

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Spécialité : **MEDECINE GENERALE**

Par

Pauline Potier-Robert

Née le 27/02/1983 à Chambray lès Tours

Présentée et soutenue publiquement le 12 septembre 2013.

Difficultés d'accès à l'information et à la prescription de la contraception des mineures consultant pour une IVG.

Etude prospective menée dans les centres de planification et d'éducation
familiale de Tours, Amboise, Blois et Romorantin.

Jury

Président du jury : **Monsieur le Professeur Gilles BODY**

Membres du jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

Monsieur le Professeur Franck PERROTIN

Madame le Docteur Sylvie OSTERREICHER

Monsieur le Professeur Dominique HUAS

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J.
BARSOTTIA. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L.
CASTELLANI J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A.GOUAZE - M. JAN –P. JOBARD - J.-P.
LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC - J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y.
LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.METMAN - J. MOLINE - Cl. MORAINÉ -
H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL -Ph.RAYNAUD – JC. ROLLANDCh.
ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie

	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire

M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
MM.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

A notre maître et président de thèse,

Monsieur le Professeur Gilles Body,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier,

Chef de service de Gynécologie du CHRU de Tours,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A nos juges,

Madame le Professeur Lehr-Drylewicz,

Professeur des Universités de Médecine Générale de la faculté de médecine de Tours,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vos qualités d'enseignement et votre implication dans la formation en médecine générale sont pour moi des exemples. Soyez assurée de ma plus grande considération.

Monsieur le Professeur Franck Perrotin,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier,

Chef de service d'Obstétrique du CHRU de Tours,

Veillez accepter mes plus sincères remerciements pour m'avoir fait l'honneur de juger ce travail et soyez assuré ici de toute mon estime.

Madame le Docteur Sylvie Osterreicher,

Chef de service du centre de planification et d'éducation familiale du CH de Blois,

Vous m'avez accueillie avec une grande gentillesse et une grande disponibilité au sein de votre service. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement. Vos valeurs et votre grande qualité d'écoute sont des exemples que je m'efforcerai de suivre dans ma pratique. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Dominique Huas,

Professeur associé de Médecine Générale de la faculté de médecine de Tours,

Vous m’avez fait l’honneur d’accepter de diriger cette thèse. Merci de m’avoir fait confiance. Votre disponibilité, votre écoute et vos conseils m’ont été précieux. Soyez assuré de ma plus profonde gratitude.

Aux docteurs,

Christine Allais, chef de service de médecine interne du CH de Châteauroux,
Véronique Dardaine, chef de service de l'EHPAD Ermitage, CHRU Tours,
Louis Soulas, chef de service des Urgences du CH de Châteauroux,
Katherine Dieckmann, chef de service de Pédiatrie du CH de Blois,
Et toutes les équipes médicales et paramédicales, pour leur accueil et leurs enseignements.

Guy Turpin, Robert Thévoz, Gérard Loiseau et Philippe Rosquet, mes maîtres de stage en médecine générale. Pour m'avoir ouvert les portes de vos cabinets médicaux, et parfois même de vos familles, et pour m'avoir fait confiance. Merci d'avoir partagé avec moi vos connaissances et votre expérience.

Nathalie Trignol-Viguié, chef de service des centres d'orthogénie du CHRU de Tours et du CH d'Amboise, pour avoir accepté de participer à l'étude, pour votre aide et vos conseils.

François Payan, pour m'avoir transmis ta passion pour ce métier depuis ma plus tendre enfance.

Christophe Geniès, Philippe Giraud et Thibaud Gaillard. Pour m'avoir si bien accueillie et intégrée dans votre équipe. Votre expérience, votre disponibilité, votre bonne humeur m'apportent beaucoup de sérénité pour mes premiers pas de jeune médecin. J'apprends beaucoup à vos côtés. Je n'aurais pu espérer meilleure collaboration et j'espère ne pas décevoir votre confiance. (et si seulement on pouvait faire construire cette véranda... !)

Aux équipes soignantes et secrétaires des centres de planification de Tours et Blois. Cette étude n'aurait pu être réalisée sans votre contribution. Merci pour votre aide.

A tous mes collègues d'externat et d'internat, pour l'entraide dans les moments difficiles de ces longues études et les bons moments de décompression passés ensemble. A mes colocataires castelroussins pour avoir rendu l'expatriation dans le Berry bien plus facile !

