



HAL
open science

Bonne utilisation des contraceptifs et information par les professionnels de santé

Caroline Granger

► **To cite this version:**

Caroline Granger. Bonne utilisation des contraceptifs et information par les professionnels de santé. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04197507

HAL Id: dumas-04197507

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04197507>

Submitted on 6 Sep 2023

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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

**BONNE UTILISATION DES CONTRACEPTIFS ET
INFORMATION PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

**LES CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTES CLERMONTOISES SUITE À LA
CONSULTATION DE CONTRACEPTION**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR
GRANGER Caroline**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

**BONNE UTILISATION DES CONTRACEPTIFS ET
INFORMATION PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

**LES CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTES CLERMONTOISES SUITE À LA
CONSULTATION DE CONTRACEPTION**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR
GRANGER Caroline**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022

REMERCIEMENTS

A Madame Marine Pranal, sage-femme enseignante et directrice de ce mémoire, merci pour vos précieux conseils dans la réalisation de cette étude.

A Madame Chloé Desmartin, sage-femme au CHU Estaing de Clermont-Ferrand et co-directrice de ce mémoire, merci pour votre aide et votre intérêt à l'égard de mon travail.

A l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de Clermont-Ferrand, merci pour leurs enseignements.

A l'ensemble des étudiantes ayant répondu présentes pour mon étude.

A ma famille, pour leur aide et leur soutien tout au long de ces années d'études.

Et enfin, à Justine, Soukeyna, Laure, Émilie et Éloïse pour ces magnifiques années à vos côtés.

ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LARC : Long-Acting Reversible Contraception (ou contraception de longue durée)

LH : Luteinising Hormone

LNG : Levonorgestrel

SIU : Système Intra-Utérin

SSU : Service de Santé Universitaire

UCA : Université Clermont Auvergne

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UPA : Ulipristal Acétate

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
1. LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE CONTRACEPTION.....	5
2. ÉTAT DES LIEUX DE L'USAGE DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES JEUNES	14
3. LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION	18
MÉTHODE	21
1. POPULATION	22
2. MÉTHODE.....	22
RÉSULTATS.....	26
1. TAUX DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE	27
2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	27
3. CONSULTATION DE CONTRACEPTION.....	32
4. CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTES CLERMONTOISES SUR LA CONTRACEPTION.....	35
5. ANALYSE COMPARATIVE.....	36
DISCUSSION.....	40
1. RÉALISATION DES OBJECTIFS	41
2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	41
3. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	43
4. LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION	44
5. LES CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTES SUR LA CONTRACEPTION	46
6. ANALYSE COMPARATIVE DES SCORES DE CONNAISSANCES SUITE À LA CONSULTATION	48
7. PROJET D'ACTION.....	49
CONCLUSION	51
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

En 2007, une campagne d'informations nationale était lancée sous le slogan « *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit* » (1). Le choix d'une contraception adaptée n'étant pas simple, il est essentiel que la femme soit informée au mieux à propos de l'ensemble de la palette contraceptive afin de faire un choix éclairé et qui lui appartient. Ces informations, et donc les connaissances propres à chacune à ce sujet, peuvent être délivrées de multiples façons, que ce soit par l'entourage, les médias ou les séances de prévention et d'éducation à la sexualité. La consultation de contraception est une étape essentielle puisqu'elle permet d'informer et de prendre en compte les besoins des femmes et des couples tout en écartant d'éventuelles contre-indications.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), la consultation de contraception doit être exclusivement dédiée à cette dernière afin d'aider la femme à trouver la solution contraceptive qui lui convient le mieux. Pour permettre cela, un certain nombre d'informations doivent lui être énoncées lui permettant de faire un choix libre et éclairé : mécanisme d'action, durée d'action, effets indésirables, modalités de pose, efficacité... (2).

Selon les résultats du Baromètre Santé 2016, on retrouvait un schéma contraceptif relativement figé : préservatifs en début de relation, puis pilule lors de la stabilité du couple, avant la pose d'un stérilet après la grossesse (3). Il est donc intéressant de se demander si l'ensemble des méthodes contraceptives sont proposées aux femmes, après élimination des éventuelles contre-indications médicales, afin de leur laisser le choix. Mais alors, les informations données lors de la consultation sont-elles suffisantes pour ces jeunes femmes ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des étudiantes de l'Université Clermont Auvergne (UCA) sur la bonne utilisation des contraceptifs suite à la consultation de contraception.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient tout d'abord d'améliorer ces connaissances, mais également d'évaluer le niveau d'informations qui sont données lors de la consultation par les professionnels de santé. Enfin, le dernier objectif de cette étude était de connaître les différents modes de contraception qui sont proposés ou non lors de cette consultation.

**REVUE DE LA
LITTÉRATURE**

1. LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE CONTRACEPTION

1.1. GÉNÉRALITÉS

De nombreuses méthodes contraceptives existent afin de trouver celle qui convient le mieux à chaque femme. Toutes n'agissent pas de la même manière et si pour certaines leur action est locale, d'autres sont hormonales ou définitives avec une efficacité variable et propre à chacune (4). Depuis ces dernières années, le choix s'est développé avec une augmentation de l'utilisation des « nouvelles méthodes contraceptives » comme les contraceptions intra-utérines ou l'implant (3).

Afin de garantir le plus de choix possible à chaque femme, une majorité des types de contraception est remboursée par la Sécurité Sociale. Depuis le 1^{er} janvier 2022, certaines contraceptions sont maintenant totalement prises en charge sans avance de frais pour les femmes âgées de moins de 26 ans (5). Antérieurement à cette date, c'était uniquement les femmes mineures qui pouvaient en bénéficier.

1.2. LES PRÉSERVATIFS

Il existe deux types de préservatifs : masculins et féminins. Leur action est locale et non hormonale et ils doivent être utilisés de manière correcte quel que soit le moment du cycle et à chaque rapport sexuel (6). En France en 2016, 29,6% des femmes entre 15-19 ans et 18,6% des femmes de 20-24 ans l'utilisaient (3). C'est une méthode barrière avec un taux élevé d'échec dans son utilisation courante, il n'est donc pas recommandé de l'utiliser seul en tant que contraception mais plutôt en association. Le préservatif est le seul moyen de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Il est donc particulièrement recommandé dans le cas de l'existence de plusieurs partenaires sexuels, de relations occasionnelles sans partenaire stable ou lorsque des tests de dépistage n'ont pas été réalisés (6).

Le préservatif masculin est l'une des méthodes barrières permettant le taux de grossesses non désirées le plus faible : 2 grossesses pour 100 femmes en théorie à 15 grossesses pour 100 femmes en utilisation pratique (4). Ceci n'est pas négligeable et s'explique en particulier par son mode d'utilisation qui n'est pas toujours connu ou

respecté. Plusieurs règles existent et permettent ainsi une meilleure efficacité : vérifier la date d'expiration, ouvrir délicatement l'emballage, le placer une fois le pénis en érection et avant tout contact avec la vulve de la femme, se retirer dès la fin de l'éjaculation avant de perdre l'érection tout en le maintenant à la base du pénis lors du retrait (6,7).

Le préservatif féminin dispose également d'un taux d'échec important dans la vie quotidienne (5 grossesses pour 100 femmes en théorie pour 21 grossesses en pratique) (4). C'est un tube souple tapissant l'intérieur du vagin avec deux anneaux, un interne et un externe. L'avantage de ce préservatif est qu'il peut être mis en place jusqu'à huit heures avant le rapport sexuel. Les échecs peuvent notamment être expliqués par le fait que le pénis passe à côté de l'anneau externe contre la paroi vaginale, par une rupture ou encore par un retrait mal effectué. En effet, il est nécessaire de savoir qu'il faut tordre l'anneau externe sur lui-même afin que le sperme ne ressorte pas et ainsi ne pas avoir de fuites (8,9). Un inconvénient majeur à noter est qu'il n'est pas remboursé (environ 8,30€ pour une boîte de trois préservatifs) (10).

1.3. LES ŒSTRO-PROGESTATIFS

1.3.1. CONTRACEPTION ORALE COMBINÉE

La contraception orale combinée est une méthode contraceptive constituée à la fois d'estrogènes (synthétiques ou naturels) et de progestatifs de synthèse. L'estrogène le plus utilisé est l'éthinylestradiol et selon le progestatif utilisé, on classera les pilules en quatre générations. Le dosage d'hormones peut varier au sein d'une même plaquette de pilules ce qui les classe en pilules monophasiques, bi phasiques ou tri phasiques (6).

Cette méthode contraceptive est très souvent utilisée en début de vie sexuelle. La pilule œstro-progestative entraîne la création de cycles artificiels réguliers avec une diminution du volume des saignements et des dysménorrhées lors de l'hémorragie de privation (9). De nombreuses contre-indications d'ordres médicales et biologiques existent et devront absolument être recherchées avant toute prescription notamment : un antécédent familial ou personnel d'accident thromboembolique veineux ou artériel, une prédisposition héréditaire ou acquise aux maladies thromboemboliques, une hypertension

artérielle, un diabète, une obésité, un âge > 35 ans, du tabagisme ou encore une période d'immobilisation prolongée (6,11).

L'effet contraceptif de la contraception œstro-progestative se fait surtout par les progestatifs qui auront une action anti-gonadotrope en inhibant l'ovulation, une action sur la glaire cervicale en empêchant le passage des spermatozoïdes et une action sur l'endomètre en freinant sa croissance et donc en empêchant une potentielle nidation. L'estrogène, quant à lui, a également un effet dans l'action anti-gonadotrope mais son rôle se fait surtout dans la réduction des saignements lors de l'hémorragie de privation (9).

Le schéma de prise classique est le suivant : 21 comprimés actifs avec une prise quotidienne et à heure régulière, pour terminer par sept comprimés placebo. Ces comprimés placebo ne sont pas présents avec toutes les pilules, mais lorsqu'ils le sont, auront pour rôle d'améliorer le réflexe de prise afin de ne pas oublier de recommencer une plaquette après les sept jours de fenêtre thérapeutique (9,10).

1.3.2. PATCH TRANSDERMIQUE

Selon le Baromètre Santé 2016, le patch ou l'anneau vaginal étaient utilisés par 2,2% des femmes entre 20 et 24 ans (3). Le patch contraceptif, commercialisé sous le nom d'Evra[®], contient de la norelgestromine et de l'éthinylestradiol et tout comme l'anneau vaginal, il n'est pas remboursé (environ 15 € pour une boîte de trois semaines). Son efficacité est de 0,3 grossesses pour 100 femmes en théorie contre 8 en pratique. Il doit être mis en place sur une peau saine et sans pilosité pendant une semaine et ce pendant trois semaines, avant de laisser une semaine d'intervalle libre sans aucun patch. Son application pourra se faire à différents endroits tant que la zone ne subit pas de friction avec les vêtements : abdomen, fesses, face extérieure du bras mais pas sur les seins. Chaque semaine, la zone de pose doit être changée (4,10). Son action, notamment anti gonadotrope, se fait par pénétration à travers la peau puis passage dans la circulation sanguine (6).

1.3.3. ANNEAU VAGINAL

L'anneau, commercialisé sous le nom de Nuvaring[®], est une contraception œstro-progestative intra-vaginale contenant de l'éthinylœstradiol et de l'étonogestrel dont l'efficacité est de 0,3 grossesses pour 100 femmes en théorie contre 8 en utilisation courante (4). Il se présente sous la forme d'un dispositif souple d'environ 50 mm de diamètre. Les contre-indications sont nombreuses, comme pour toutes les contraceptions œstro-progestatives, notamment vis-à-vis du risque vasculaire. Son action se fait via le passage d'hormones à travers l'épithélium vaginal et on a comme pour toutes les contraceptions œstro-progestatives une action anti gonadotrope ainsi qu'une action sur la glaire cervicale (6).

L'anneau est placé dans le vagin par la femme elle-même pour une durée de trois semaines, il est ensuite retiré pendant une semaine afin d'obtenir une hémorragie de privation. Après cette dernière semaine, un nouvel anneau doit être posé selon le même schéma. La pose doit se faire dans une position confortable, avec ou sans applicateur, il faudra alors le pincer pour l'insérer plus facilement dans le vagin (12,13).

L'anneau peut présenter des avantages, il semblerait qu'il induise notamment moins de sécheresse vaginale, de labilité émotionnelle ou encore d'acné qu'une forme orale (9). Néanmoins, on peut noter l'inconvénient majeur de ce dispositif qui s'avère être son non remboursement (environ 16 € par mois) (10).

1.4. LES PROGESTATIFS

La contraception progestative existe sous différentes formes : orale, sous-cutanée, intra-utérine ou injectable. Son action est essentiellement périphérique, par modification de la glaire cervicale, mais également par action anti gonadotrope selon le type de progestatif utilisé (6). Des contre-indications existent, bien que moins nombreuses que pour la contraception œstro-progestative, et doivent être recherchées avant toute prescription : accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, pathologies hépatiques sévères ou antécédents, cancers hormono-dépendants ou encore hypersensibilité à la substance ou l'un de ses excipients (4,14). Les progestatifs comportent donc moins de contre-indications que les œstro-progestatifs ce qui peut

apparaître idéal dans le cas de certaines patientes mais il est nécessaire de les informer de leur principal inconvénient. Le profil de saignements est très variable (métrorragies, spotting ou aménorrhée) d'une patiente à une autre et surtout imprévisible ce qui peut compromettre son acceptabilité (6,15).

1.4.1. CONTRACEPTION ORALE PROGESTATIVE

Il existe deux types de pilules micro progestatives en fonction de l'hormone qu'elles contiennent : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel. Dans les deux cas, la prise se fait de manière continue à heure fixe et nécessite donc une observance rigoureuse : le délai maximal de retard toléré est de trois heures pour le désogestrel contre 12 heures pour le lévonorgestrel. On doit également bien préciser aux femmes la nécessité de s'alarmer en cas de diarrhées ou vomissements dans les quatre heures après la prise et d'interactions médicamenteuses (prise de traitements inducteurs enzymatiques notamment) (6).

Son efficacité est comparable à celle des contraceptions orales combinées : 0,3 grossesses pour 100 femmes en théorie contre 8 en utilisation courante (4). La nécessité d'une prise rigoureuse et quotidienne peut apparaître comme un frein chez certaines femmes d'où l'utilité d'autres voies d'administration des progestatifs telles que le système intra-utérin au lévonorgestrel ou encore l'implant sous-cutané (16).

1.4.2. IMPLANT SOUS-CUTANÉ

L'implant contraceptif est un bâtonnet sous-cutané contenant 68 mg d'étonorgestrel inséré dans la face interne du bras. Il fait partie tout comme les dispositifs intra-utérins des contraceptifs dits de longue durée (LARC ou Long-Acting Reversible Contraception) avec une durée maximale de pose de trois ans. L'implant apparaît comme étant la contraception la plus efficace puisqu'entraînant 0,05% de grossesses non désirées en théorie comme en pratique (4). En 2016, c'était 3,5% des femmes de 15-19 ans et 9,6% des femmes entre 20-24 ans qui l'utilisaient (3).

Depuis janvier 2020, de nouvelles recommandations ont été établies concernant sa pose. Avant celles-ci, l'implant était inséré proche du sillon bicipo-tricipital, ce qui

pouvait entraîner des lésions neurovasculaires voire une migration vers l'artère pulmonaire. Une nouvelle zone idéale de pose a donc été décrite : entre 8 et 10 cm de l'épitrachlée et entre 3 et 5 cm du sillon bicipito-tricipital, sur le bras non dominant en flexion sous la tête (17,18).

Le Nexplanon[®], est un dispositif radio-opaque, élément important lorsque l'implant est inséré trop profondément ou migre et que celui-ci ne se retrouve plus palpable (contrairement à son prédécesseur, l'Implanon[®]). Pour éviter ceci, il est nécessaire que le praticien insère le biseau à moins de 30° puis l'horizontalise immédiatement, tout en tendant la peau avec le doigt pour se retrouver juste sous celle-ci et bien parallèle (18).

1.4.3. INJECTIONS

Il existe également les injections intramusculaires de progestatifs. Celles-ci peuvent être plébiscitées par des femmes souhaitant une contraception très discrète ou pour qui la présence d'un corps étranger tel qu'une contraception intra-utérine ou un implant n'est pas envisageable. Cette discrétion s'explique par le fait que l'injection ne devra être réalisée que tous les trois mois (9).

Le progestatif utilisé est l'acétate de médroxyprogestérone à la dose de 150 mg et l'injection se fait en intramusculaire. Elle dispose d'une bonne efficacité (0,3 grossesses non désirées pour 100 femmes en théorie contre 3 en pratique) (4).

Il faut néanmoins faire attention, le risque d'accident vasculaire artériel ou veineux est beaucoup plus élevé que pour les progestatifs classiques du fait des dosages plus importants. On note également un effet à long terme sur la densité osseuse. Du fait de nombreux effets secondaires, ce moyen de contraception reste donc peu utilisé en France et surtout pour une durée limitée et non à long terme. Un délai de trois mois supplémentaires est nécessaire après l'arrêt en prévision d'une grossesse par rapport aux autres types de contraception (9,16).

1.5. LA CONTRACEPTION INTRA-UTÉRINE

La contraception intra-utérine fait partie des contraceptions dites de longue durée. Cette contraception a une meilleure efficacité que les autres moyens car elle est complètement indépendante de l'usage quotidien : pas de risques d'oublis ou d'interactions avec des troubles digestifs par exemple. En 2016, 4,7% des femmes de 20-24 ans avait fait le choix de ce moyen de contraception (3).

