, (20) : 707–713
- 58 : Figon S, Ferre G, Moreau A. Contraception : que savent les femmes ? La revue du praticien médecine générale. 2007 ; (21) : 179-181
- 59 : Naves MC, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Centre d'analyses stratégiques. strategie@strategie.gouv.fr; 2011

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



ANNEXE 1 :

**QUESTIONNAIRE DE THESE : LA CONTRACEPTION CHEZ LES
JEUNES FEMMES DE 15 à 17 ANS**

1) Age :

2) Utilisez vous une méthode de contraception?

OUI NON

Si oui , laquelle :
(entourez votre réponse)

préservatif
pilule
anneau contraceptif
patch contraceptif
implant
dispositif intra utérin / stérilet
méthodes naturelles
autres :

Quel professionnel de santé a mis en place votre contraception ?
(entourez votre réponse)

médecin généraliste
gynécologue
planning familial
autre :

Une contraception d'urgence vous a t elle déjà été proposé lors d'une première prescription ou renouvellement d'ordonnance?

OUI NON

3) Par quel moyen / auprès de qui bénéficiez vous d'une information sur les moyens contraceptifs?
(plusieurs choix possibles , entourez votre/vos réponses)

famille
amis
milieu scolaire
planning familial

médecin traitant
gynécologue
médias
réseaux sociaux / internet
pas d'information
autres :

4) Avez vous reçu une information sur les attitudes à adopter en cas d'oubli de la contraception?

OUI NON

Si oui, par quel moyen ? (plusieurs choix possibles, entourez votre/vos réponses)

famille
amis
milieu scolaire
planning familial
médecin traitant
gynécologue
médias
réseaux sociaux / internet
pas d'information
autres :

Si non, souhaiteriez vous que ce soit le cas ?

OUI NON

5) Avez vous reçu des informations sur les infections sexuellement transmissibles ?

OUI NON

Si oui, par quel moyen ? (plusieurs choix possibles, entourez votre/vos réponses)

famille
amis
milieu scolaire
planning familial
médecin traitant
gynécologue
médias
réseaux sociaux / internet
pas d'information
autres :

6) Évaluez la confiance en votre médecin traitant pour la délivrance d'informations sur la contraception et la prescription de celle ci : (placez une croix sur la ligne)

0 (pas confiance)

5

(totale confiance) 10

7) Lors des consultations chez le médecin généraliste , êtes vous reçu seule?

OUI NON

Si non, aimeriez vous que ce soit le cas?

OUI NON

8) Pensez vous que recevoir régulièrement des informations sur la contraception par votre médecin généraliste permettrait d'améliorer votre observance thérapeutique? (observance thérapeutique: la façon dont un patient suit, ou ne suit pas, les prescriptions médicales et coopère à son traitement)

OUI NON

9) Avez vous connaissance du Pass contraception mis en place depuis 2011 par le conseil général ?

OUI NON

10) Avez vous déjà eu un rapport sexuel ?

OUI NON

Si oui, à quel âge ?

11) Avez vous déjà subi une interruption volontaire de grossesse ?

OUI NON

Si oui, étiez vous sous contraception et laquelle ?

.....
.....
.....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE 2 :

THESE MEDECINE GENERALE : LA CONTRACEPTION CHEZ LES
ADOLESCENTES

Une enquête est actuellement réalisée auprès des adolescentes, dans le cadre d'une thèse de médecine générale, afin de connaître l'état de connaissance des jeunes femmes de 15 à 17 ans au sujet de la contraception, en 2018. Cette étude a été validée par la faculté de médecine d'Aix Marseille.

Si vous autorisez votre enfant à participer à cette étude, merci d'inscrire la date du jour, et d'apposer votre signature sur ce document.