A mes amis, pour vos encouragements et votre présence. Les années passent, le temps nous manque, les kilomètres nous séparent parfois, mais l'amitié reste. J'espère que nous passerons encore beaucoup de grands moments ensemble.

A ma famille,

A mes parents,

Vous m'avez apportée tout ce qu'il est possible de donner à un enfant pour se construire. Votre Amour et votre affection inconditionnels m'ont portée et m'accompagnent encore chaque jour de ma vie d'adulte. Si je peux offrir autant de force, de confiance, de joie et de bonheur à mes enfants, alors j'aurai tout réussi. Je vous aime.

A mes frères,

Pour tous les moments passés ensemble, tous les souvenirs passés et à venir. Et parce que quelques soient les chemins que nous suivrons, je sais que nous serons toujours là les uns pour les autres.

A mes grands-parents,

Pour tous les Noël en famille, les anniversaires, les vacances à la mer, les balades en « Françoise », les baptêmes d'hélicoptère...! Merci d'être présents pour tous les petits et grands moments de ma vie.

A mes beaux-parents, mes beaux-frères et belles-sœurs,

pour leur gentillesse, leur disponibilité, et leur affection. J'espère, Dominique et Elisabeth, que le Ruinart se bonifie avec l'âge...

A mon mari, Pierre-Emmanuel,

Pour ton soutien indéfectible tout au long de ces années, ta patience (face à ma fâcheuse manie de tout faire au dernier moment...), ton amour, ta force, ta présence et tout ce qui n'appartient qu'à nous. Tu es un chirurgien aussi compétent qu'humaniste, un mari merveilleux et un père exceptionnel. La vie à tes côtés est une évidence. Je t'aime.

A ma fille, Charlotte, mon amour, mon cœur.

Tes éclats de rire, ton sourire et ton air malicieux illuminent chaque jour de ma vie. Tu es mon plus grand bonheur et ma plus grande fierté. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
<u>INTRODUCTION</u>	15
<u>MATERIEL ET METHODE</u>	17
I. Caractéristiques de l'étude	
II. Recueil de données	
III. Caractéristiques du questionnaire	
IV. Analyse des données	
<u>RESULTATS</u>	
I. Caractéristiques générales de la population.....	20
1. Nombre de dossiers	
2. Répartition des CPEF et lieux d'habitation des adolescentes	
3. Modes de contraception utilisés	
4. Âge au moment de l'interruption volontaire de grossesse	
5. Âge du premier rapport sexuel	
6. Scolarisation	
7. Informations reçues en milieu scolaire au sujet de la contraception	
8. Connaissance du rôle des centres de planification	
9. Connaissance de la contraception d'urgence	
II. Adolescentes ayant eu une prescription de contraception hormonale avant l'IVG.....	25
1. Contraception prescrite	
2. Professionnels consultés	
3. Accès au renouvellement de la contraception	
4. Informations reçues quant à l'utilisation de la contraception	
5. Connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli	
6. Causes de grossesse invoquées par les adolescentes	
III. Adolescentes n'ayant pas de contraception hormonale avant l'IVG.....	30
1. Utilisation du préservatif	
2. Raisons de non utilisation du préservatif	
3. Raisons d'absence de contraception hormonale	
<u>DISCUSSION</u>	33
I. Limites de l'étude	
II. Modes de contraception des adolescentes	
1. Absence de contraception.....	33

2.	Répartition des modes de contraception utilisés.....	34
a.	Un modèle contraceptif français figé	
b.	Utilisation du préservatif	
c.	Proportion de mineures sous contraception orale	
d.	Autres modes de contraception	
3.	Le « monopole » de la pilule : une prescription inadaptée ?.....	37
a.	Un nombre important d'échecs de pilule	
b.	Les raisons des échecs de la contraception orale	
c.	Une prescription trop systématique ?	
III.	Accès à l'information sur la contraception.....	40
1.	Structures d'accueil	
2.	Campagnes d'informations nationales	
3.	Informations en milieu scolaire	
4.	Des idées reçues qui perdurent	
5.	Informations fournies par les prescripteurs	
IV.	Accès à la prescription médicale.....	46
1.	Freins psychologiques et problèmes de confidentialité	
2.	Répartition géographique et contraintes horaires	
3.	Freins financiers	
	<u>CONCLUSION</u>	53
	<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	55
	<u>ANNEXES</u>	58
	Annexe 1 : Questionnaire de l'étude	
	Annexe 2 : Présentation des réponses exactes à la question 13 du questionnaire	
	Annexe 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 par tranche d'âge	
	Annexe 4 : Efficacité des méthodes contraceptives en utilisation courante et en utilisation optimale	
	Annexe 5 : Méthode BERCER	
	Annexe 6 : Carte de répartition des CPEF en France en 2012	