Il en existe deux types : le dispositif intra-utérin au cuivre et le système intra-utérin au lévonorgestrel. Contrairement à certaines idées reçues encore présentes aujourd'hui, ceux-ci peuvent être posés chez la femme jeune et nullipare. En effet, il en existe de plus petite taille aussi appelé « short » avec une meilleure adaptation à la forme de la cavité utérine des nullipares. Il est recommandé avant sa pose, chez les femmes de moins de 25 ans, qui sont plus à risque de développer une infection, tout comme les femmes avec partenaires multiples par exemple, un dépistage des IST (9). On doit également s'assurer de l'absence de contre-indications telles que des malformations utérines, saignements génitaux inexplicables ou infections en cours.

Avant la pose, il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse. De plus, une consultation de suivi sera réalisée un à trois mois après la pose puis une fois par an, afin de s'assurer de la tolérance contraceptive ou encore de l'absence d'expulsion du dispositif (4).

1.5.1. DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN AU CUIVRE

Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre est une contraception qui ne contient pas d'hormones et qui reste très efficace (0,6% de grossesses non désirées en utilisation théorique pour 0,8% en utilisation courante) (4). Sa durée d'utilisation varie entre quatre et dix ans en fonction des modèles. Son action se fait à différents niveaux : action sur la glaire cervicale entraînant une diminution de la mobilité des spermatozoïdes et donc inhibant la fécondation mais également une action inflammatoire au niveau de l'endomètre rendant ainsi impossible une potentielle nidation (6).

Les principaux effets indésirables du DIU au cuivre sont l'augmentation du volume et de la durée des menstruations, les dysménorrhées, les douleurs liées à la pose ou encore les risques d'expulsion et de perforation utérine (4,19). Concernant ce risque d'expulsion qui survient généralement dans les trois premiers mois suivant la pose, un type précis de DIU peut être proposé après plusieurs récurrences. Celui-ci a une forme dite en oméga et dispose, au niveau de ses deux branches, de crans permettant un meilleur accrochage à la muqueuse utérine (Gynelle[®]) (9,20).

Le DIU au cuivre peut aussi être utilisé comme contraceptif d'urgence dans les 120h après le rapport à risque. Outre son action immédiate pour éviter une grossesse non désirée, il agit également comme contraceptif « classique » à longue durée d'action et sans contraintes de prises ou d'oublis (21).

1.5.2. SYSTÈME INTRA-UTÉRIN AU LÉVONORGESTREL

Le système intra-utérin (SIU) est une contraception dite de longue durée contenant une hormone progestative : le lévonorgestrel. Son efficacité est légèrement supérieure au DIU au cuivre (0,2 % de grossesses non désirées en théorie comme en pratique) (4). Trois types sont actuellement sur le marché et se différencient notamment par leur taille et leur dosage en lévonorgestrel : Mirena[®], Kyleena[®] et Jaydess[®]. Selon le modèle, la durée d'utilisation sera légèrement inférieure au DIU au cuivre puisque comprise entre trois et cinq ans (9).

Tout comme le DIU au cuivre, son action se fait principalement au niveau de la glaire cervicale qu'il rend imperméable aux spermatozoïdes ainsi que sur l'environnement inflammatoire de la cavité utérine avec impossibilité d'implantation de l'œuf. Il existe une différence entre ces deux types de contraception intra-utérine dans leur délai d'action : le SIU au lévonorgestrel nécessite cinq jours pour être efficace contrairement au DIU au cuivre qui l'est immédiatement. Il est donc nécessaire dans ce cas, d'associer une seconde méthode contraceptive supplémentaire pendant cette durée (9).

Des troubles du cycle menstruels peuvent survenir : 50% des femmes décrivent des spotting voire des saignements plus abondants alors que 20% des femmes seront en aménorrhée à un an d'utilisation (14).

1.6. AUTRES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

1.6.1. MÉTHODES BARRIÈRES

Les méthodes barrières comprennent les préservatifs précédemment cités, les capes, les diaphragmes et les spermicides. Elles ont un effet contraceptif faible : 15% de grossesses en pratique pour le préservatif masculin et 16% pour le préservatif féminin, 16% de grossesses chez les nullipares pour la cape, 16% avec le diaphragme et 29% avec les spermicides (4).

La cape cervicale est une cupule en silicone qui doit être placée au fond du vagin pour recouvrir le col par effet ventouse, alors que le diaphragme est une coupole que l'on place au fond du vagin, coincée entre en avant la fossette de la symphyse pubienne et en arrière le cul-de-sac vaginal postérieur. Leur taille doit être adaptée à chaque patiente et revue après un accouchement ou une prise/perte de poids. Ces deux types de contraceptifs bloquent le passage des spermatozoïdes à travers le col utérin. Leur efficacité étant très limitée, ils doivent toujours être utilisés en association avec des spermicides (8).

Les spermicides vont entraîner une lyse des spermatozoïdes par destruction du flagelle puis de la tête. Ils doivent être utilisés juste avant le rapport sexuel. La pose du diaphragme ou de la cape peut quant à elle se faire jusqu'à deux heures avant le rapport mais ils devront être laissés en place pendant au minimum six heures (au maximum 24h) (8).

1.6.2. MÉTHODES NATURELLES

Les contraceptions dites naturelles sont nombreuses, on compte notamment la méthode du retrait, de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (méthode MAMA), ou encore les méthodes s'appuyant sur le calcul de la période fertile (Bilings, Ogino-Knauss, Température...). Il est recommandé d'informer les patientes sur leur faible efficacité (22).

1.6.3. MÉTHODES DÉFINITIVES

La contraception définitive féminine est autorisée en France depuis 2001, c'est la méthode de contraception la plus utilisée dans le monde (23). Le Baromètre Santé 2016 ne rapportait aucune femme de 20-24 ans utilisant cette méthode contraceptive (3). Elle peut être réalisée chez toute personne majeure après consentement libre et éclairé et information complète sur le sujet par un médecin. De plus, un délai de réflexion de quatre mois doit être respecté avant réalisation de l'acte (24). Plusieurs méthodes peuvent être utilisées avec notamment la salpingectomie totale ou partielle ou encore l'électrocoagulation tubaire (9).

La vasectomie, contraception définitive masculine, reste en France peu utilisée : en 2020, 3317 vasectomies ont été réalisées en France (25).

2. ÉTAT DES LIEUX DE L'USAGE DE LA CONTRACEPTION CHEZ LES JEUNES

2.1. QUELLE UTILISATION CHEZ LES JEUNES AUJOURD'HUI ?

En 1967, la loi Neuwirth légalisait la contraception en France (26). Cette date a marqué une évolution dans la vie des femmes et en 2013, 97% des femmes en âge de procréer utilisaient un moyen de contraception (23).

Malgré le développement d'un certain nombre de méthodes contraceptives, le schéma contraceptif reste aujourd'hui encore figé en France. En effet, le préservatif est la méthode de choix en début de vie sexuelle, puis passage à la pilule avec la stabilisation du couple pour finir par un stérilet après les premières grossesses. Depuis 2012 et la réelle prise de conscience des risques thromboemboliques des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, cette dernière a été moins plébiscitée par la population féminine française (27). Selon les résultats de l'enquête Fécond de 2013, une femme sur cinq aurait alors optée pour un changement de contraceptif suite à ce débat (28).

Selon le Baromètre Santé 2016, la pilule restait toujours le moyen de contraception le plus plébiscité, toutes catégories d'âges confondues, avec une utilisation majeure chez les jeunes de 60,1% entre 15 et 19 ans, puis 59,5% chez les 20-24 ans (3).

D'autres méthodes contraceptives se diffusent chez les jeunes et remplacent peu à peu la pilule chez les 20-24 ans comme le DIU et l'implant. L'usage du préservatif est de plus en plus fréquent, toujours chez les 20-24 ans, avec un taux d'utilisation qui a doublé entre 2010 et 2016 (3).

La prescription de la contraception chez les étudiantes repose sur deux éléments : prévenir les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles. Dans ce contexte, la HAS recommande de réaliser un dépistage régulier des IST, notamment du *Chlamydiae Trachomatis* chez les jeunes femmes de moins de 25 ans (29). L'usage du préservatif en association avec une autre méthode contraceptive est donc fortement encouragé (30). Il est essentiel de rappeler lors de la consultation avec les étudiantes que la fertilité est alors à son apogée à cet âge (9). Une contraception adaptée et efficace, bien utilisée, est nécessaire afin d'éviter toute grossesse non désirée.

2.2. MOYENS D'INFORMATIONS

Selon une méta-analyse réalisée en 2016 par la Cochrane, les interventions d'éducation à la santé sexuelle et à la contraception semblaient diminuer les risques de grossesses non désirées chez les jeunes (31).

L'information des jeunes est essentielle pour prévenir à la fois les grossesses mais aussi les IST. En 2007, Santé Publique France diffusait le site « *Choisir sa contraception* » qui est devenu une référence en matière de contraception. Un questionnaire en ligne nommé « *Quelle contraception me convient le mieux ?* » est venu enrichir ce dernier, permettant aux femmes de se renseigner avant leur consultation et de savoir quelle contraception serait le plus adaptée pour elles. Ce questionnaire prenait en compte à la fois le mode de vie de la patiente mais également ses antécédents médicaux ou encore ses attentes personnelles (32).

En 2007, une campagne d'informations nationale est lancée sous le nom de « *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit* » et accompagnait la création du site « *Choisir sa contraception* » avec de multiples moyens de communication (spot télévisé, campagne radio et brochure à destination du grand public) (1).

En 2008, une nouvelle campagne d'informations nommée « *Favoriser le dialogue sur la contraception* » et diffusée par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative et par l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) a vu le jour. Ses objectifs étaient de promouvoir le bon usage des contraceptifs en favorisant le dialogue entre jeunes et professionnels de santé. Des spots télévisés et à la radio ont été diffusés avec pour slogan « *Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en nous.* » (33).

En 2009 a été mis l'accent sur la place des hommes dans la contraception, place non réservée aux femmes, avec le slogan « *Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?* » (34). Des études ont prouvé qu'une connaissance des contraceptions par les hommes ainsi qu'une communication à ce sujet dans le couple amélioreraient à terme l'efficacité contraceptive (35,36).

En 2012, une campagne d'informations sensibilisait les femmes au recours à la contraception d'urgence dans les cinq jours quand beaucoup d'entre elles pensaient qu'elle ne pouvait être utilisée que le lendemain du rapport à risque (37).

En 2013, la campagne « *La contraception qui vous convient existe* » était lancée par l'INPES afin d'inciter les femmes et les hommes à s'informer sur les contraceptions qu'il existe pour choisir la contraception qui leur convient. A l'aide de spots radio et de bannières web, des témoignages de femmes et d'hommes étaient diffusés afin de montrer les besoins de chacun (38).

D'autres moyens sont utilisés pour faire passer ces messages. Selon l'article L312-16 du Code de l'Éducation avec la loi du 4 juillet 2001, « *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles* » (39). Ces séances restent difficiles à mettre en

pratique dans les établissements et des inégalités persistent dans le territoire face à l'information pouvant y être dispensée (34).

2.3. ÉCHECS CONTRACEPTIFS ET CONTRACEPTION D'URGENCE

Il existe trois types de contraception d'urgence : le lévonorgestrel (LNG) à 1,5 mg (Norlevo[®]) qui est un progestatif, l'ulipristal acétate (UPA) à 30 mg (EllaOne[®]) qui est un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone, et le DIU au cuivre. Ce sont des solutions de derniers recours qui doivent être utilisées dans des cas précis et non en tant que contraception régulière : rapport sexuel non protégé, mauvaise utilisation du préservatif, diarrhées ou vomissements dans les quatre heures suivant la prise de la pilule, oublis de pilule ou encore rapport sexuel non consenti (40). Chacune de ces contraceptions d'urgence a un délai maximal de prise après le rapport sexuel pour être efficace : 72h pour le LNG, 120h pour l'UPA et le DIU au cuivre. Il faut savoir que plus la prise sera réalisée proche du rapport sexuel non protégé, meilleure en sera l'efficacité (6). Les mécanismes d'action varient suivant le type de contraception d'urgence utilisé. Le LNG agit en inhibant l'ovulation sur un follicule de taille inférieure à 18 mm tandis que l'UPA retarde ou inhibe le pic de LH déclenchant l'ovulation. Le DIU au cuivre va inhiber la fécondation par sa toxicité contre les gamètes et empêcher l'implantation par réaction inflammatoire (9,41). C'est une contraception d'urgence efficace et qui constitue par la suite une contraception de longue durée (9). La contraception d'urgence sous forme de pilule est accessible en pharmacie où elle est remboursée à 100% pour les moins de 26 ans sur prescription médicale (5). Elle est disponible en centres de planification familiale (CPEF), services universitaires (SSU) et infirmeries scolaires où sa délivrance se fait gratuitement et anonymement pour les mineures et les majeures. Pour ce qui est du DIU, sa délivrance se fera uniquement sur prescription médicale (41).

En 2016, selon le Baromètre Santé, les jeunes femmes de moins de 30 ans étaient celles qui utilisaient le plus la contraception d'urgence. Les circonstances d'utilisation varient selon l'âge : mauvaise utilisation du préservatif le plus souvent entre 15 et 19 ans, oublis de pilule chez les 20-24 ans (40). Il existe une sous-utilisation de cette dernière, notamment due au faible niveau de connaissances la concernant ainsi qu'au manque d'identification du risque de grossesse. Les délais d'utilisation sont mal connus, notamment par l'utilisation courante de l'expression « pilule du lendemain », qui peut

laisser entendre que sa prise serait inefficace au-delà des 24h (42). En 2019, selon une enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), les jeunes femmes entre 20 et 29 ans restaient les plus concernées par la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse (27,9 IVG pour 1000 femmes) (43). Il est essentiel que cette solution de rattrapage soit connue par tous.

Malgré la campagne française de 2007 « *la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit* », il apparaît que toutes les méthodes contraceptives ne sont pas proposées lors des consultations au profit de la pilule, en particulier chez les jeunes femmes. Certains aprioris persistent chez des prescripteurs qui ne proposent pas systématiquement un stérilet à une femme nullipare pour finalement les orienter vers un mode de contraception qu'ils estiment plus adéquat. Ceci peut restreindre le choix des femmes en matière de diversité contraceptive. L'adhésion à la pilule prescrite n'est alors pas parfaite ce qui peut conduire à des échecs contraceptifs et amener à la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse (44).

En cas d'utilisation d'une contraception orale, des diarrhées ou vomissements survenant dans les trois à quatre heures suivant la prise peuvent être considérés comme un oubli et conduire à un échec contraceptif (45). Les causes les plus fréquentes d'échecs sous contraception orale s'avèrent être les oublis suivis des troubles digestifs (diarrhées et vomissements) (46). On peut s'interroger sur les informations connues par les utilisatrices à propos de la bonne adhésion au traitement ainsi que sur la conduite à tenir en cas d'oublis mais aussi sur la transmission de ces informations lors de la prescription de leur contraception.

3. LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION

3.1. COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

D'après l'article L4151-1 du Code de la Santé Publique, la sage-femme est autorisée à réaliser les « *consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (...)* sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de

situation pathologique » (47). Elle est autorisée à prescrire les « *contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration* » (48). La sage-femme peut également prescrire et poser les contraceptifs de longue durée d'action. En effet, selon le Code de la Santé Publique et l'article R.4127-318, « *la sage-femme est notamment autorisée à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs* » (49).

3.2. CONSULTATION BASÉE SUR LE MODÈLE BERCER

L'information complète des femmes avec un choix éclairé lors de la consultation de contraception sont essentiels. Ils entraînent une meilleure adhésion à la méthode et donc moins d'échecs contraceptifs.

Il existe plusieurs types de consultation tels que les modèles paternaliste (le praticien décide à la place de la femme), informatif (le praticien donne les informations nécessaires), interprétatif (le praticien donne des conseils sur le choix de la femme), délibératif (le praticien et la femme choisissent ensemble) (50). Selon une étude réalisée chez des femmes européennes, on s'aperçoit que dans la majorité des cas, le choix de la méthode contraceptive est largement influencé par le prescripteur (51).

Le modèle BERCER est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé, il comprend six étapes qui sont les suivantes :

- Bienvenue : accueil de la femme et présentations pour instaurer une relation de confiance.
- Entretien : interrogatoire pour obtenir des données sur la femme.
- Renseignements : informations données par le praticien sur l'ensemble des méthodes contraceptives.
- Choix : qui doit venir de la patiente sans être influencé par celui du praticien.
- Explications : concernant la méthode choisie par la femme avec l'efficacité, le mode d'emploi, les contre-indications, la durée d'utilisation, les motifs de consultation...
- Retour : nouvelle consultation avec la femme après quelques temps pour évaluer la satisfaction de la femme ou les problèmes rencontrés (9,52).

Il est recommandé d'adapter le counseling contraceptif à chaque patiente, c'est-à-dire d'expliquer l'ensemble des méthodes contraceptives à la femme mais également de lui dire pourquoi certaines ne pourront être utilisées chez elle du fait des contre-indications existantes (9). Ainsi, le choix pourra être fait de façon éclairé.

La consultation de contraception doit se faire lors d'un moment dédié à ce motif afin d'avoir le temps nécessaire pour une information complète de la femme. Le recueil d'informations par le professionnel de santé doit être le plus complet possible afin de conseiller et non imposer la méthode de contraception qui est la plus adaptée à son mode de vie et ses préférences, tout en respectant les contre-indications qui lui sont propres (2).

Une information doit être réalisée à propos des contraceptions d'urgence avec le mode d'emploi, les raisons de les utiliser (oublis de pilule, préservatif défectueux, rapport non protégé, troubles digestifs, interactions médicamenteuses...), la façon de s'en procurer, ainsi que le fait qu'une prescription médicale n'est pas obligatoire (50). Cette information, si absente, pourrait conduire à un risque de grossesses non désirées. La HAS recommande la possibilité de co-prescrire une contraception d'urgence dans des situations particulières notamment chez les femmes qui auraient des difficultés à se procurer la contraception d'urgence ou encore celles utilisant des méthodes comme le préservatif ou moins efficaces. Cette co-prescription n'est pas recommandée à titre systématique (37). Les effets indésirables pouvant découler de la prise de contraception doivent être expliqués à la patiente (50), ceci pouvant éviter l'arrêt brutal de cette dernière, les femmes y étant mieux préparées. Il est également recommandé d'informer les femmes de la nuance entre efficacité théorique et efficacité pratique : le risque d'échec étant principalement dû à une mauvaise utilisation du contraceptif avec par conséquent une baisse de l'efficacité pratique (53).

MÉTHODE

1. POPULATION

1.1. L'ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE

1.1.1. LES CRITÈRES D'INCLUSION

Nous avons inclus dans notre étude :

- Les étudiantes appartenant à l'Université Clermont Auvergne (UCA)
- Les étudiantes ayant déjà eu une consultation de contraception
- Les étudiantes parlant et lisant le français

1.1.2. LES CRITÈRES DE NON INCLUSION

Nous avons exclus de notre étude :

- Les étudiants de sexe masculin
- Les étudiantes mineures
- Les étudiantes n'appartenant pas à l'UCA

2. MÉTHODE

2.1. TYPE D'ÉTUDE

L'étude réalisée était une étude épidémiologique observationnelle descriptive.

2.2. RAPPEL DES OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des étudiantes clermontoises sur la bonne utilisation des contraceptifs après une consultation de contraception.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient les suivants :

- Améliorer les connaissances des étudiantes clermontoises sur la bonne utilisation de leur contraception

- Évaluer le niveau d'informations données par les professionnels de santé lors de la consultation de contraception
- Connaitre le contenu de ces consultations concernant les différents moyens de contraception et l'exposition de l'efficacité des méthodes

2.3. CRITÈRES DE JUGEMENT

Nos critères de jugement étaient les suivants :

- La valeur du score de connaissances en matière de contraception à partir du questionnaire (réalisé dans le cadre de l'étude), pour l'évaluation des connaissances des étudiantes clermontoises suite à leur consultation de contraception
- Le pourcentage de réponses fausses au questionnaire (réalisé dans le cadre de l'étude), pour l'amélioration des connaissances des étudiantes sur la bonne utilisation des contraceptifs
- Le pourcentage d'informations retenues suite à la consultation, pour l'évaluation du niveau d'informations données par les professionnels lors de la consultation
- Le pourcentage des contraceptions proposées, pour connaître ce qui est évoqué lors de la consultation

2.4. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE ET RECUEIL DES DONNÉES

Le recueil des données s'est fait par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne réalisé sur le logiciel RedCap (Annexe I). Celui-ci comprenait 25 questions en trois parties : les renseignements sur les étudiantes et généralités sur la palette contraceptive, la consultation de contraception et enfin les connaissances en matière de contraception. A la fin du questionnaire, les étudiantes pouvaient retrouver l'ensemble des réponses aux questions posées afin d'enrichir leurs connaissances sur les différents contraceptifs (Annexe II).

Pour ce faire, le lien du questionnaire ainsi qu'une lettre d'information ont été envoyés par mail aux scalarités des différentes composantes de l'UCA pour diffusion aux étudiantes après autorisation des responsables de formation le 7 décembre 2021 (Annexe III). Le lien a été diffusé aux étudiantes de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand via les réseaux sociaux. Une figure décrivant l'ensemble de ces composantes est

disponible en annexe (Annexe IV). La diffusion n'ayant été effectuée que par une seule faculté, une relance téléphonique a été réalisée auprès de toutes les composantes une semaine plus tard, le 14 décembre 2021. Suite à ces appels téléphoniques, le questionnaire a pu être diffusé à dix nouvelles composantes de l'UCA, les autres n'ayant pas répondu. L'étude s'est déroulée du 7 décembre 2021 au 22 janvier 2022.

Les connaissances des étudiantes ont été évaluées grâce à un questionnaire spécifique comprenant 43 questions sur l'utilisation pratique de chaque type de contraceptif. Un score de connaissances général et par contraception a été calculé.

Une analyse comparative du score a été faite pour savoir si l'âge, le domaine d'étude et le professionnel de santé effectuant la consultation avaient une influence sur les connaissances des étudiantes. Afin de réaliser cette analyse, les étudiantes ont été réparties en quatre domaines d'étude à l'UCA, les voici décrits ci-dessous :

- Lettres, Langues et Sciences Humaines : UFR (Unité de Formation et de Recherche) Lettres, Culture, Sciences Humaines ; UFR Langues, Cultures et Communication
- Droit, Économie, Management, Ingénierie : école d'Économie, Polytech
- Santé et Biologie : École de Sages-Femmes, UFR d'Odontologie, UFR de Pharmacie, UFR Biologie
- Institut des Sciences : UFR Chimie, UFR Mathématiques, École Universitaire de Physique et d'Ingénierie, École de l'Observatoire Physique du Globe

2.5. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels Excel et pvalue.io. Un test de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives. Le seuil de signification était un $p < 0,05$.

2.6. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

2.6.1. AVIS DE COMITÉS CONSULTATIFS

L'avis du Délégué à la Protection des Données du CHU de Clermont-Ferrand a été demandé en juillet 2021. Une réponse positive a été rendue le 17 novembre 2021.

2.6.2. INFORMATION ET CONSENTEMENT

Une lettre d'information reprenant l'ensemble des objectifs de l'étude et ses modalités a été transmise aux universités lors de l'envoi du questionnaire. L'accord des responsables des structures universitaires a été demandé par le biais des scolarités avant que ces dernières diffusent le questionnaire aux étudiantes. Une information écrite a été transmise à l'ensemble des participantes avant de commencer le questionnaire.

2.6.3. ANONYMAT

L'ensemble des données a été saisi de manière anonyme, aucune donnée nominative n'a été recueillie.

RÉSULTATS

1. TAUX DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Au cours de cette étude, 20 unités de formation ou école de l'UCA ont été contactées pour la diffusion du questionnaire auprès de leurs étudiantes. 11 d'entre elles ont participées et des réponses d'étudiantes sages-femmes intégrées à l'UFR de Médecine et des Professions Paramédicales ont été obtenues. Le taux de participation de ces différentes composantes a donc été de 60%.

Parmi les 539 étudiantes ayant répondu au questionnaire, 412 questionnaires étaient complets et 127 étaient incomplets. Le taux de questionnaires qui ont pu être exploités dans le cadre de notre étude était donc de 76,3%.

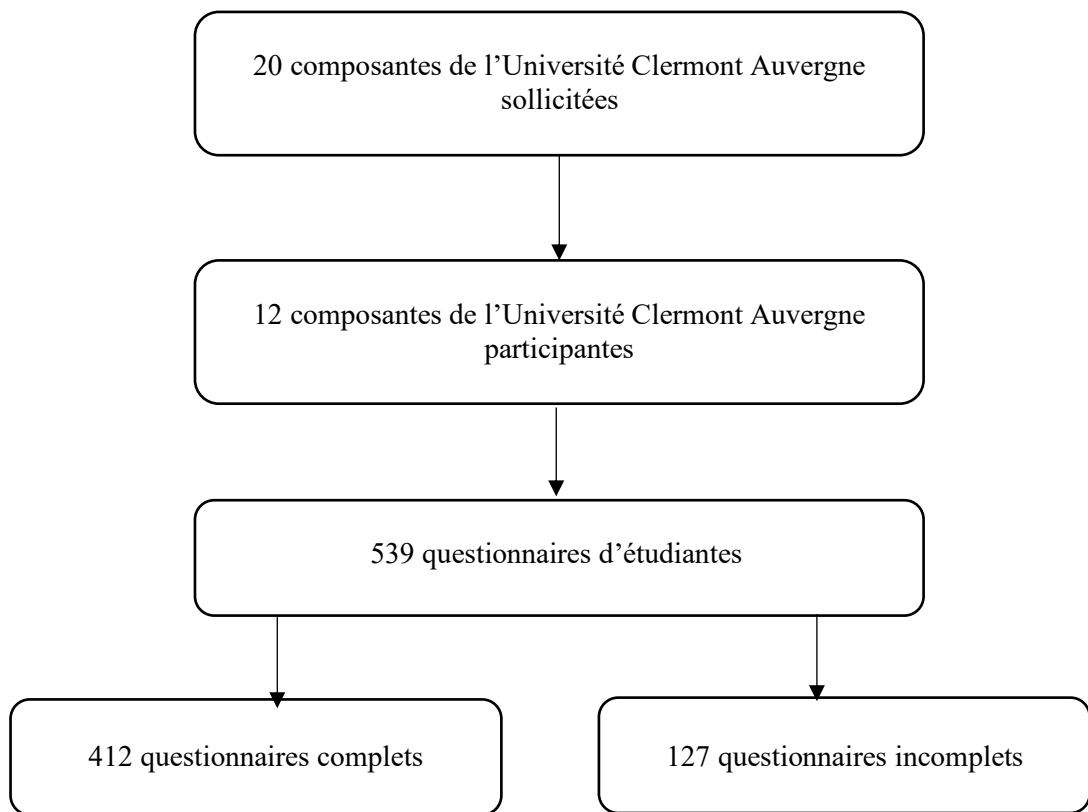


Figure 1 : Diagramme de flux avec participation des étudiantes de l'UCA

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Les étudiantes ayant participé à l'enquête appartenaient à différentes composantes de l'UCA dont la répartition dans les 12 domaines est présentée dans le Tableau I. La filière de la Biologie représentait la majeure partie des étudiantes participantes avec

28,64% (n = 118) suivie par l'UFR de Langues, Cultures et Communication avec 22,33% (n = 92).

Tableau I : Domaines de formation des étudiantes de l'UCA inclus dans l'étude

Composantes de l'UCA	Effectifs d'étudiantes n (%)
UFR Lettres, Cultures et Sciences Humaines	4 (0,97)
UFR Langues, Cultures et Communication	92 (22,33)
École d'Économie	14 (3,40)
Polytech Clermont-Ferrand	8 (1,94)
UFR de Biologie	118 (28,64)
École de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand	42 (10,19)
UFR d'Odontologie	33 (8,01)
UFR de Pharmacie	28 (6,80)
UFR Chimie	27 (6,55)
UFR Mathématiques	25 (6,07)
École Universitaire de Physique et d'Ingénierie	10 (2,43)
École de l'Observatoire Physique du Globe	11 (2,67)

Concernant leur âge, une majorité des étudiantes avait entre 20 et 25 ans soit 58% (n = 239), 38% d'étudiantes étaient plus jeunes entre 18 et 20 ans (n = 155) et seulement 4% d'étudiantes avaient plus de 25 ans (n = 18).

Pour ce qui est de leurs connaissances des différents types de contraceptifs (figure 2 et tableau II), on notait que les contraceptions les moins connues étaient la cape cervicale (19,66%), le diaphragme (33,98%) et les spermicides (48,06%) tout âge confondu. Au contraire, leur connaissance de l'existence des préservatifs (masculins à 99,03% et féminins à 93,45%), des pilules (oestro-progestatives à 95,39% et progestatives

à 92,48%), de l'implant (95,15%) ou des stérilets (DIU à 97,09% et SIU à 91,26%) était plus importante.

Cette tendance se retrouve de la même façon sur l'utilisation actuelle des différents types de contraceptifs tout âge confondu : la pilule œstro-progestative était la plus utilisée à 39,08% (n = 161), suivie du préservatif masculin à 37,86% (n = 156), puis de la pilule progestative à 16,50% (n = 68) et du DIU au cuivre à 11,65% (n = 48). Seulement 7,77% (n = 32) des étudiantes n'utilisaient aucune méthode de contraception.

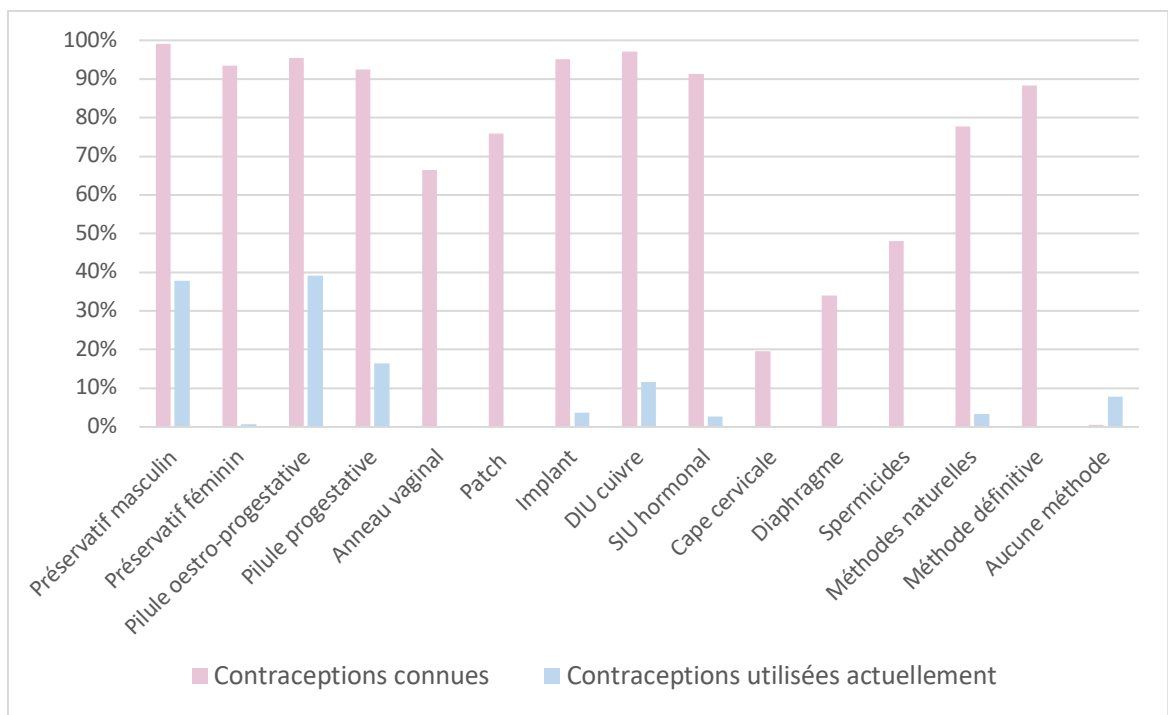


Figure 2 : Connaissances et utilisation des contraceptifs des participantes tout âge confondu

Tableau II : Connaissances et utilisation des contraceptifs des participantes tout
âge confondu

<i>Entre 18 et 20 ans</i>		
	Contraceptions connues	Contraceptions utilisées
	n (%)	actuellement n (%)
Préservatifs masculins	152 (98,06)	61 (39,35)
Préservatifs féminins	145 (93,55)	1 (0,65)
Pilule oestro-progestative	148 (95,48)	64 (41,29)
Pilule progestative	138 (89,03)	30 (19,35)
Anneau vaginal	86 (55,48)	0 (0)
Patch	112 (72,26)	1 (0,65)
Implant	146 (94,19)	4 (2,58)
DIU cuivre	151 (97,42)	13 (8,39)
SIU hormonal	139 (89,68)	2 (1,29)
Cape cervicale	16 (10,32)	0 (0)
Diaphragme	32 (20,65)	0 (0)
Spermicides	56 (36,13)	0 (0)
Méthodes naturelles	108 (69,68)	5 (3,23)
Méthode définitive	134 (86,45)	0 (0)
Aucune méthode	1 (0,65)	16 (10,32)

Entre 20 et 25 ans

	Contraceptions connues n (%)	Contraceptions utilisées actuellement n (%)
Préservatifs masculins	239 (100)	87 (36,40)
Préservatifs féminins	226 (94,56)	2 (0,84)
Pilule oestro-progestative	229 (95,82)	96 (40,17)
Pilule progestative	228 (95,40)	36 (15,06)
Anneau vaginal	175 (73,22)	1 (0,42)
Patch	189 (79,08)	0 (0)
Implant	230 (96,23)	10 (4,18)
DIU cuivre	234 (97,91)	32 (13,39)
SIU hormonal	222 (92,89)	7 (2,93)
Cape cervicale	62 (25,94)	0 (0)
Diaphragme	100 (41,84)	0 (0)
Spermicides	133 (55,65)	0 (0)
Méthodes naturelles	197 (82,43)	9 (3,77)
Méthode définitive	216 (90,38)	0 (0)
Aucune méthode	0 (0)	14 (5,86)

Plus de 25 ans

	Contraceptions connues n (%)	Contraceptions utilisées actuellement n (%)
Préservatifs masculins	17 (94,44)	8 (44,44)
Préservatifs féminins	14 (77,78)	0 (0)
Pilule oestro-progestative	16 (88,89)	1 (5,56)
Pilule progestative	15 (83,33)	2 (11,11)

Anneau vaginal	13 (72,22)	0 (0)
Patch	12 (66,67)	0 (0)
Implant	16 (88,89)	1 (5,56)
DIU cuivre	15 (83,33)	3 (16,67)
SIU hormonal	15 (83,33)	2 (11,11)
Cape cervicale	3 (16,67)	0 (0)
Diaphragme	8 (44,44)	0 (0)
Spermicides	9 (50)	0 (0)
Méthodes naturelles	15 (83,33)	0 (0)
Méthode définitive	14 (77,78)	0 (0)
Aucune méthode	1 (5,56)	2 (11,11)

3. CONSULTATION DE CONTRACEPTION

Concernant la dernière consultation de contraception des étudiantes participantes, elle a été réalisée par un gynécologue dans 39,56% (n = 163) des cas, par un médecin généraliste dans 33,50% (n = 138) des cas et par une sage-femme dans 24,76% (n = 102) des cas (tableau III). La dernière consultation datait majoritairement de moins de 6 mois dans 49,27% des cas (n = 203).