ABBREVIATIONS (par ordre alphabétique)

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CO : Contraception Orale

CPEF : Centre(s) de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EICCF : Etablissements d'Information, de Consultation, et de Conseil Familial

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

INSERM : Institut National de la santé Et de la Recherche Médicale

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption(s) Volontaire(s) de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

INTRODUCTION

Bien qu'elle présente l'un des taux de couverture contraceptive les plus élevés au monde (90,2% des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives) (1), la France connaît actuellement un véritable paradoxe puisque le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ne diminue pas, notamment chez les plus jeunes.

Après avoir régulièrement augmenté depuis 1995, le nombre annuel d'IVG en France s'est stabilisé depuis quelques années autour de 210 000. En 2010, l'IVG concernait 14,7 femmes de 15 à 49 ans pour mille (2).

Entre 1990 et 2006, chez les mineures, le taux de recours à l'IVG a augmenté et est passé de 7 à 11 pour mille jeunes filles de 15 à 17 ans. Si depuis ces chiffres semblent s'être stabilisés, il n'en demeure pas moins que le taux de recours à l'IVG des mineures ne diminue pas (11,3 ‰ en 2010 en France métropolitaine) et que l'IVG concernait encore 11 612 adolescentes de 15 à 17 ans en 2010, auxquelles s'ajoutaient 17 226 IVG chez les 18-19 ans, nombre comprenant en partie des grossesses ayant débuté avant l'âge de la majorité (2).

En cas de grossesse, le recours à l'IVG est aujourd'hui plus fréquent. Actuellement deux grossesses chez des adolescentes sur trois se soldent par une IVG contre une sur trois dans les années quatre vingt (3). Ceci souligne la persistance d'un trop grand nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes. En effet, après une baisse importante (36%) du nombre de grossesses chez les mineures entre 1980 et 1997 (3), le taux de grossesse des adolescentes diminue beaucoup moins fortement depuis. En 2000, ce taux atteignait ainsi 24 ‰ (4). Il était de 22,6 ‰ en 2009. Il n'a donc que peu diminué ces dix dernières années et reste élevé par rapport à d'autres pays européens tels que les Pays-Bas (12,3 ‰) (1).

Malgré plusieurs adaptations législatives successives sur la contraception des mineures, cette proportion importante de recours à l'IVG pose la question de l'accès à la prescription médicale d'une contraception, mais aussi à l'information sur l'utilisation correcte des méthodes contraceptives.

L'objectif de notre étude était d'étudier les difficultés et les freins potentiels à l'accès à une prescription de contraception et à l'information à ce sujet, rencontrés par des mineures ayant eu recours à une IVG.

MATERIEL ET METHODE

I. Caractéristiques de l'étude

Il s'agissait d'une étude multicentrique, transversale et descriptive, réalisée au sein des services d'orthogénie et centres de planification et d'éducation familiale du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Tours et des centres hospitaliers (CH) de Blois, Romorantin et Amboise.

Ont été incluses les jeunes filles de moins de 18 ans hospitalisées une journée dans ces centres pour réalisation d'une interruption volontaire de grossesse (IVG), quelle que soit la méthode utilisée (IVG médicamenteuse, IVG par aspiration sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale). Dans le cas des IVG sous anesthésie générale réalisées au centre hospitalier de Blois, les patientes incluses n'étaient pas hospitalisées dans le service d'orthogénie mais dans le service de chirurgie ambulatoire.

Ont été exclues les mineures consultant sur réquisition judiciaire suite à une suspicion d'agression sexuelle.

II. Recueil de données

Toutes les données ont été recueillies de manière prospective à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme.

Le recueil s'est étendu sur treize mois, du 03 mars 2011 au 31 mars 2012.

Le questionnaire a été proposé par les infirmières à chaque jeune fille de moins de 18 ans hospitalisée pour une IVG dans les services précédemment cités. Elles étaient libres d'y répondre ou non.

Les adolescentes ont répondu seules au questionnaire dans leur chambre d'hospitalisation puis l'ont remis à l'infirmière.

Afin de suivre l'avancée de l'étude, nous avons régulièrement contacté les infirmières, soit par téléphone, soit en nous rendant dans les services de Tours et Blois.

Les questionnaires remplis au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) du CH de Romorantin ont été récupérés dans le service de Blois par l'intermédiaire du médecin exerçant dans ces deux centres. Ils ont donc été intégrés aux réponses collectées au CPEF de Blois. De même, les questionnaires du centre hospitalier d'Amboise ont été intégrés aux questionnaires complétés dans le centre d'orthogénie du CHU de Tours.

III. Caractéristiques du questionnaire

Avant de débiter le recueil de données, le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test auprès d'une dizaine d'adolescentes, non concernées par une IVG et âgées de 13 à 17 ans, afin de détecter toute difficulté ou erreur de compréhension des questions.

Le questionnaire était divisé en trois parties : (Annexe 1)

La première partie concernait l'ensemble des adolescentes interrogées. Cette partie étudiait les caractéristiques sociodémographiques de notre population, leur connaissance du rôle des centres de planification en ce qui concerne la contraception, et leur connaissance de la contraception d'urgence. Elle précisait enfin les modes de contraception utilisés par les adolescentes.

La deuxième partie ne concernait que les adolescentes ayant eu accès à une prescription médicale de contraception hormonale avant leur recours à l'IVG. Elle portait notamment sur les premiers prescripteurs, les professionnels de santé facilement accessibles, les informations reçues par les adolescentes au sujet de leur contraception, et la ou les raisons de l'échec de celle-ci. Les deux réponses exactes à la question 13, qui interrogeait les adolescentes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de leur contraceptif, sont présentées dans l'annexe 2.

La troisième partie du questionnaire était réservée aux adolescentes n'ayant eu aucune prescription de contraception hormonale avant l'interruption de leur grossesse. Cette partie portait sur l'utilisation ou non du préservatif et sur les raisons pouvant expliquer l'absence d'utilisation d'une contraception hormonale.

IV. Analyse des données

Toutes les réponses de nos patientes ont été analysées sur un tableau informatique (Excel®-Microsoft, USA) par un seul et même examinateur.

Les données quantitatives ont été exprimées en moyennes et les données qualitatives en valeurs absolues et en pourcentages. Les variables quantitatives étaient comparées par un test t de Student. La comparaison des variables qualitatives était réalisée par un test de Chi² ou un test de Fisher. Une différence était considérée comme significative si $p < 0,05$.

RESULTATS

I. Caractéristiques générales de la population

1. Nombre de dossiers

Soixante treize adolescentes de moins de 18 ans ont été incluses dans notre étude : 37 dans les services des centres hospitaliers de Blois et Romorantin (51%), et 36 dans les services de Tours et Amboise (49%).

Entre Mars 2011 et Mars 2012, 59 IVG ont été réalisées sur des mineures au CH de Blois, 6 au CH de Romorantin, 71 au CHU de Tours et 4 au CH d'Amboise. Le taux de participation dans notre étude était donc de 52%.