Tableau III : Professionnel de santé ayant réalisé la dernière consultation de
contraception et date

Professionnel de santé ayant effectué la dernière consultation de contraception n (%)	
Sage-Femme	102 (24,76)
Médecin généraliste	138 (33,50)
Gynécologue	163 (39,56)
Ne sait pas	9 (2,18)
Date de la dernière consultation de contraception n (%)	
Moins de 6 mois	203 (49,27)
Entre 6 mois et 1 an	105 (25,49)
Plus de 1 an	104 (25,24)

Concernant le contenu de la consultation de contraception, les informations données et celles que les étudiantes auraient souhaitées ont été recueillies (figure 3).

Le mode d'emploi avait été évoqué dans 86,17% (n = 335) des cas et la conduite à tenir en cas d'oubli ou de mauvais usage afin d'éviter une grossesse non désirée l'était dans 56,55% (n = 101) des cas. Les étudiantes avaient été informées des effets indésirables et de la durée d'action dans respectivement 50,97% (n = 188) et 50,49% (n = 92) des cas. Le remboursement leur avait été évoqué dans 43,20% (n = 68) des cas et 33,74% (n = 168) des participantes avaient été informées des motifs devant amener à consulter.

Les étudiantes auraient souhaité avoir plus d'informations concernant les effets indésirables dans 45,63% (n = 188) des cas, les motifs devant amener à consulter dans 40,78% (n = 168) des cas et la conduite à tenir en cas d'oublis dans 24,51% des cas (n = 101).

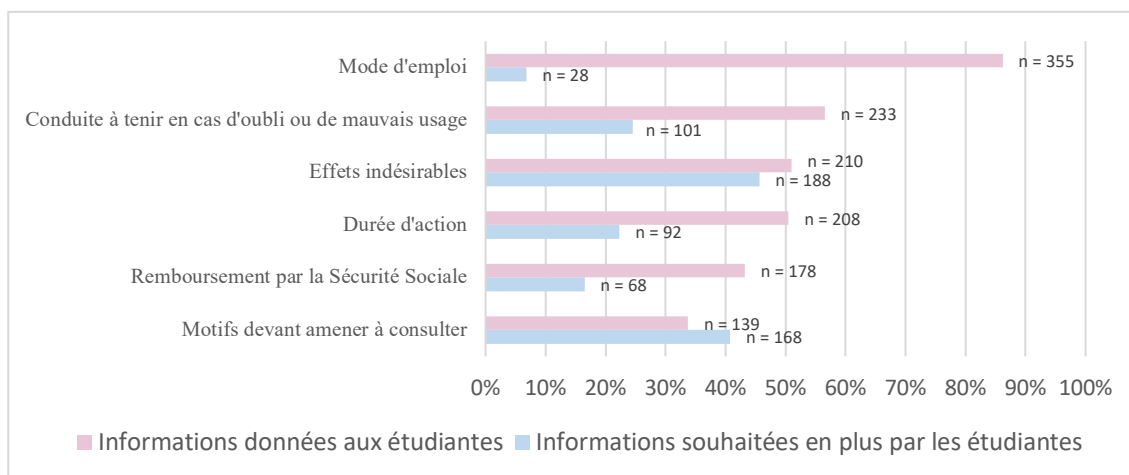


Figure 3 : Informations données et souhaitées en plus par les étudiantes lors de la consultation de contraception

Au final, 60,92% (n = 251) des étudiantes pensaient avoir été suffisamment informées lors de leur dernière consultation de contraception. Les étudiantes ont pu noter sur une échelle de 0 à 100 leur satisfaction suite à cette consultation (0 = pas du tout satisfaite, 100 = très satisfaite). De cette évaluation, on retrouvait une satisfaction moyenne sur 100 de $69,8 \pm 22,7$.

Il a été étudié quelles méthodes contraceptives étaient proposées par les professionnels de santé lors de la consultation (figure 4). Les autres méthodes désignent la cape cervicale, le diaphragme, les spermicides ainsi que les méthodes naturelles et définitives. La méthode la plus proposée était la pilule oestro-progestative dans 93,7% des cas, suivie de la pilule progestative (68,1%), du préservatif masculin (62,9%), du DIU et du SIU (45,7% et 38,1% respectivement) et enfin de l'implant dans 36,2% des cas. Au contraire, ce sont les préservatifs féminins (15,7%), le patch et l'anneau (14,9% et 14,5% respectivement) puis les autres méthodes (9%) qui sont les moins proposées par les professionnels de santé.

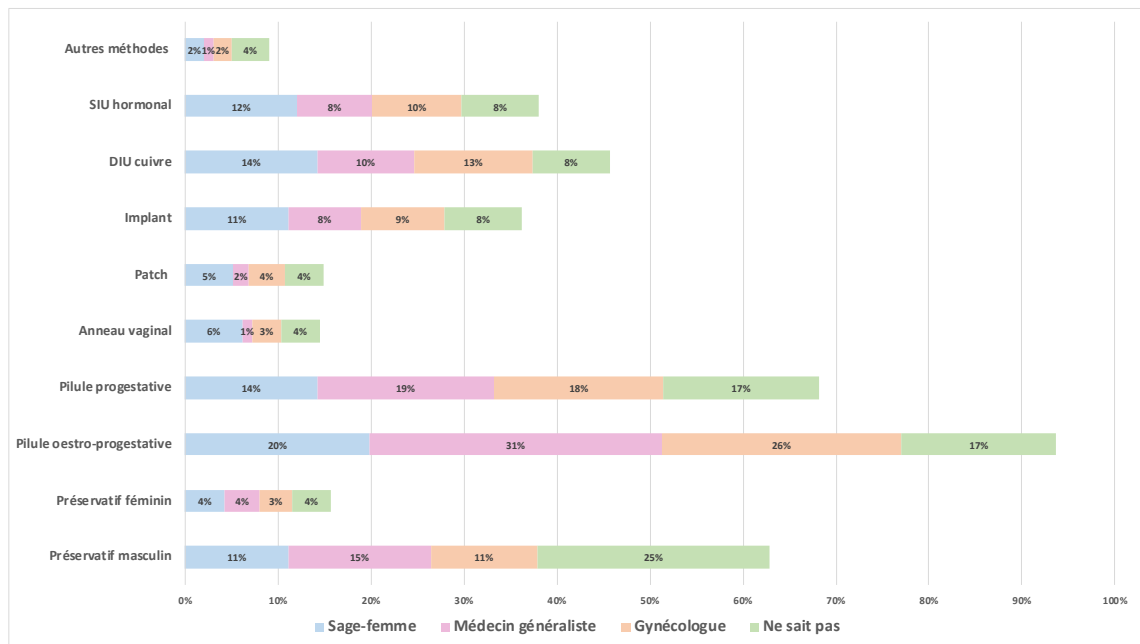


Figure 4 : Méthodes proposées par les professionnels de santé lors de la consultation

4. CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTES CLERMONTOISES SUR LA CONTRACEPTION

Un score de connaissances général des étudiantes a été calculé suite au questionnaire, celui-ci était de $32,17 \pm 4,73$ sur 43 (soit une moyenne de $14,96 \pm 2,20$ sur 20).

Les réponses aux questions posées à propos des différentes contraceptions sont présentées en annexe (annexe V).

Un score de connaissance a été établi à propos des préservatifs et s'élevait à $13,81 \pm 3,82$ sur 20. Pour les pilules contraceptives il était de $16,40 \pm 3,99$ sur 20 et pour le patch transdermique, le score était de $16,29 \pm 4,74$ sur 20. Le score de connaissance à propos de l'anneau vaginal était de $13,41 \pm 5,48$ sur 20 et pour l'implant contraceptif, il était de $16,29 \pm 4,23$ sur 20. Pour la contraception intra-utérine, le score s'élevait à $16,51 \pm 4,13$ sur 20.

Ce sont les méthodes barrières qui ont obtenu le score le plus bas avec $11,17 \pm 4,31$ sur 20, et les méthodes naturelles et définitive qui ont obtenu le score le plus haut avec $17,16 \pm 3,78$ sur 20.

Le score de connaissances établi à propos de la contraception d'urgence s'élevait à $14,35 \pm 4,20$ sur 20.

De plus, il s'est avéré que pour 77% (n = 318) des étudiantes, des informations nécessaires pour répondre à ce questionnaire ou qu'elles ont connues suite à celui-ci, auraient pu leur être apprises lors de la consultation.

5. ANALYSE COMPARATIVE

5.1. A PROPOS DU SCORE

5.1.1. TAUX DE CONNAISSANCES EN FONCTION DE L'ÂGE

Le score a été comparé à l'âge afin de voir si l'âge avait une influence sur les connaissances des étudiantes. L'effectif d'étudiantes de plus de 25 ans étant insuffisant, seule une analyse comparative des deux groupes de 18-20 ans et 20-25 ans a été réalisé. Un calcul des moyennes des scores de connaissances des étudiantes avait été réalisé : la moyenne la plus haute appartenait au groupe des 20-25 ans avec une p-value < 0,001 (tableau IV). Les étudiantes de 20-25 ans avaient de meilleures connaissances sur la contraception que celles de 18-20 ans.

Tableau IV : Analyse comparative du score de connaissances en fonction de l'âge

	Entre 18 et 20 ans	Entre 20 et 25 ans	p-value
Score de			
connaissances	$14,38 \pm 1,99$	$15,40 \pm 2,16$	< 0,001
(\pm écart-type)			

5.1.2. TAUX DE CONNAISSANCES EN FONCTION DU DOMAINE D'ÉTUDE

Le score a été comparé aux domaines d'étude afin de savoir si ceux-ci avaient une influence sur les connaissances des étudiantes. L'effectif d'étudiantes dans le domaine de Droit/Économie/Management/Ingénierie étant insuffisant, seule une analyse comparative des trois autres domaines d'étudiantes a été réalisée. Un calcul des moyennes des scores de connaissances par domaines d'étude avait été réalisé : la moyenne la plus haute appartenait au domaine de la Santé et de la Biologie avec une p-value < 0,001 (tableau V). Les étudiantes en Santé et en Biologie avaient de meilleures connaissances sur la contraception.

Tableau V : Analyse comparative du score de connaissances en fonction du domaine d'étude

	Lettres, Langues et Sciences Humaines	Santé et Biologie	Sciences	p- value
Score de connaissances (± écart- type)	14,53 ± 1,80	15,52 ± 2,15	14,23 ± 2,31	< 0,001

5.1.3. TAUX DE CONNAISSANCES EN FONCTION DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Le score a été comparé au professionnel de santé ayant effectué la dernière consultation de contraception afin de savoir si cela avait une influence sur les connaissances des étudiantes. Les étudiantes qui ne savaient pas quel professionnel de santé avait effectué leur consultation n'ont pas été retenues pour ces analyses. Un calcul des moyennes des scores de connaissances par professionnel de santé consulté avait été

réalisé : la moyenne la plus haute appartenait aux étudiantes ayant consulté une sage-femme pour leur contraception avec une p-value < 0,001 (tableau VI). Les étudiantes ayant consulté une sage-femme avaient de meilleures connaissances sur la contraception.

Tableau VI : Analyse comparative du score de connaissances en fonction du professionnel de santé effectuant la consultation de contraception

	Sage-femme	Médecin généraliste	Gynécologue	p-value
Score de connaissances (± écart-type)	15,77 ± 2,27	14,64 ± 2,18	14,81 ± 2,01	< 0,001

5.2. A PROPOS DU PROFESSIONNEL MENANT LA CONSULTATION

Le taux de satisfaction des étudiantes suite à la consultation de contraception a été comparé au professionnel de santé l'ayant effectué. Les étudiantes qui ne savaient pas quel professionnel de santé avait effectué leur consultation n'ont pas été retenues pour cette analyse. Un calcul du taux moyen de satisfaction des étudiantes en fonction du professionnel de santé consulté avait été réalisé : la moyenne la plus haute concernait les sages-femmes avec une p-value < 0,001 (tableau VII). Les étudiantes qui avaient vu une sage-femme étaient plus satisfaites suite à la consultation.

Tableau VII : Analyse comparative du taux de satisfaction des étudiantes en fonction du professionnel de santé effectuant la consultation de contraception

	Sage-femme	Médecin généraliste	Gynécologue	p-value
Score de connaissances (± écart-type)	16,34 ± 2,90	12,99 ± 4,75	13,46 ± 4,69	< 0,001

DISCUSSION

1. RÉALISATION DES OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des étudiantes de l'UCA sur la bonne utilisation des contraceptifs suite à la consultation de contraception. Cet objectif a été atteint puisqu'un échantillon de 412 étudiantes nous a permis de réaliser un état des lieux des connaissances sur l'ensemble de la palette contraceptive.

L'un des objectifs secondaires de l'étude était d'améliorer les connaissances des étudiantes sur la bonne utilisation de la contraception. Cet objectif est atteint puisque les étudiantes ayant participé à l'enquête ont pu enrichir leurs connaissances en matière de contraception avec les informations données à la fin de celui-ci.

Nous avons également pour objectif de connaître les informations données lors de la consultation et de savoir quelles contraceptions étaient proposées et si celles-ci étaient évoquées ou non en fonction de leur efficacité. Ces objectifs sont également atteints puisque l'on a pu avoir un aperçu du contenu de la consultation suivie par les étudiantes avec différents professionnels de santé.

2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

2.1. FORCES DE L'ÉTUDE

Plusieurs études ont été réalisées sur les connaissances des jeunes en matière de contraception et notamment sur les types de contraceptifs qu'ils utilisent. Ici, outre l'état des lieux sur l'utilisation qui est faite de la contraception à l'UCA, on s'est plus particulièrement intéressé à l'impact de la réalisation de la consultation de contraception sur ces connaissances. Ceci peut permettre de cibler d'une meilleure façon ce que les étudiantes ont besoin d'apprendre lors de la consultation.

De plus, les étudiantes pouvant retrouver une synthèse de chaque type de contraceptifs à la fin du questionnaire, ces dernières pouvaient alors en apprendre un peu plus sur l'ensemble de la palette contraceptive.

412 étudiantes avaient remplis un questionnaire exploitable, c'est-à-dire complet, ce qui constitue un effectif plus important que celui d'une étude réalisée en 2010 sur les connaissances des jeunes de 15 à 25 ans sur la contraception et d'un mémoire réalisé en 2019 sur les connaissances des femmes de 20-24 ans face à l'oubli de pilule (54).

De plus, très peu d'études concernant la consultation de contraception et la satisfaction des femmes vis-à-vis de celle-ci et des informations qui y sont données ont été retrouvées. Ces études prenaient notamment en compte la consultation effectuée par un médecin généraliste ou un gynécologue mais très peu évoquaient les sages-femmes pourtant actrices majeures de ces consultations depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 (55).

2.2. FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

Le retard pris lors du lancement de l'étude en attente des autorisations nécessaires nous a obligé à commencer le recrutement début décembre 2021 au lieu de septembre 2021 au moment de la rentrée scolaire.

De plus, environ la moitié des composantes auxquelles le questionnaire avait été envoyé n'ont pas répondu ni transféré le questionnaire malgré des relances téléphoniques. Ainsi, un effectif moindre et un échantillon moins varié d'étudiantes a pu participer à l'étude.

Le taux de participation à l'enquête n'a pas pu être calculé étant donné que l'on ne connaissait pas le nombre exacte d'étudiantes de l'UCA l'ayant reçu.

Concernant les questionnaires qui ont pu être recueillis, seuls les questionnaires complets ont été traités pour les résultats, réduisant ainsi l'effectif étudié.

3. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

3.1. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDIANTES INTERROGÉES

L'échantillon d'étudiantes interrogées était relativement varié. En effet, on avait des étudiantes d'âges variables mais également des domaines d'étude très différents.

Dans notre étude, les étudiantes avaient pour la majorité entre 20 et 25 ans, ce qui est différent d'une enquête réalisée par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) en 2019 où c'était les jeunes femmes entre 18 et 20 ans qui étaient majoritairement étudiantes. Dans l'enquête de l'INSEE tout comme dans notre étude, c'était les étudiantes de plus de 25 ans qui étaient les moins nombreuses (56).

Les domaines d'étude étaient également variables, que ce soit dans la santé, les sciences humaines, l'économie ou les sciences. Le plus d'étudiantes se trouvaient dans les domaines de la Santé et des Sciences de la vie. Il aurait pu être pertinent d'interroger des étudiantes dans d'autres domaines d'étude notamment dans les filières de droit ou de management par exemple.

3.2. LA CONTRACEPTION CHEZ LES ÉTUDIANTES

Cette étude nous a permis de connaître quelle utilisation était faite des contraceptifs chez les étudiantes de plus de 18 ans. Les contraceptifs les plus utilisés étaient la pilule œstro-progestative (39,1%) et le préservatif masculin (37,9%), suivis des pilules progestatives (16,5%). Cette tendance a également pu être retrouvée dans les résultats du Baromètre Santé 2016, où les jeunes entre 15-19 ans et entre 20-24 ans utilisaient majoritairement la pilule ou le préservatif (3).

Toujours dans le Baromètre Santé 2016, la contraception intra-utérine était de plus en plus utilisée chez les 20-24 ans où elle représentait 4,7% des contraceptifs utilisés. Dans notre étude, les étudiantes entre 20 et 25 ans avaient aussi tendance à plus utiliser ce mode de contraception puisque 16,3% d'entre elles avaient opté pour un DIU au cuivre ou un SIU hormonal. Ce taux se rapprochait plutôt de l'utilisation de ce type de contraceptif en 2016 chez les 25-29 ans (19%) (3).