2. Répartition des CPEF et lieux d'habitation des adolescentes

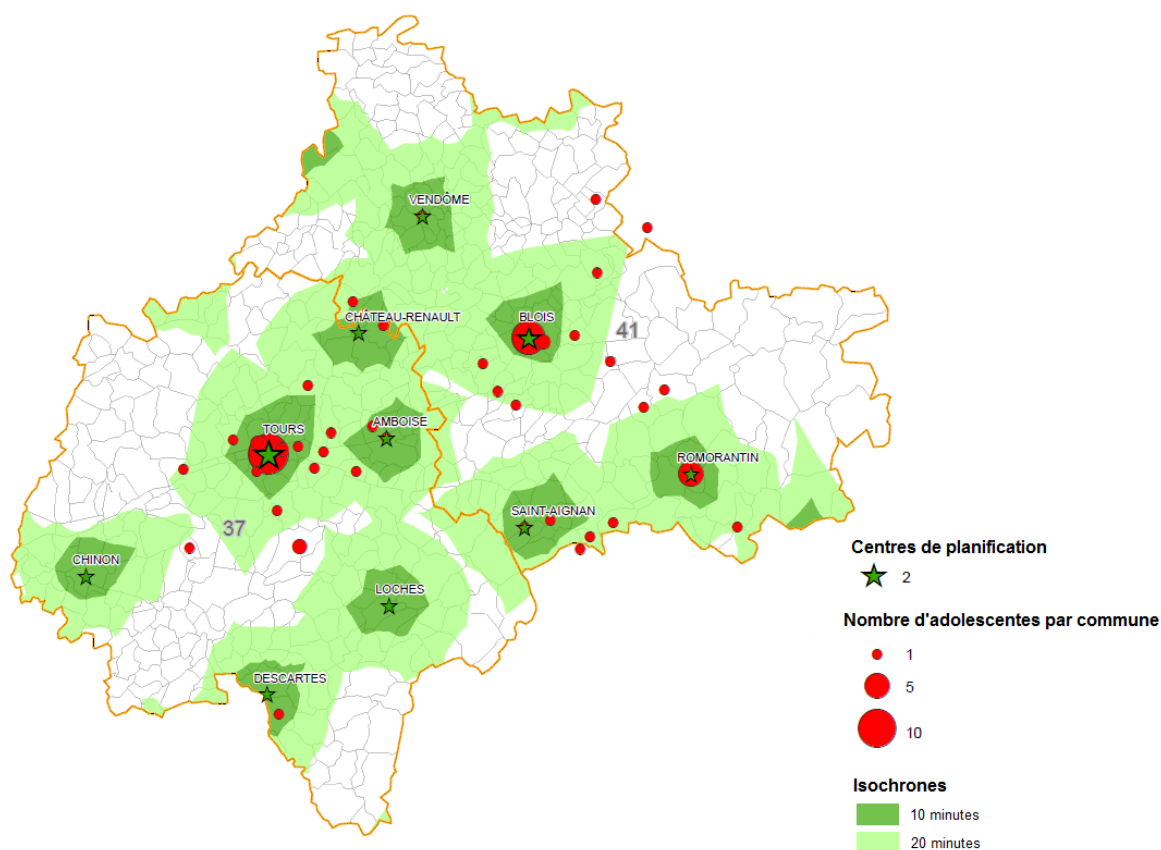


Figure 1 : répartition des lieux d'habitation des adolescentes et des CPEF du Loir et Cher et de l'Indre et Loire

Parmi les 65 adolescentes ayant cité leur lieu d'habitation, 40 (62%) vivaient à moins de 10 minutes d'un CPEF (trajet en voiture), 17 (26%) entre 10 et 20 minutes, et 8 (12%) à plus de 20 minutes.

3. Modes de contraception utilisés

La répartition des modes de contraception des adolescentes de notre cohorte est présentée dans la figure 2.

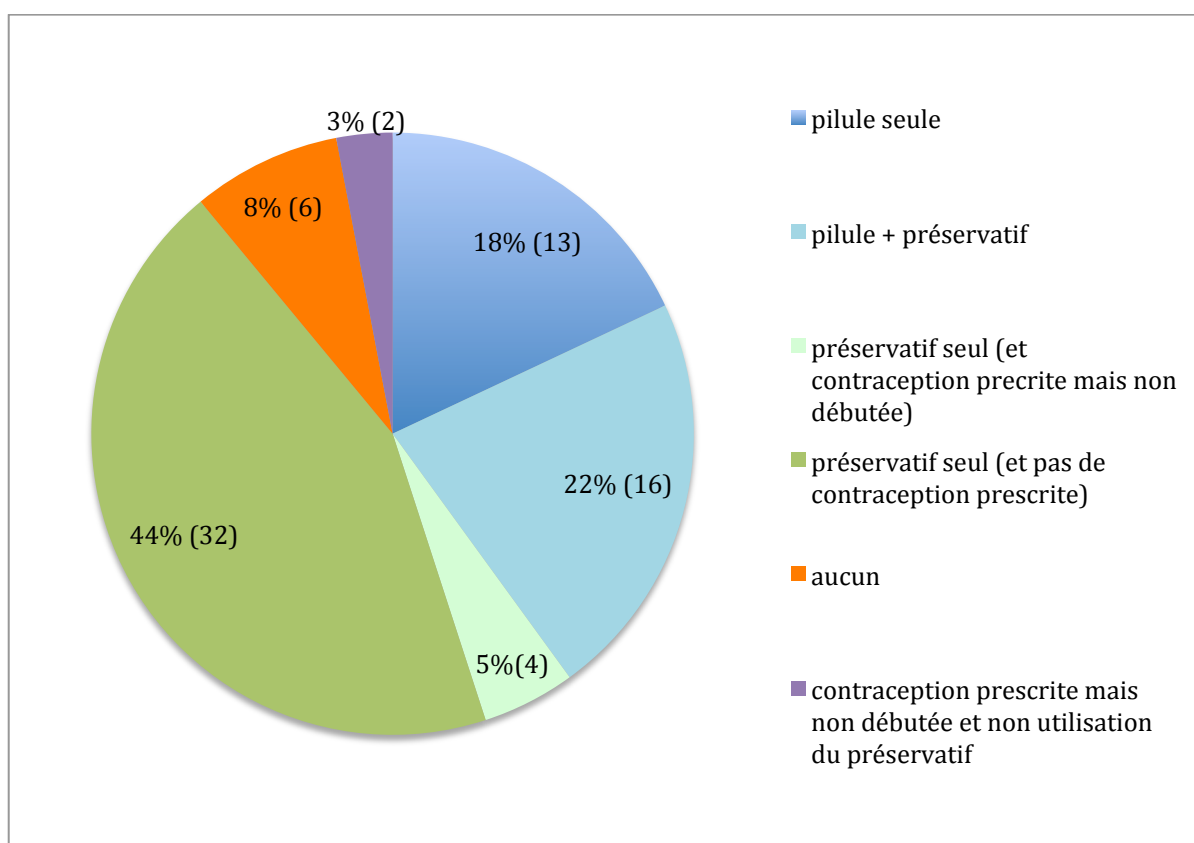


Figure 2 : répartition des modes de contraception utilisés

Aucune des adolescentes interrogées n'utilisait le patch, l'implant, l'anneau vaginal ou n'avait eu un stérilet.

Sur les 73 adolescentes interrogées, 8 (11%) n'utilisaient aucune protection contre les grossesses non désirées avant leur interruption volontaire de grossesse.

Le préservatif masculin était utilisé par 52 adolescentes (71%). L'une d'elles utilisait aussi le préservatif féminin.

Parmi les adolescentes âgées de 16 ans ou moins, 74% utilisaient le préservatif contre 67% des plus de 16 ans, mais cette différence était non significative ($p = 0,5$).

Le préservatif était utilisé comme seule contraception par 36 adolescentes (49%).

La pilule ou contraception orale (CO) était utilisée par 29 adolescentes (40%).

Au sein de notre série, nous avons défini deux groupes selon la présence ou non d'une prescription de contraception hormonale avant le recours à l'IVG.

Le groupe « prescription + » comprenait à la fois les adolescentes prenant une CO et celles ayant eu une prescription pour une contraception mais ne l'ayant pas débutée avant la grossesse non désirée. Ce groupe comprenait 35 jeunes filles, soient 48% des adolescentes interrogées. Le groupe « prescription - » comprenait 38 adolescentes (52%).

4. Âge au moment de l'interruption volontaire de grossesse

La moyenne d'âge des adolescentes au moment de l'IVG était de 16,2 ans (14-17,5). Les deux groupes d'adolescentes étaient comparables en terme d'âge (16,1 vs 16,4 ; $p = 0,1$).

5. Âge du premier rapport sexuel

La moyenne d'âge générale du premier rapport sexuel était de 15,1 ans (13-17). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'âge du premier rapport sexuel entre les deux groupes ($p = 0,2$).

Le nombre d'années entre le premier rapport sexuel et la réalisation de l'IVG était en moyenne de 1,2 ans. Cette période était significativement plus longue dans le groupe « prescription + » que dans le groupe « prescription - » (1,5 vs 0,9 ; $p < 0,005$).

6. Scolarisation

Parmi les 73 adolescentes interrogées, 66 (90%) étaient scolarisées. Les nombres d'adolescentes scolarisées étaient comparables entre les groupes «prescription -» et «prescription +» (92% vs 89% ; $p = 0,7$).

7. Informations reçues en milieu scolaire au sujet de la contraception

Soixante adolescentes (82%) considéraient avoir eu, dans le milieu scolaire, des informations claires au sujet de la contraception. Les taux d'adolescentes déclarant avoir reçu des informations claires sur la contraception à l'école étaient comparables entre les deux groupes (82% vs 83% ; $p = 0,9$).