Pour ce qui est de la simple connaissance des différents types de contraceptifs, on pouvait voir que les moyens les plus connus étaient le préservatif masculin (99%) puis le DIU au cuivre (97,1%), la pilule oestro-progestative (95,4%) et l'implant (95,2%). Dans un mémoire réalisé en 2010 chez les jeunes de 15 à 25 ans, on ne retrouvait pas cette même tendance (54). En effet, les contraceptions les plus connues étaient le préservatif masculin (97%) et la pilule (97%), résultats se rapprochant de notre étude. En revanche, alors que 97,1% des étudiantes de l'UCA connaissaient le DIU au cuivre, c'est seulement 59% des jeunes interrogées dans l'enquête de 2010 qui en faisait part. Il en est de même pour l'implant, où seulement 65% des jeunes femmes déclaraient le connaître contre 95,2% dans notre étude. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les connaissances étaient meilleures aujourd'hui qu'il y a une dizaine d'années.

Des résultats comparables ont pu être retrouvés dans les contraceptions les moins connues comme le diaphragme où 34% seulement des étudiantes de l'UCA déclaraient le connaître contre 33% des jeunes interrogés dans le mémoire de 2010.

4. LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION

Une analyse de la dernière consultation de contraception des étudiantes a pu être réalisée concernant la date de réalisation, le professionnel de santé l'effectuant et les informations y étant transmises.

Dans 49,3% des cas, la consultation était assez récente puisque datant de moins de 6 mois. On retrouvait ensuite une proportion quasi égale d'étudiantes ayant réalisé leur consultation entre 6 mois et 1 an avant le questionnaire ou il y a plus d'un an, avec respectivement 25,5% et 25,2% des étudiantes.

En ce qui concernait le professionnel de santé réalisant la consultation, on a pu noter que celle-ci était majoritairement réalisée par les médecins généralistes ou les gynécologues, avec respectivement 33,5% et 39,6% des étudiantes participantes. Une part moins importante de ces consultations (24,8%) avait été réalisée par une sage-femme. Dans une thèse réalisée en 2019 sur l'information donnée par les professionnels de santé, on retrouvait là aussi cette même tendance avec une consultation en premier lieu avec un

gynécologue, puis le médecin généraliste et en troisième position la sage-femme (57). Un mémoire a été réalisé en 2016 à propos des connaissances des étudiants sur la profession de sage-femme, celui-ci nous apprenait que seulement 51,4% des étudiants interrogés savaient que la prescription d'une contraception était dans les compétences de la sage-femme (58). Il est donc légitime de se demander s'il existe un lien entre le fait que tous ne savaient pas que la sage-femme pouvait réaliser ce type de consultation et les résultats de notre étude où les étudiantes avaient plutôt tendance à consulter un médecin généraliste ou un gynécologue.

D'après les recommandations de la HAS, une information claire et précise sur l'ensemble des méthodes contraceptives et sur leur utilisation doit permettre aux femmes de choisir leur contraception de manière éclairée (2). Dans notre étude, 60,9% des étudiantes interrogées pensaient avoir été suffisamment informées. Néanmoins, au regard des résultats obtenus, on pouvait remarquer des disparités dans les informations données aux étudiantes lors de la consultation. Alors que le mode d'emploi de la contraception était largement évoqué, les effets indésirables étaient manquants dans 45,6% des cas. De plus, la conduite à tenir en cas d'oublis ou de mésusage n'avait pas non plus été évoqué dans 24,5% des cas. Dans une étude réalisée en 2019 par la DREES, les jeunes femmes entre 20 et 29 ans étaient les plus concernées par l'IVG (27,9 pour 1000 femmes) (43). Le manque d'informations apportées lors de la consultation de contraception et notamment sur les moyens d'éviter une grossesse non désirée en cas de mauvais usage pourrait avoir un impact sur le taux d'IVG de cette population.

Une analyse des méthodes contraceptives proposées par les différents professionnels de santé a également été réalisée. La méthode la plus proposée était la pilule oestro-progestative dans 93,7% des cas alors que les autres méthodes telles que la cape cervicale, les spermicides ou encore les méthodes naturelles étaient les moins évoquées par les professionnels. Nous pouvons donc supposer que les professionnels de santé proposent ces différentes méthodes en fonction de leur efficacité contraceptive, élément essentiel de la prescription d'une contraception chez une jeune femme ne souhaitant pas de grossesse dans l'immédiat. En effet, ce sont les méthodes les plus proposées dans cette étude qui apparaissent comme étant le plus efficace selon l'indice de Pearl (4).

5. LES CONNAISSANCES DES ÉTUDIANTES SUR LA CONTRACEPTION

Notre étude a permis d'établir plusieurs scores de connaissances des étudiantes sur la contraception : un score général et un score par type de contraceptif.

Pour ce qui est des connaissances générales sur la contraception, les étudiantes tout âge confondu ont obtenu une moyenne sur 20 de $14,96 \pm 2,20$. Ce score est très encourageant et montre une réelle implication des femmes et des professionnels sur ce sujet.

Concernant les préservatifs, une moyenne sur 20 de $13,81 \pm 3,82$ a été obtenue par les étudiantes. Si une large majorité des étudiantes savaient que le préservatif était le seul moyen de contraception efficace contre les IST, 30,3% d'entre elles affirmaient que le préservatif masculin ne devait être mis qu'au moment de la pénétration. Ces résultats peuvent être comparés avec ceux d'une étude réalisée en 2020 auprès de jeunes hommes et femmes à propos des IST et de leur prévention où seulement 52% des participants savaient qu'il était nécessaire d'utiliser un préservatif lors de frottements intimes (59). De plus, 67% des étudiantes estimaient que le préservatif est très efficace dans la prévention des grossesses non désirées alors que l'on sait qu'en pratique 15% de ces dernières surviennent avec un préservatif (4).

Les étudiantes ont obtenu une moyenne sur 20 de $16,40 \pm 3,99$ à propos des pilules contraceptives. Dans notre étude, 79,5% des étudiantes savaient qu'un délai de retard de 12h maximum était autorisé pour la majorité des pilules. Dans un mémoire réalisé en 2019 sur les connaissances des femmes de 20 à 24 ans à propos de l'oubli de pilule, 77,2% des femmes savaient qu'un oubli se caractérisait par un retard de plus de 12h ce qui se rapproche fortement de notre résultat (60). De même, en ce qui concerne les troubles digestifs, 65,3% des étudiantes savaient que des diarrhées ou vomissements dans les quatre heures suivant la prise de la pilule pouvait entraîner un risque de grossesse. Toujours dans le mémoire réalisé en 2019, c'est 77,8% des jeunes femmes qui savaient qu'elle ne seraient pas protégées d'une grossesse, ce qui est comparable à notre étude (60).

Concernant le patch contraceptif et l'anneau, des moyennes sur 20 de $16,29 \pm 4,74$ et $13,41 \pm 5,48$ respectivement ont été obtenues par les étudiantes. Dans notre étude, 2,7% des participantes pensaient que le patch devait être mis en place juste avant le rapport sexuel et 6,3% pensaient de même pour l'anneau. Ces données ne sont pas surprenantes lorsque l'on sait que seulement 2,2% des jeunes de 20-24 ans utilisaient le patch ou l'anneau vaginal selon le Baromètre Santé 2016 (3).

Les étudiantes ont obtenu une moyenne sur 20 de $16,29 \pm 4,23$ à propos de l'implant contraceptif et de $16,51 \pm 4,13$ pour la contraception intra-utérine. Malgré le fait que ces résultats soient très encourageants, 19,7% des étudiantes ne savaient pas qu'un stérilet pouvait être posé chez une nullipare et 1,9% d'entre elles pensaient qu'il pouvait rendre stérile. Ceci peut être expliqué par le fait que des professionnels peuvent aujourd'hui refuser de poser un stérilet à une femme n'ayant jamais eu d'enfant alors que les recommandations de la HAS de 2019 stipulaient que « *les DIU peuvent être proposés aux femmes et aux adolescentes, quelles que soient la parité et la gestité* » (15).

C'est au niveau des méthodes barrières autres que les préservatifs que les étudiantes avaient le moins de connaissances avec une moyenne sur 20 de $11,17 \pm 4,31$ sur 20. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces types de contraceptifs sont peu utilisés par les étudiantes du fait de leur faible efficacité contraceptive : c'était 1,1% des jeunes entre 20-24 ans qui utilisaient en 2016 la cape, le diaphragme ou les méthodes naturelles (3).

A propos des méthodes naturelles et définitive, les étudiantes ont obtenu une moyenne sur 20 de $17,16 \pm 3,78$. C'est uniquement 7,3% d'entre elles qui pensaient que la stérilisation ne pouvait être effectuée que chez une femme ayant déjà eu des enfants. Ce résultat laissait supposer que les étudiantes participantes savaient que le choix de recourir à la stérilisation leur appartenait, alors qu'une étude réalisée en 2019 révélait que les femmes souhaitant ne pas avoir d'enfants se voyaient souvent refuser la procédure par des médecins (61).

Pour ce qui est de la contraception d'urgence, les étudiantes ont obtenu une moyenne sur 20 de $14,35 \pm 4,20$. Elles étaient 71,4% à savoir que cette dernière pouvait être utilisée jusqu'à 72 ou 120 heures selon le type utilisé. Dans un mémoire réalisé en

2014 sur la contraception des jeunes adultes, c'est au contraire 68,1% des femmes interrogées qui pensaient que la contraception d'urgence ne pouvait être prise que le lendemain du rapport sexuel (62). On constate donc une nette amélioration des connaissances des jeunes femmes à ce sujet. C'est seulement 20,7% des étudiantes interrogées qui savaient que le DIU au cuivre pouvait être utilisé en tant que contraceptif d'urgence alors que dans ce même mémoire, elles étaient seulement 2,7% à le savoir. Ce taux relativement faible pourrait s'expliquer par les idées reçues qui peuvent persister avec d'une part le terme de « pilule du lendemain » encore utilisé aujourd'hui ou encore le refus de pose d'un stérilet aux femmes nullipares. Néanmoins, 90,8% des étudiantes étaient sensibilisées au fait que la contraception d'urgence était disponible gratuitement et anonymement dans les CPEF, SSU et infirmeries scolaires et seulement 2,9% d'entre elles pensaient qu'il était nécessaire d'avoir une prescription pour s'en procurer une. Ces résultats sont très encourageants et supposent que les actions de prévention effectuées notamment lors de la scolarité ont permis aux jeunes femmes de savoir où se diriger afin d'éviter une grossesse non désirée.

6. ANALYSE COMPARATIVE DES SCORES DE CONNAISSANCES SUITE À LA CONSULTATION

Les scores de connaissances des étudiantes de l'UCA ont été comparés avec différentes variables telles que l'âge, le domaine d'étude ou encore le professionnel menant la consultation.

Pour ce qui est du domaine d'étude, ce sont les étudiantes du domaine de la santé et de la biologie qui ont obtenu le meilleur score avec une moyenne sur 20 de $15,52 \pm 2,15$ avec un $p < 0,05$. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces dernières ont plus de connaissances vis-à-vis des enseignements qu'elles suivent ce qui a pu créer un biais d'informations.

Enfin, une analyse du taux de connaissances en fonction du professionnel de santé effectuant la consultation a permis de mettre en évidence que la moyenne obtenue était la plus haute lorsque la consultation était effectuée par une sage-femme avec un $p < 0,05$. On peut donc supposer que la consultation était alors plus ou moins riche en informations

en fonction du professionnel consulté. Le temps dédié à la consultation et l'écoute active des sages-femmes pourraient également influencer le niveau d'informations données. Les connaissances apprises hors de la consultation, c'est-à-dire par l'entourage, les médias ou les séances de prévention à la sexualité, n'ont pas été prises en compte et peuvent constituer un biais dans cette étude.

Toujours à propos du professionnel de santé, une analyse du niveau de satisfaction suite au déroulement de la consultation et des informations données a été réalisée. Il en ressort que les étudiantes étaient plus satisfaites lorsque la consultation était effectuée par une sage-femme avec des résultats statistiquement différents du niveau de satisfaction lorsque la consultation était réalisée par un gynécologue ou un médecin généraliste. Afin d'approfondir ce résultat, il aurait été pertinent de savoir pourquoi ces dernières étaient plus satisfaites en consultant une sage-femme.

7. PROJET D'ACTION

La consultation de contraception est un moment essentiel pour enrichir les connaissances des jeunes femmes sur l'ensemble de la palette contraceptive qui peut leur être proposée. Il est essentiel que plusieurs méthodes soient évoquées et surtout expliquées lors de la consultation afin que la femme puisse choisir la contraception qui lui conviendra le plus.

Comme nous avons pu le voir lors de notre étude, un certain nombre d'informations concernant son utilisation, son mode d'emploi ou même la conduite à tenir en cas de mésusage doivent être apprises ou rappelées lors de la prescription pour permettre une diminution du risque de grossesse non désirée passant notamment par une meilleure adhésion et observance au contraceptif choisi.

Pour ce faire, il pourrait être utile de revoir avec les professionnels les informations qu'ils ont l'habitude d'évoquer avec les jeunes femmes qu'ils rencontrent et les contraceptions qu'ils ont tendance à évoquer chez ce jeune public, tout ceci dans le but de sensibiliser au maximum les femmes à choisir la contraception qui leur conviendra

le mieux. Les résultats de notre étude leur seraient présentés afin d'améliorer le contenu de la consultation en ciblant au mieux les besoins des femmes.

De même, et afin d'améliorer les connaissances des étudiantes, il pourrait être envisageable de faire plus de prévention concernant à la fois la contraception et son utilisation mais également sur la sexualité d'une manière plus générale. Pour ce faire, on pourrait penser à réaliser plus de séances de prévention avec l'aide du planning familial par exemple.

Toujours dans l'objectif d'améliorer le contenu de la consultation et de la rendre la plus informative possible dans le peu de temps qui lui est imparti, il pourrait également être envisagé de créer de nouvelles affiches et prospectus à destination à la fois des jeunes femmes mais aussi des professionnels avec un récapitulatif des informations essentielles à ne pas oublier. Ces affiches, reprenant l'ensemble de la palette contraceptive et des informations capitales à retenir telles que la conduite à tenir en cas de mésusage ou la durée d'action de chaque contraceptif pourraient également être affichées dans les lieux principaux de passage des étudiantes telles que les cafétérias, halls d'entrée ou bibliothèques universitaires.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de réaliser un état des lieux des connaissances des étudiantes de l'UCA suite à la consultation. Avec un score de $14,96 \pm 2,20$ sur 20 toutes étudiantes confondues, on s'aperçoit que ces dernières ont de solides connaissances en matière de contraception. Néanmoins, ces résultats sont à prendre avec recul puisque l'ensemble des filières d'études n'ont pas pu être représentées dans cette enquête.

En ce qui concerne le contenu de la consultation de contraception, si certaines informations sont bien transmises aux patientes telles que le mode d'emploi, d'autres ne le sont que partiellement avec environ la moitié seulement des étudiantes qui ont été informées à propos de la conduite à tenir en cas d'oubli, les effets indésirables ou la durée d'action du contraceptif. D'autres renseignements sont encore moins présents lors de la prescription comme le remboursement par la sécurité sociale ou les motifs devant amener à consulter. Il y a donc des progrès à réaliser à propos du contenu de cette consultation qui reste capitale pour la femme. Le manque d'informations à propos du fonctionnement d'une contraception et des aléas qui peuvent survenir lors de son utilisation constituent une perte de chance auprès des femmes pouvant alors conduire à des grossesses non désirées.

Nous avons également pu voir que l'utilisation faite des contraceptifs commençait peu à peu à évoluer avec le temps, avec l'apparition de méthodes contraceptives auparavant peu employées chez les jeunes femmes comme le DIU, le SIU ou l'implant. Néanmoins, dans notre étude c'était la pilule qui était la contraception la plus utilisée.

De plus, une analyse des différentes méthodes proposées lors de la consultation a permis de s'apercevoir que les professionnels de santé proposaient plusieurs alternatives aux jeunes femmes. Ces méthodes étaient préférentiellement proposées en fonction de leur efficacité. Les méthodes les moins proposées se retrouvaient être la cape cervicale, le diaphragme ou encore les méthodes naturelles au contraire des pilules ou des dispositifs intra-utérins par exemple.

Malgré les résultats positifs de cette enquête, il est nécessaire de poursuivre les actions entreprises auprès des jeunes que ce soit par le biais des actions de prévention qui peuvent être réalisées plus tôt dans la scolarité mais également avec le déroulement de la consultation de contraception. Cette dernière doit être le plus enrichissante possible afin

de permettre à la jeune femme de faire un choix éclairé lui permettant par la suite d'éviter tout risque de grossesse non désirée.

Il pourrait être intéressant de réaliser une étude du côté des professionnels de santé, ceci permettant de mieux appréhender les difficultés pouvant être rencontrées lors de la consultation et ainsi d'améliorer au maximum la prise en charge des femmes. De même, la réalisation de fiches de rappels sur les principales informations à délivrer à destination des professionnels puis des patientes pourrait être envisagée afin d'optimiser au maximum le temps limité qui est dédié à la consultation et de ne rien oublier.

RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2007 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/LA_MEILLEURE_CONTRACEPTION_C_EST_CELLE_QUE_L_ON_CHOISIT.pdf
2. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). 2019 [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
3. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. Santé Publique France. 2017 [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception>
4. Haute Autorité de Santé (HAS). Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles
5. Décret n° 2022-258 du 23 février 2022 relatif à la participation des assurés aux frais liés à la contraception et aux frais liés aux passages dans les structures des urgences des établissements de santé - Légifrance [Internet]. JORF n°0049 (2022). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045245276>
6. Raccah-Tabeka B, Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017.
7. Santé Publique France. Mode d'emploi du préservatif masculin [Internet]. Santé Publique France. 2018 [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/depliant-flyer/mode-d-emploi-du-preservatif-masculin-en-francais>
8. Hassoun D. Contraceptions vaginales ou méthodes barrières féminines. Gynécologie [Internet]. 2021 [cité 22 mai 2021];13(1):1-6. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1064\(17\)67532-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1064(17)67532-7)
9. Faucher P, Hassoun D, Linet T. La contraception. Paris: Vuibert; 2019.
10. Santé Publique France. Choisir sa contraception [Internet]. Santé Publique France. 2021 [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/choisir-sa-contraception>
11. Gabriel R, Fevre A. Contraception estroprogestative. Gynécologie [Internet]. 2016 [cité 21 mars 2021];12(2):1-11. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1064\(16\)67235-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1064(16)67235-3)

12. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), École de Santé Publique Johns Hopkins Bloomberg. Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2011 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/fr/
13. Vidal. Nuvaring [Internet]. Vidal. 2021 [cité 15 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/nuvaring-23371.html>
14. Duranteau L. Contraception par progestatifs. EMC - Gynécologie [Internet]. 2017 [cité 17 mars 2021];3(1):1-12. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1064\(08\)44372-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1064(08)44372-4)
15. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
16. Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. La contraception en pratique: de la situation clinique à la prescription. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.
17. Simon C, Agier MS, Béné J, Muller C, Vrignaud L, Marret H, et al. Profil des effets indésirables de l'implant d'étonogestrel (Nexplanon®, Implanon®) déclarés en France. La Revue Sage-Femme [Internet]. 2017 [cité 20 mars 2021];16(3):205-13. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sagf.2017.04.007>
18. Linet T. Un nouveau site de pose pour l'implant contraceptif. Sages-Femmes. 2021;20(1):40-3.
19. Gronier H, Letombe B, Collier F, Dewailly D, Robin G. Mise au point sur la contraception intra-utérine en 15 questions-réponses. Gynécologie Obstétrique & Fertilité [Internet]. 2012 [cité 10 mars 2021];40(1):37-42. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.07.022>
20. Vidal F, Paret L, Linet T, Tanguy le Gac Y, Guerby P. Contraception intra-utérine. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie [Internet]. 2018 [cité 13 mars 2021];46(12):806-22. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.004>
21. Hamdaoui N, Cardinale C, Agostini A. La contraception d'urgence. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie [Internet]. 2018 [cité 11 mars 2021];46(12):799-805. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.006>
22. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie [Internet]. 2018 [cité 22 mai 2021];46(12):873-82. Disponible sur:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.002>

23. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie [Internet]. 2018 [cité 4 mars 2020];46(12):777-85. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.005>
24. Pourcelot A-G, Fernandez H. Techniques de contraception définitive féminine. Techniques chirurgicales - Gynécologie [Internet]. 2016 [cité 23 mai 2021];11(1):1-7. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S2211-0666\(16\)72542-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2211-0666(16)72542-4)
25. Marcelli F, Duflot T. Vasectomie en 2022 : matériel, technique et résultats. Progrès en Urologie - FMC [Internet]. 2022 [cité 6 avr 2022];32(1):F1-4. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1016/j.fpurol.2021.09.004>
26. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la Santé Publique [Internet]. JORF n°0302. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000880754/>
27. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, L'équipe F. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif? Population Societes [Internet]. 2014 [cité 4 mars 2020];511(5):1-4. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.3917/popsoc.511.0001>
28. Paitraud D. La contraception en France : utilisation de la pilule en baisse et diversification des méthodes [Internet]. Vidal. 2014 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/13768-la-contraception-en-france-utilisation-de-la-pilule-en-baisse-et-diversification-des-methodes.html>
29. Haute Autorité de Santé (HAS). Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). 2018 [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis
30. Duranteau L. Contraception des adolescentes. EMC, Gynécologie [Internet]. 2017 [cité 11 mars 2021];13(3):1-12. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1064\(17\)72922-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1064(17)72922-2)
31. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [cité 31 mai 2021];2(CD005215):1-105. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005215.pub3>
32. Santé Publique France. Un nouvel outil d'information pour mieux choisir sa méthode contraceptive [Internet]. Santé Publique France. 2020 [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/un-nouvel-outil-d-information-pour-mieux-choisir-sa-methode-contraceptive>

33. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie Associative, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Favoriser le dialogue sur la contraception [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2008. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_favoriser_le_dialogue_sur_la_contraception.pdf
34. Aubin C, Chambaud L, Jourdain-Menninger D. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 - Rapport de synthèse [Internet]. Vie Publique. 2009 [cité 23 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/27081-politiques-de-prevention-des-grossesses-non-desirees-prise-en-charge-ivg>
35. Lalas J, Garbers S, Gold MA, Allegrante JP, Bell DL. Young men's communication with partners and contraception use: a systematic review. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 2020 [cité 30 nov 2020];67(3):342-53. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.025>
36. Carter MW, Bergdall AR, Henry-Moss D, Hatfield-Timajchy K, Hock-Long L. A qualitative study of contraceptive understanding among young adults. *Contraception* [Internet]. 2012 [cité 30 nov 2020];86(5):543-50. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782412000996>
37. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. Lancement de la campagne « La contraception qui vous convient existe » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2013 [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/lancement-de-la-campagne-la-contraception-qui-vous-convient-existe>
39. Article L312-16 [Internet]. Code de l'Éducation (2016). Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032400741?init=true&p age=1&query=Article+L312-16+-+Code+de+1%27%C3%A9ducation&searchField=ALL&tab_selection=all
40. Hamdaoui N, Cardinale C, Agostini A. La contraception d'urgence. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* [Internet]. 2018 [cité 11 mars 2021];46(12):799-805. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.006>
41. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception d'urgence [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1754842/fr/contraception-d-urgence
42. Rahib D., Lydié N. Baromètre Santé Publique France 2016 Contraception : La

contraception d'urgence, des délais de prise toujours sous estimés [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/rapport-synthese/barometre-de-sante-publique-france-2016.-contraception.-la-contraception-d-urgence-des-dela-is-de-prise-toujours-sous-estimes>

43. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). 2020 [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmee-en>

44. Amsellem-Mainguy Y. Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. Revue des politiques sociales et familiales [Internet]. 2010 [cité 11 nov 2020];100(1):104-9. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2010_num_100_1_2531

45. Younès K, Buxeraud J. La pilule contraceptive en pratique. Actualités Pharmaceutiques [Internet]. 2012 [cité 22 mars 2021];51(513):39-43. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0515-3700\(12\)71150-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0515-3700(12)71150-3)

46. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. Gynécologie Obstétrique & Fertilité [Internet]. 2006 [cité 16 nov 2020];34(2):120-6. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958906000191>

47. Article L4151-1 [Internet]. Code de la Santé Publique (2016). Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930152/

48. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024686131/>

49. Article R4127-318 [Internet]. Code de Santé Publique (2012). Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026202949?isSuggest=true

50. Linet T. Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie [Internet]. 2018 [cité 30 mai 2021];46(12):792-8. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.009>

51. de Irala J, Osorio A, Carlos S, Lopez-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers. Contraception [Internet]. 2011 [cité 30 mai 2021];84(6):558-64. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.04.004>

52. Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Buffet N. Nouveautés en contraception. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

[Internet]. 2012 [cité 30 mai 2021];41(2):108-14. Disponible sur:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.09.033>

53. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Clinical practice guidelines for contraception by the French National College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* [Internet]. 2019 [cité 15 mai 2021];48(7):441-54. Disponible sur:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.04.009>

54. Gros C. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Paris]: Paris-Descartes; 2010 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593819/document>

55. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. *JORF n°0167 (2019)*. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879795

56. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Jeunes de 18 à 29 ans [Internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). 2019 [cité 5 avr 2022]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238379?sommaire=4238781>

57. Sgorlon L. La délivrance de l'information par le professionnel de santé à la patiente à propos de contraception: une étude descriptive transversale [Internet]. [Montpellier]: Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes; 2019 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02883692/document>

58. Hugo A. Les connaissances des étudiants sur la profession de sage-femme: enquête auprès de 2495 étudiants des universités [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Clermont-Ferrand]: Clermont Auvergne; 2016 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur:
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566848/document>

59. Dominguez S. Connaissances et comportements des jeunes de 18 à 24 ans des Bouches-du-Rhône face aux Infections Sexuellement Transmissibles et à l'utilisation des préservatifs masculins et féminins [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Aix Marseille]: Aix Marseille; 2020 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur:
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03001545/document>

60. Rannou C. Les connaissances et pratiques des jeunes femmes, de 20 à 24 ans, face à l'oubli de pilule. [Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Brest]: UFR de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest; 2019 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur:
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02187122/document>

61. Tillich E. « Libérées, délivrées ! » : stérilisées et sans enfant. *Ethnologie française* [Internet]. 2019 [cité 6 avr 2022];49(4):787-801. Disponible sur:
<https://dx.doi.org/10.3917/ethn.194.0787>

62. Solinhac A. La contraception des jeunes adultes : information, utilisation et satisfaction : à partir d'une étude menée auprès de jeunes femmes de 18 à 25 ans

[Internet] [Mémoire : Sage-Femme]. [Saint-Quentin-en-Yvelines]: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01004106>

ANNEXES

Annexe I – Questionnaire en ligne RedCap

Bonjour, je m'appelle Caroline Granger et je suis actuellement en dernière année à l'école de sages-femmes de Clermont- Ferrand.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête sur les connaissances des étudiantes clermontoises sur la contraception et les informations qui leur sont apportées lors de la consultation de contraception.

Le questionnaire que je vous demande de remplir vous prendra peu de temps et restera anonyme.

Il s'adresse uniquement aux femmes majeures, étudiantes à l'Université Clermont Auvergne et ayant déjà suivi une consultation de contraception que ce soit avec une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste.

Une fois le questionnaire envoyé, vous aurez la possibilité d'accéder à des informations et notamment aux réponses des questions précédemment posées afin d'améliorer vos connaissances en matière de contraception.

Je vous remercie de votre participation. Si vous avez des questions concernant le questionnaire, je suis disponible via cette adresse mail : XXXXXXXX

Généralités sur la palette contraceptive

1. Quel âge avez-vous ?
 - Entre 18 et 20 ans
 - Entre 20 et 25 ans
 - Plus de 25 ans

2. Où étudiez-vous à l'UCA ?
 - UFR Lettres, Cultures, Sciences Humaines
 - UFR Langues, Cultures et Communication
 - UFR Psychologie, Sciences Sociales, Sciences de l'Éducation
 - Institut National Supérieur du Professorat et de l'Éducation
 - École d'économie
 - IAE Clermont Auvergne – School of Management
 - École de Droit
 - École d'Informatique

- Polytech Clermont Auvergne
- Sigma Clermont
- UFR Biologie
- UFR de Médecine et des Professions Paramédicales
- UFR d'Odontologie
- UFR de Pharmacie
- UFR de Chimie
- UFR Mathématiques
- École Universitaire de Physique et d'Ingénierie
- École de l'Observatoire Physique du Globe
- IUT Clermont Auvergne
- UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

3. De quelle(s) méthode(s) contraceptive(s) avez-vous déjà entendu parlé ?

- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Pilule œstro-progestative (une semaine d'arrêt entre les plaquettes)
- Pilule progestative (enchaînement des plaquettes sans arrêt)
- Anneau vaginal
- Patch contraceptif
- Implant
- Dispositif intra-utérin au cuivre (« stérilet au cuivre »)
- Système intra-utérin hormonal (« stérilet hormonal »)
- Cape cervicale
- Diaphragme
- Spermicides
- Méthodes naturelles (retrait, température..)
- Méthode définitive (stérilisation)
- Aucune méthode

4. Quelle(s) méthode(s) contraceptive(s) avez-vous déjà utilisé ?

- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Pilule œstro-progestative (une semaine d'arrêt entre les plaquettes)

- Pilule progestative (enchaînement des plaquettes sans arrêt)
- Anneau vaginal
- Patch contraceptif
- Implant
- Dispositif intra-utérin au cuivre (« stérilet au cuivre »)
- Système intra-utérin hormonal (« stérilet hormonal »)
- Cape cervicale
- Diaphragme
- Spermicides
- Méthodes naturelles (retrait, température..)
- Méthode définitive (stérilisation)
- Aucune méthode

5. Avez-vous déjà utilisé d'autre(s) méthode(s) contraceptive(s) ?

- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Pilule œstro-progestative (une semaine d'arrêt entre les plaquettes)
- Pilule progestative (enchaînement des plaquettes sans arrêt)
- Anneau vaginal
- Patch contraceptif
- Implant
- Dispositif intra-utérin au cuivre (« stérilet au cuivre »)
- Système intra-utérin hormonal (« stérilet hormonal »)
- Cape cervicale
- Diaphragme
- Spermicides
- Méthodes naturelles (retrait, température..)
- Méthode définitive (stérilisation)
- Aucune méthode

Votre consultation de contraception

6. Qui a réalisé votre dernière consultation de contraception ?

- Une sage-femme

- Un médecin généraliste
 - Un gynécologue
 - Ne sait pas
7. De quand date votre dernière consultation de contraception ?
- Moins de 6 mois
 - Entre 6 mois et 1 an
 - Plus de 1 an
8. Où avez-vous réalisé votre ou vos consultation(s) de contraception ?
- En cabinet libéral
 - A l'hôpital public
 - A l'hôpital privé
 - Au SSU (Service de Santé Universitaire)
 - En centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile)
 - Au planning familial
9. Quelle(s) méthode(s) contraceptive(s) ont été évoquée(s) ou proposée(s) par le professionnel de santé lors de votre consultation de contraception ?
- Préservatif masculin
 - Préservatif féminin
 - Pilule œstro-progestative (une semaine d'arrêt entre les plaquettes)
 - Pilule progestative (enchaînement des plaquettes sans arrêt)
 - Anneau vaginal
 - Patch contraceptif
 - Implant
 - Dispositif intra-utérin au cuivre (« stérilet au cuivre »)
 - Système intra-utérin hormonal (« stérilet hormonal »)
 - Cape cervicale
 - Diaphragme
 - Spermicides
 - Méthodes naturelles (retrait, température..)
 - Méthode définitive (stérilisation)
 - Aucune méthode

10. Parmi les propositions suivantes, quelles informations avez-vous reçues à propos de la méthode contraceptive que vous aviez choisie lors de la consultation ?
- Son mode d'emploi
 - La conduite à tenir en cas d'oubli ou de mauvais usage
 - Ses effets indésirables
 - Sa durée d'action
 - Son remboursement par la Sécurité Sociale
 - Les motifs devant amener à consulter
11. Pensez-vous avoir été suffisamment informée lors de votre consultation de contraception à propos de la méthode contraceptive que vous avez choisie ?
- Oui
 - Non
12. Qu'auriez-vous aimé connaître en plus (à propos de la méthode que vous avez choisie) ?
- Son mode d'emploi
 - La conduite à tenir en cas d'oubli ou de mauvais usage
 - Ses effets indésirables
 - Sa durée d'action
 - Son remboursement par la Sécurité Sociale
 - Les motifs devant amener à consulter
 - Autres
13. Si autres, précisez :
14. Sur une échelle de 0 à 10 (0 = pas du tout satisfaite, 10 = très satisfaite), quelle note mettriez-vous à votre consultation de contraception vis-à-vis des informations qui vous ont été données ?

Quizz sur vos connaissances en matière de contraception

15. A propos du préservatif :
- C'est le seul moyen de contraception efficace contre les IST

- Il est très efficace en pratique dans la prévention des grossesses non désirées
- Le préservatif féminin doit absolument être mis juste au moment du rapport sexuel
- Le préservatif féminin peut être mis plusieurs heures avant le rapport sexuel
- Le préservatif masculin doit être mis juste au moment de la pénétration

16. A propos des pilules contraceptives

- Pour les pilules avec une semaine d'arrêt entre les plaquettes, je ne suis plus protégées lors de la semaine d'arrêt du risque de grossesse car je ne prends plus d'hormones, je dois donc me protéger avec un préservatif
- Un délai de retard de maximum 12h est autorisé pour la majorité des pilules
- Un délai de retard de maximum 18h est autorisé pour la majorité des pilules
- Si je vomis ou que j'ai la diarrhée dans les 4h après la prise, je suis à risque de grossesse
- Si je vomis ou que j'ai la diarrhée dans les 8h après la prise, je suis à risque de grossesse

17. A propos du patch contraceptif :

- Il peut être mis sur n'importe quelle zone du corps
- Il faut le changer tous les jours
- Il est nécessaire d'en mettre un par semaine pendant trois semaines puis de ne pas en mettre pendant une semaine
- Il doit être mis en place juste avant le rapport sexuel

18. A propos de l'anneau contraceptif :

- Il se place dans le vagin
- Il se place dans l'utérus
- Il doit être mis en place par un professionnel de santé
- Il est mis en place pendant trois semaines avant de le retirer pour une semaine
- Il doit être mis en place juste avant le rapport sexuel

19. A propos de l'implant contraceptif :

- Il se met en place au niveau de la cuisse
- Il se met en place au niveau du bras

- Il est utile de le palper de temps en temps pour vérifier sa bonne position
- Il peut être laissé en place pour une durée maximale de 1 an
- Il peut être laissé en place pour une durée maximale de 3 ans

20. A propos du stérilet :

- Comme son nom l'indique, il peut rendre stérile
- Il peut être utilisé chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant
- Il en existe de deux types : un avec des hormones et un sans hormone
- Il peut être laissé en place entre 3 et 10 ans maximum en fonction du modèle
- Il peut être laissé en place entre 1 et 2 ans maximum en fonction du modèle

21. A propos des méthodes barrières (préservatifs, capes cervicales, diaphragmes et spermicides) :

- Elles sont tout aussi efficaces que les autres méthodes précédemment citées
- Il faut les mettre en place avant chaque rapport sexuel
- La cape cervicale ou le diaphragme doivent être mis en place jusqu'à maximum 2h avant le rapport sexuel
- Après le rapport, il faut immédiatement retirer la cape cervicale ou le diaphragme
- Pour améliorer l'efficacité du diaphragme ou de la cape, il est nécessaire d'utiliser en plus des spermicides

22. A propos des méthodes naturelles et des méthodes définitives :

- Les méthodes naturelles comprennent notamment le retrait ou encore l'observation de la glaire
- Les méthodes naturelles sont considérées comme très efficaces
- La contraception définitive, c'est-à-dire la stérilisation, ne peut pas être effectuée chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant
- La contraception définitive peut être réalisée chez toute personne majeure, après qu'elle ait été informée sur le sujet par un professionnel de santé

23. A propos de la contraception d'urgence :

- On l'appelle « pilule du lendemain » car elle n'est efficace que dans la journée suivant le rapport

- Elle est efficace jusqu'à 72h ou 120h après le rapport sexuel en fonction du type utilisé
- Le stérilet au cuivre peut être utilisé comme méthode de contraception d'urgence
- Il est nécessaire d'avoir une prescription médicale pour se procurer une contraception d'urgence en pharmacie
- On peut en trouver gratuitement et anonymement dans les centres de planification familiale, services de santé universitaires et infirmeries scolaires

24. Parmi les questions posées précédemment et à propos de la contraception qui vous a été prescrite, pensez-vous qu'il y a des informations auxquelles vous n'avez pas su répondre et qui aurait pu vous être apprises lors de votre consultation ?