8. Connaissance du rôle des centres de planification

Vingt-trois adolescentes (32%) ont déclaré ne pas connaître le rôle des centres de planification et d'éducation familiale en terme d'informations, de prescription de la contraception, de consultations anonymes et gratuites.

Une adolescente sur quatre estimant avoir eu des informations claires en milieu scolaire sur la contraception ne connaissait pas ce rôle des CPEF.

Les adolescentes déclarant avoir eu des informations claires sur la contraception en milieu scolaire étaient significativement plus nombreuses à connaître le rôle des CPEF que celles estimant ne pas avoir reçu les informations à l'école (75% vs 38% ; $p = 0,02$).

Dans le groupe « prescription + », 28 adolescentes sur 35 (80%) affirmaient connaître le rôle des centres de planification, contre 22 adolescentes sur 38 (58%) dans le groupe « prescription - ». Cette différence était significative ($p = 0,04$).

9. Connaissance de la contraception d'urgence

Sur les 73 adolescentes interrogées, 69 (95%) connaissaient la contraception d'urgence et 91% d'entre elles pensaient pouvoir l'obtenir facilement.

Parmi les 38 adolescentes du groupe « prescription - », 31 (82%) pensaient pouvoir obtenir facilement la contraception d'urgence.

II. Adolescentes ayant eu une prescription de contraception hormonale avant l'IVG, groupe « prescription + »

1. Contraception prescrite

Dans notre étude, 35 adolescentes (48% de notre cohorte) avaient eu une prescription de contraception hormonale avant leur grossesse non désirée.

Parmi elles, 29 adolescentes utilisaient une contraception orale, soient 40% de l'ensemble des adolescentes interrogées et 83% des adolescentes du groupe « prescription + ». Seize adolescentes prenant une CO (55%) déclaraient utiliser également le préservatif.

Les 6 autres adolescentes du groupe « prescription + » (17%) avaient eu accès à une prescription de contraception hormonale mais ne l'avaient pas encore débutée avant d'être enceinte.

2. Professionnels consultés

a. Professionnels ayant réalisé la première prescription de CO

Les professionnels ayant prescrit la première CO sont décrits dans la figure 3.

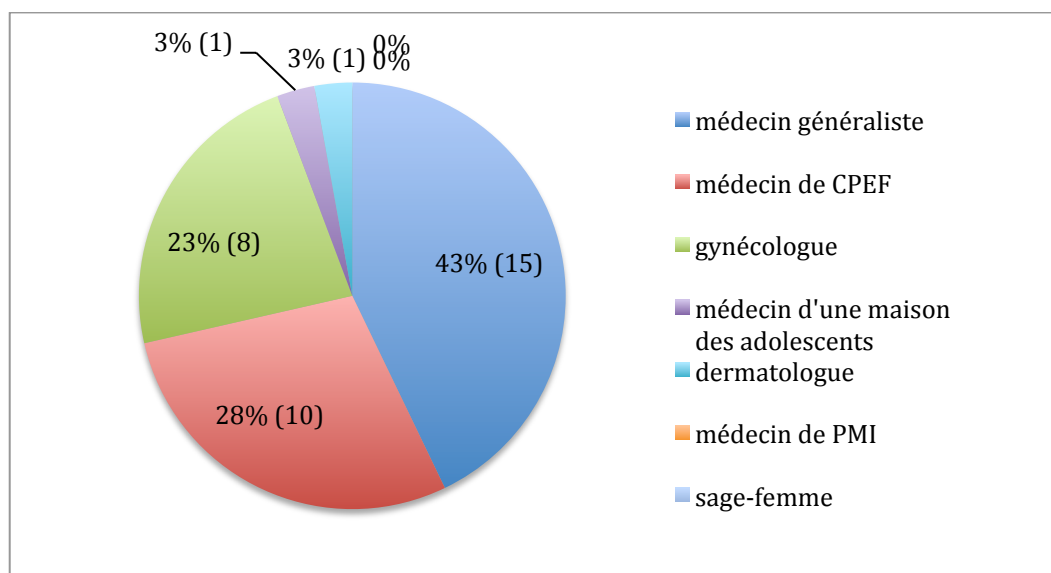


Figure 3 : répartition des professionnels de santé ayant réalisé la première prescription de contraception

b. Professionnels accessibles en cas de questions sur la contraception :

Parmi les adolescentes du groupe « prescription + », 29 (83%) considéraient qu'il était aisé de contacter un professionnel en cas de questions concernant leur contraception. La répartition des professionnels facilement accessibles pour les adolescentes est représentée figure 4.