- Oui
- Non

25. A propos de quelle(s) méthode(s) contraceptive(s) pensiez-vous ne pas être assez informée lors de la consultation après avoir répondu aux questions ?

- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Pilule œstro-progestative (une semaine d'arrêt entre les plaquettes)
- Pilule progestative (enchaînement des plaquettes sans arrêt)
- Anneau vaginal
- Patch contraceptif
- Implant
- Dispositif intra-utérin au cuivre (« stérilet au cuivre »)
- Système intra-utérin hormonal (« stérilet hormonal »)
- Cape cervicale
- Diaphragme
- Spermicides
- Méthodes naturelles (retrait, température..)
- Méthode définitive (stérilisation)

Annexe II – Réponses aux questions

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire ! Vous trouverez ci-dessous des informations vous permettant de répondre aux questions précédemment posées et ainsi améliorer vos connaissances sur l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles. Bonne lecture !

A propos du préservatif :

C'est le seul moyen de protection efficace contre les IST, donc à utiliser à chaque rapport et ce dès le début des contacts sexuels.

Il en existe de deux types : masculin et féminin. Ces deux types de préservatifs sont efficaces seulement si leur utilisation est parfaite (respect du mode d'emploi et de la date de péremption, le placer avant tout contact avec la vulve, se retirer avant de perdre l'érection tout en le maintenant à la base du pénis, utilisation à chaque rapport...).

Le préservatif masculin doit être mis dès le début des contacts sexuels et pas seulement au moment de la pénétration. Le préservatif féminin peut quant à lui être mis en place dans le vagin jusqu'à 8 heures avant le rapport sexuel.

A propos des pilules contraceptives :

Il en existe deux types en fonction des hormones qu'elles contiennent : oestro-progestative et progestative. La principale différence entre ces deux types de pilules se fait dans leur utilisation :

- Les pilules oestro-progestatives contiennent 28 comprimés par plaquette mais lors de la dernière semaine, ces comprimés sont des comprimés dits « placebo » c'est-à-dire ne contenant pas d'hormones. Lors de cette semaine d'arrêt entre deux plaquettes, la femme continue d'être protégée du risque de grossesse, dans le cas où la prise de la pilule s'est faite correctement et sans retard de prise durant le mois.
- Les pilules progestatives contiennent elles aussi 28 comprimés mais il n'y a pas de semaine d'arrêt, il faut enchaîner les plaquettes sans jamais s'arrêter.

Dans ces deux cas, certaines règles sont à respecter pour éviter tout risque de grossesse non désirée : prise régulière, tous les jours et à heure fixe. Le délai de retard maximum autorisé pour la majorité des pilules est de 12h.

Il faut également savoir que des diarrhées ou vomissements dans les 4h suivant la prise de la pilule ou encore l'utilisation de traitements (antiépileptiques, millepertuis...) peuvent diminuer l'efficacité de la contraception. Dans ce cas-là, il sera nécessaire de prendre un nouveau comprimé et de consulter afin de savoir s'il existe un risque ou non de grossesse et connaître la démarche à suivre.

A propos du patch contraceptif :

Le patch est aussi une contraception oestro-progestative. Il doit être changé chaque semaine pendant 3 semaines, puis on laissera 1 semaine sans patch. Ce patch se colle sur des zones non soumises aux frottements des vêtements : abdomen, fesses, face externe des bras (mais pas sur les seins !). Cette zone devra être changée à chaque renouvellement de patch.

C'est une contraception qui n'est pas remboursé (en moyenne 15€ pour 3 semaines).

A propos de l'anneau contraceptif :

Encore une fois c'est une contraception oestro-progestative reposant sur le même principe. L'anneau se place au fond du vagin par la femme et non par un professionnel de santé pour une durée de 3 semaines. De la même manière, il sera retiré pour 1 semaine d'arrêt et ainsi de suite. L'anneau n'est pas remboursé (en moyenne 16€ par mois).

A propos de l'implant contraceptif :

L'implant est inséré par un professionnel de santé juste sous la peau sur la face interne du bras. Avant son insertion, le professionnel pourra vous prescrire des anesthésiques. L'implant peut être laissé en place jusqu'à 3 ans, ensuite il sera nécessaire de reprendre rendez-vous pour le renouveler (ou choisir une autre contraception si vous le souhaitez).

A propos du stérilet (dispositif intra-utérin) :

Le stérilet ne rend pas stérile et il est possible de le poser aux femmes n'ayant jamais eu d'enfant. Le stérilet est inséré dans l'utérus lors d'une consultation avec un professionnel et il peut être laissé en place entre 3 et 10 ans selon les modèles. Il en existe deux types : un contenant du cuivre et un second hormonal.

A propos des méthodes barrières (préservatifs, cape cervicale, diaphragme et spermicides) :

Ces méthodes sont moins efficaces en pratique que les méthodes précédemment citées et doivent être utilisées avant chaque rapport sexuel.

La cape cervicale et le diaphragme sont deux dispositifs que l'on place au fond du vagin pour empêcher le passage des spermatozoïdes dans l'utérus. Pour être efficaces, ils doivent toujours être utilisés en association avec des spermicides (sous forme de crèmes ou ovules et qui détruisent les spermatozoïdes). La cape ou le diaphragme pourra être mis en place jusqu'à 2h avant le rapport

sexuel mais il faudra attendre au moins 6h pour l'enlever. Quant aux spermicides, ils devront être utilisés juste avant le rapport sexuel.

A propos des méthodes naturelles et définitives :

Les méthodes naturelles sont considérées comme étant très peu efficaces et doivent donc être utilisées pour planifier une grossesse. Elles comprennent notamment la méthode du retrait, du contrôle de la température ou encore de la glaire cervicale.

La contraception définitive, c'est-à-dire la stérilisation, peut être effectuée chez toute personne majeure, après qu'elle ait été informée sur le sujet par un professionnel de santé. Un délai de réflexion de 4 mois entre la consultation et la réalisation de l'acte devra être respecté.

A propos de la contraception d'urgence :

Il existe trois types de contraception d'urgence : deux types de pilules et le stérilet au cuivre. Contrairement au nom « pilule du lendemain », ces pilules ne sont pas efficaces seulement dans la journée suivant le rapport sexuel. En fonction du type utilisé, elles peuvent être prises jusqu'à 72h ou 120h après le rapport sexuel à risque. Le stérilet au cuivre peut également être utilisé en tant que contraceptif d'urgence dans le cas où celui-ci serait posé dans les 5 jours suivant le rapport sexuel. Il n'est pas nécessaire d'avoir une prescription pour se procurer une contraception d'urgence en pharmacie, mais sans celle-ci et si vous êtes majeure, elle restera payante. Il est possible de s'en procurer gratuitement et anonymement dans les centres de planification familiale, services de santé universitaires et infirmeries scolaires.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous rendre sur ce site : <https://questionsexualite.fr>

Annexe III – Lettre d’information

LETTRE D’INFORMATION ET DE NON OPPOSITION À LA RÉALISATION DE L’ÉTUDE

Bonne utilisation des contraceptifs et information par les professionnels de santé : les connaissances des étudiantes clermontoises suite à la consultation de contraception

Investigateurs :

- XXXX, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de XXXX, sage-femme enseignante à l’école de sages-femmes de Clermont-Ferrand et de Recherche Clinique en Périnatalité au CHU Estaing
- Sous la co-direction de XXXX, sage-femme coordinatrice au CHU Estaing

Madame,

Vous êtes invitée à participer à une étude dont l’intitulé est « Bonne utilisation des contraceptifs et information par les professionnels de santé : les connaissances des étudiantes clermontoises suite à la consultation de contraception ».

Cette étude est engagée au sein de l’Université Clermont Auvergne (UCA). Elle s’inscrit dans le cadre d’un travail de recherche de fin d’études d’une étudiante sage-femme XXXX. Cette étude est sous la responsabilité de XXXX (sage-femme enseignante à l’école de sages-femmes de Clermont-Ferrand et de Recherche Clinique en Périnatalité au CHU Estaing) et sous la co-direction de XXXX (sage-femme coordinatrice au CHU Estaing).

1. Pourquoi cette étude

Aujourd’hui encore, le schéma contraceptif reste figé avec l’utilisation de préservatifs en début de vie sexuelle, puis de la pilule avec la stabilisation du couple pour finir par un stérilet après la grossesse. 78,1% des 20-24 ans utilisent la pilule ou le préservatif ou les deux associés. On observe que l’adhésion des jeunes femmes à la pilule n’est pas toujours parfaite. De multiples causes peuvent être trouvées comme le manque de choix lors de la consultation de contraception, le manque de connaissances sur la bonne utilisation des

contraceptifs et leurs causes d'échecs (diarrhées et vomissements après la prise, mauvais usage, retard de prise...). Cette dernière reste encore sous utilisée en raison du manque d'identification du risque de grossesse et de la méconnaissance de son utilisation.

Cette étude, permettra d'évaluer vos connaissances et de savoir si les informations qui vous ont été données lors de la consultation de contraception, suffisent à une bonne utilisation des contraceptions ou si certaines sont manquantes.

2. L'étude en pratique

Pour la réalisation de cette étude, un questionnaire en trois parties (généralités, connaissances sur la contraception et déroulement de la consultation) réalisé via le logiciel Redcap est envoyé à l'ensemble de l'Université Clermont Auvergne (UCA) par mail ENT (Environnement Numérique de Travail). Celui-ci concerne uniquement les étudiantes clermontoises appartenant à l'UCA et ayant déjà eu une consultation de contraception chez un professionnel de santé. Aucune transmission de coordonnées ne sera faite. Le questionnaire est réalisé de façon anonyme et un consentement est recueilli avant la réalisation du test.

3. Confidentialité et sécurité des données

Un numéro d'anonymat sera attribué pour chaque participante. Les personnes impliquées dans l'étude sont soumises au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

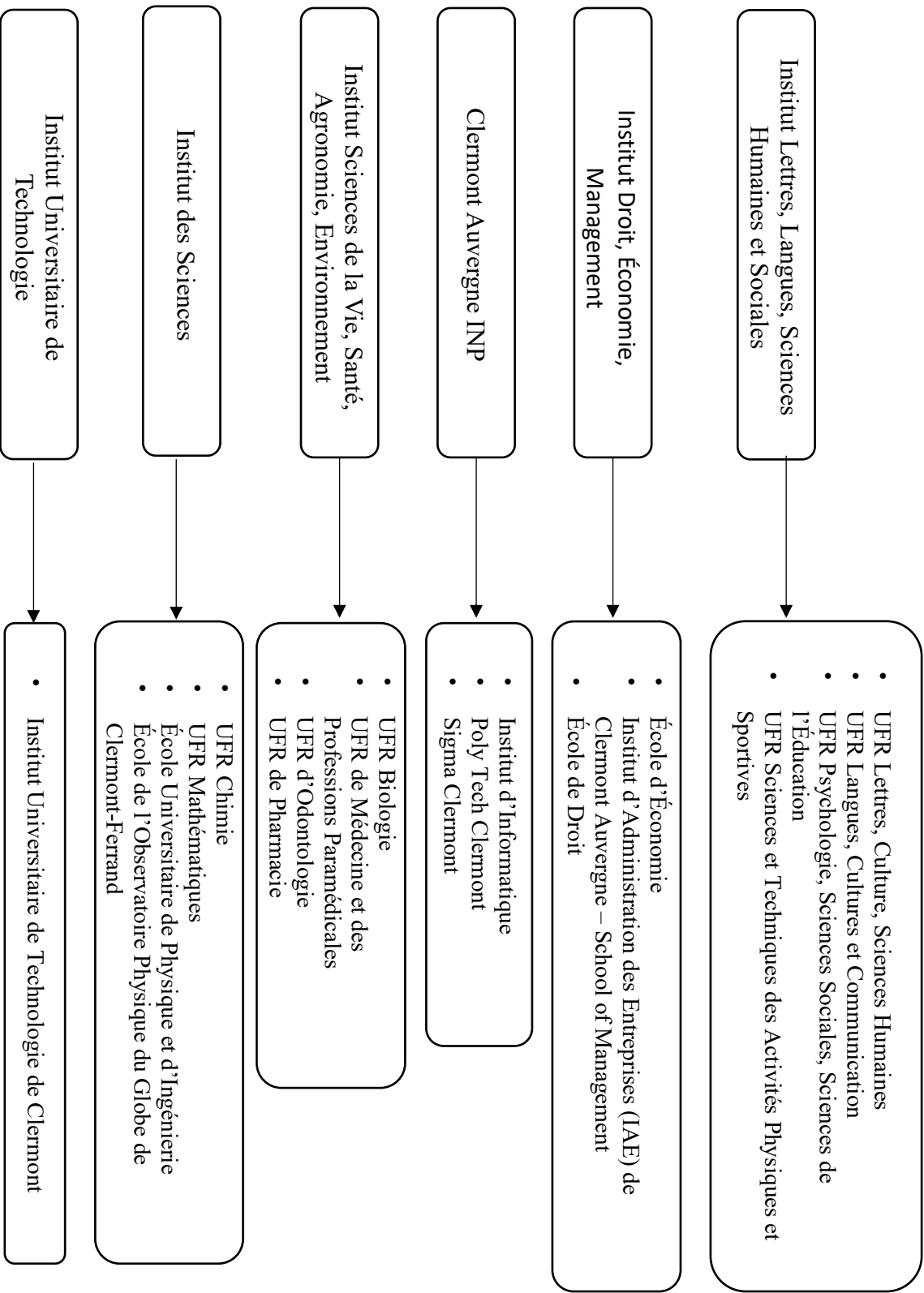
Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à XXXX (École de sages-femmes, 28 place Henri Dunant BP38, 63001 Clermont-Ferrand).

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : XXXX, étudiante sage-femme.

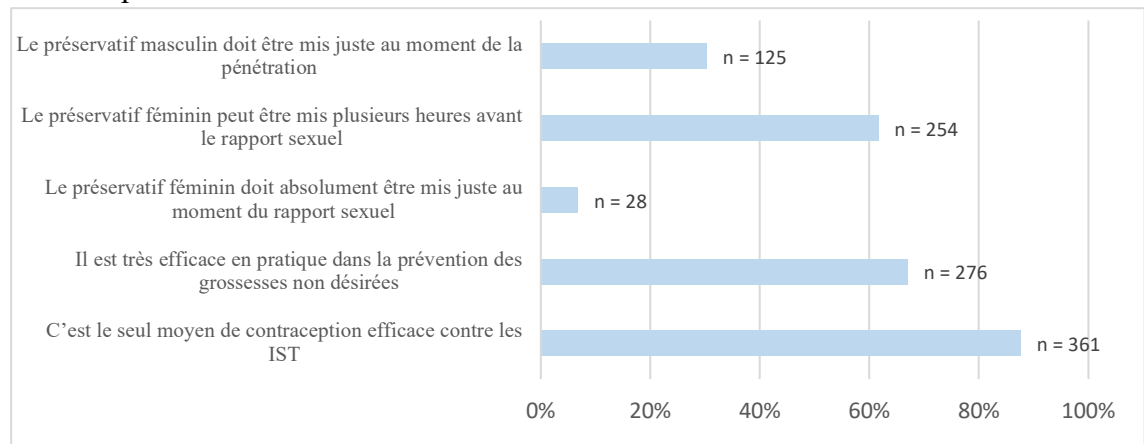
Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, XXXX ; CHU DQGRDU, 58 rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand).

Annexe IV – Composantes de l'Université Clermont Auvergne

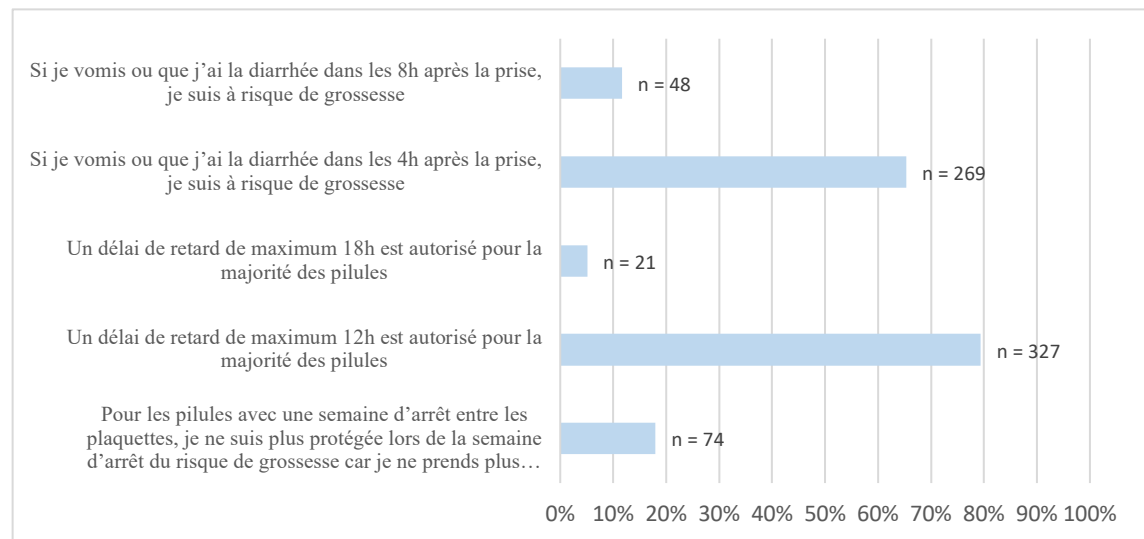


Annexe V – Réponses des étudiantes au questionnaire

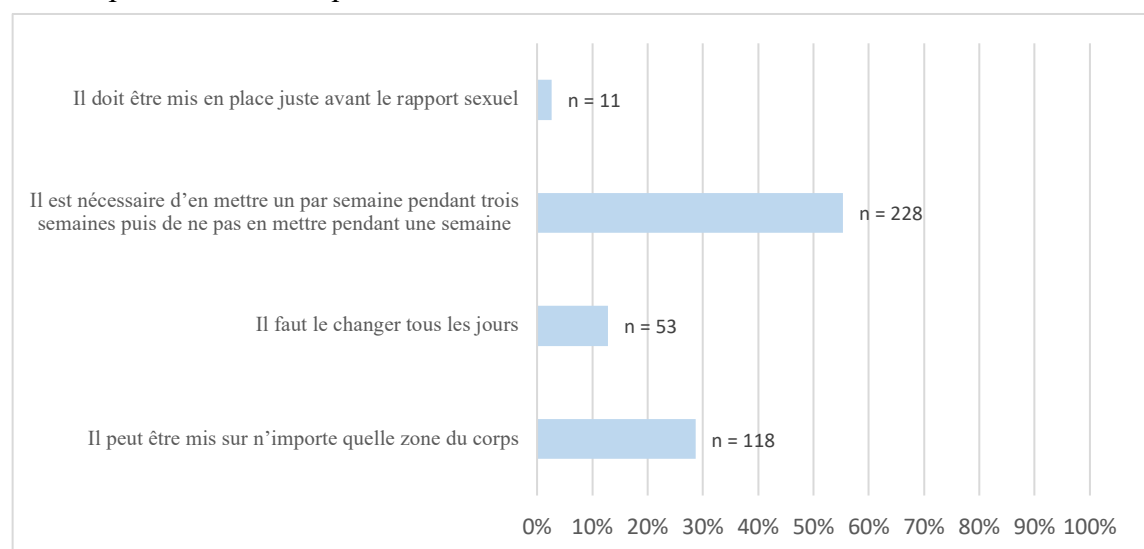
Pour les préservatifs :



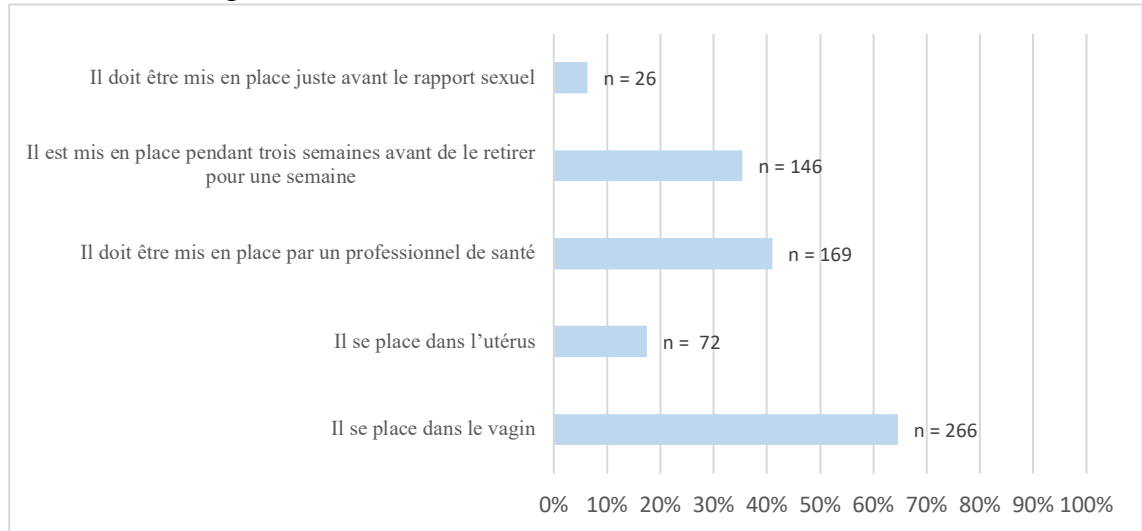
Pour les pilules contraceptives :



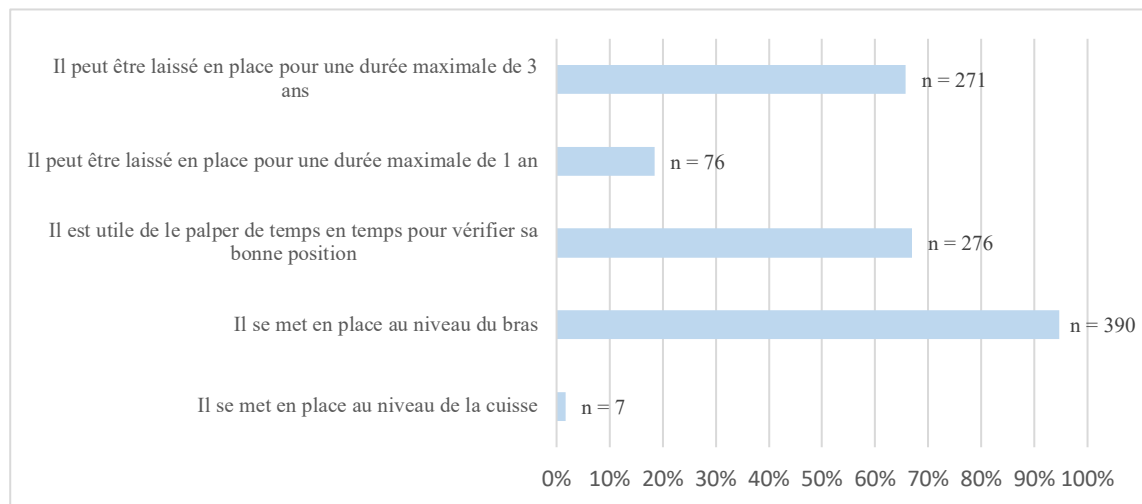
Pour le patch transdermique :



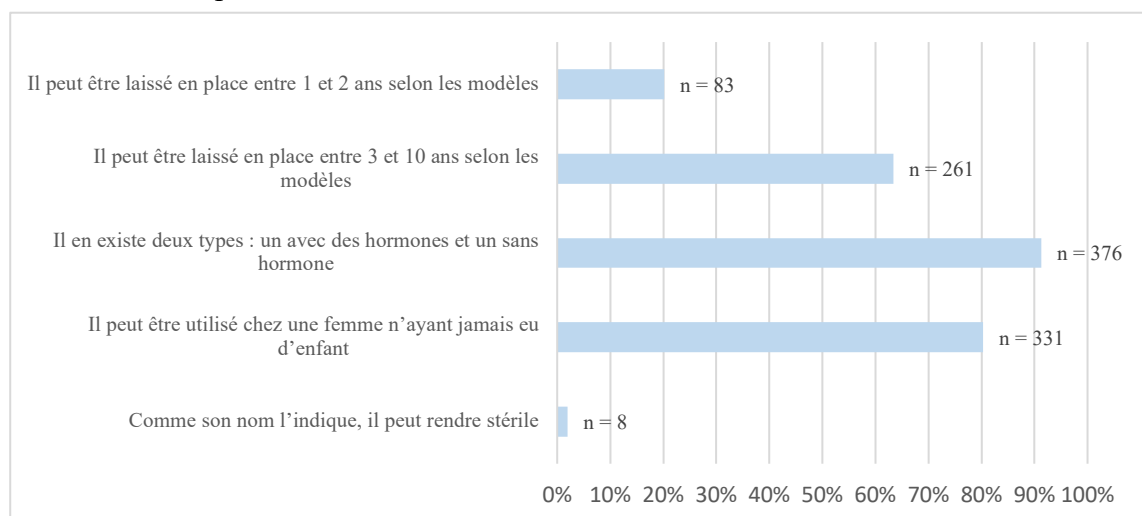
Pour l'anneau vaginal :



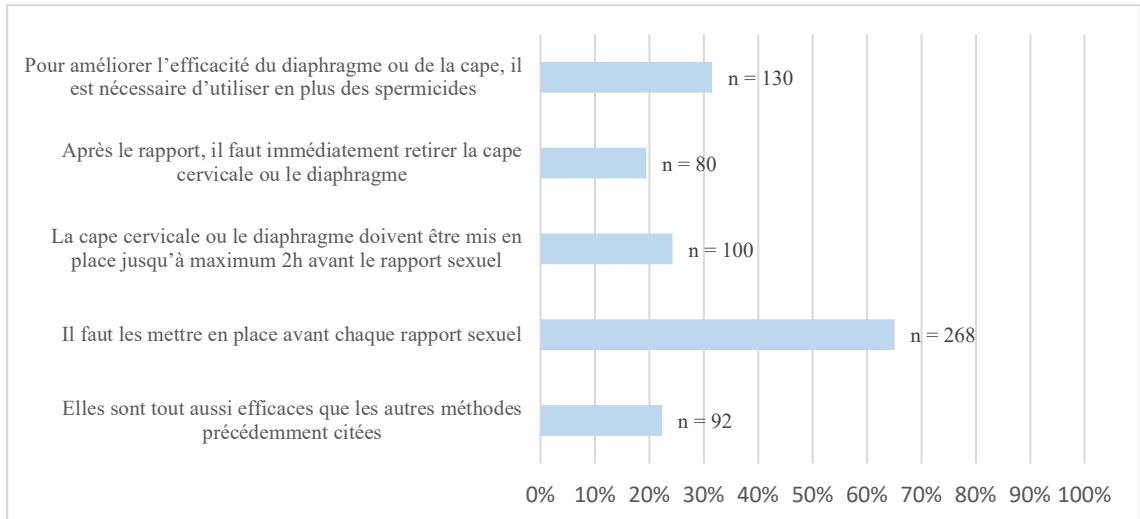
Pour l'implant contraceptif :



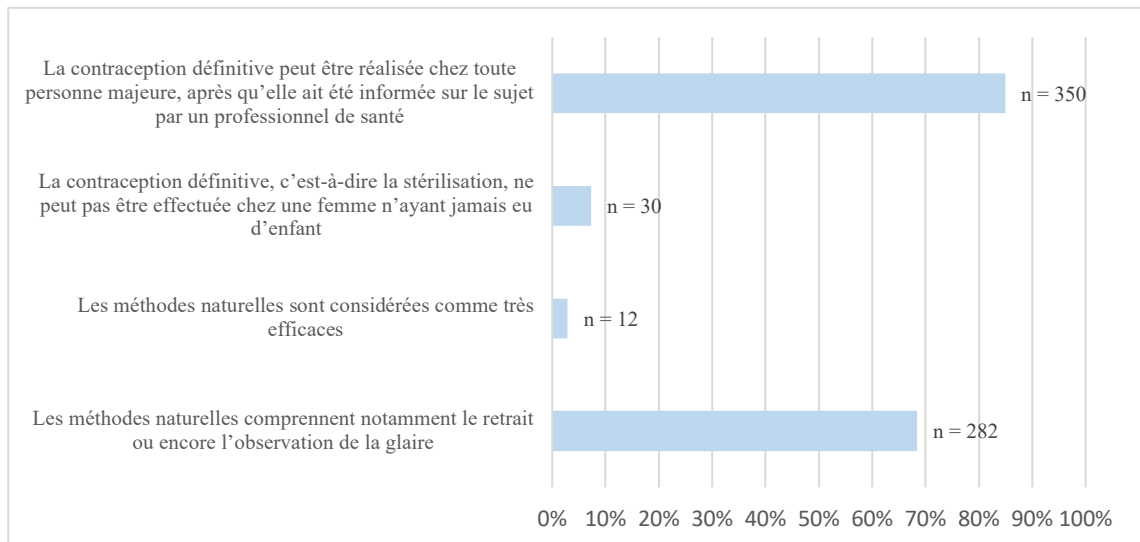
Pour la contraception intra-utérine :



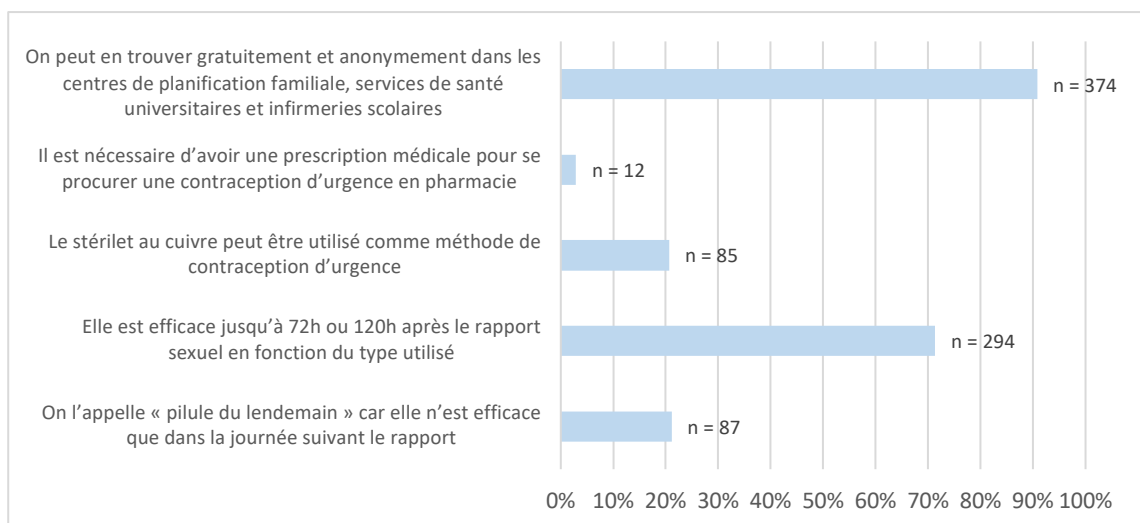
Pour les méthodes barrières :



Pour les méthodes naturelles et définitive :



Pour la contraception d'urgence :



RÉSUMÉ

Introduction : La consultation de contraception est un moment essentiel dédié au choix d'un contraceptif le plus adapté possible et permettant ainsi aux jeunes femmes d'enrichir leurs connaissances sur ce sujet.

Méthode : Étude épidémiologique observationnelle descriptive auprès de 412 étudiantes à l'Université Clermont Auvergne suite à l'envoi de questionnaires anonymes via les scolarités par mail.

Résultats : Le score de connaissances moyen des étudiantes interrogées toute catégorie confondue s'élevait à $14,96 \pm 2,20$ sur 20. Des différences statistiquement significatives du taux de connaissances ont été retrouvées en fonction de l'âge, du domaine d'étude ainsi que du professionnel de santé menant la consultation.

Discussion : Les informations données lors de la consultation semblent être absolument nécessaires à une bonne utilisation du contraceptif par la suite or certaines ne sont pas ou peu évoquées lors de cette dernière. C'est donc une consultation bien menée qui permettra aux jeunes femmes d'enrichir leurs connaissances à la suite des actions de prévention menées plus tôt dans leur scolarité.

Conclusion : Les jeunes femmes ont de solides connaissances en matière de contraception. Néanmoins, des efforts restent à fournir afin de poursuivre sur cette voie et d'offrir à chacune la contraception qui lui convient le mieux. C'est l'information par les professionnels lors de la consultation qui sera essentiel afin de parvenir à cet objectif.

Mots-clés : connaissances étudiantes / contraception / consultation / professionnel

ABSTRACT

Introduction : The contraceptive consultation is an essential moment dedicated to the choice of the most suitable contraceptive possible and thus allowing young women to enrich their knowledge on this subject.

Method : Descriptive observational epidemiological study with 412 female students at the University of Clermont Auvergne following the sending of anonymous questionnaires by email

Results : The average knowledge score of female students questioned, all categories combined, was $14,96 \pm 2,20$ out of 20. Statistically significant differences in the knowledge rate were found according to age, field of study as well as of the healthcare professional conducting the consultation.

Discussion : The information given during the consultation seems to be absolutely necessary for the proper use of the contraceptive afterwards, but some are not or hardly mentioned during the latter. It is therefore a well-conducted consultation that will allow young women to enrich their knowledge following the prevention actions carried out earlier in their schooling.

Conclusion : Young women have solid knowledge about contraception. Nevertheless, efforts are still needed to continue on this path and to offer everyone the contraception that suits them best. It is the information from the professionals during the consultation that will be essential in order to achieve this objective.

Keywords : student knowledge / contraception / consultation / professional