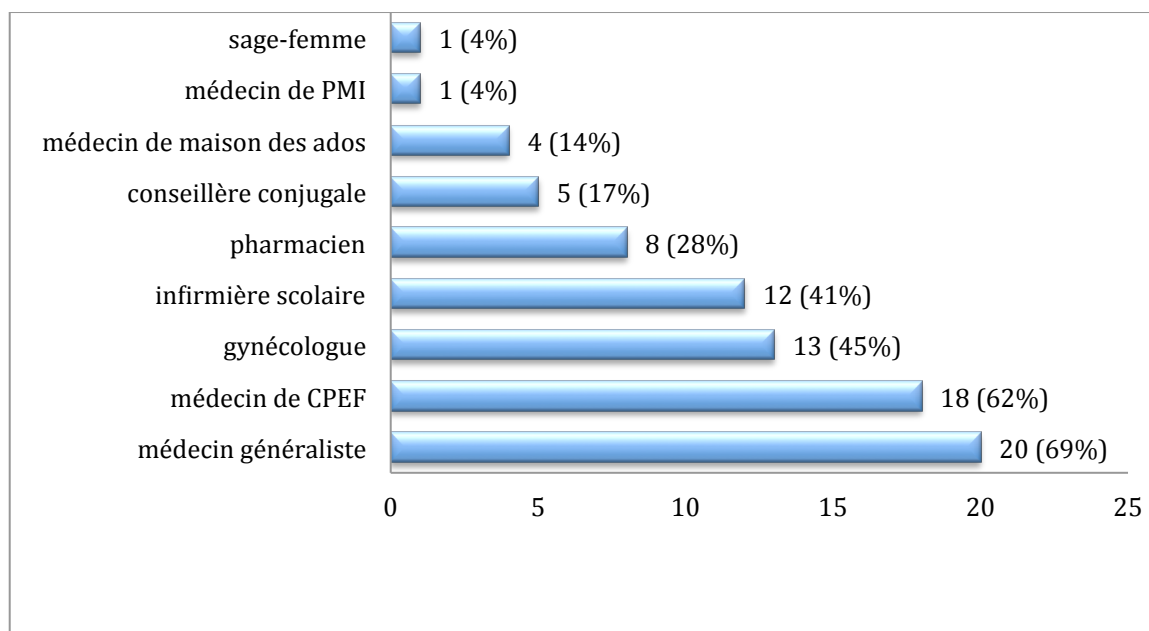


Figure 4 : Professionnels accessibles en cas de questions sur la contraception (n=29)

3. Accès au renouvellement de la contraception

Parmi les 29 adolescentes ayant débuté une contraception hormonale avant l'IVG, 6 (21%) avaient rencontré des difficultés de renouvellement de leur CO. La moitié d'entre elles avaient eu la première prescription de CO par un médecin de centre de planification, 2 adolescentes (33%) par un médecin généraliste et une par un gynécologue.

Deux adolescentes ont justifié leur réponse : l'une a déclaré avoir eu des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez le gynécologue, l'autre a précisé que les horaires de consultations dans le centre de planification étaient inadaptés à son emploi du temps.

4. Informations reçues quant à l'utilisation de la contraception

Dans le groupe « prescription + », 31 adolescentes (89%) ont estimé avoir reçu des informations suffisantes par le prescripteur sur l'utilisation de leur contraception.

Toutes les adolescentes ayant eu la première prescription dans un CPEF ont déclaré avoir eu suffisamment d'informations. Parmi les 15 adolescentes ayant eu la prescription par un médecin généraliste, 2 (13%) ont eu le sentiment de ne pas avoir été assez informées, de même que 2 des 8 (25%) adolescentes ayant eu la prescription par un gynécologue.

5. Connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli

Sur les 35 adolescentes du groupe « prescription + », 28 (80%) ont donné une mauvaise réponse à la question sur la conduite à tenir en cas d'oubli de leur contraception. Deux n'ont pas répondu.

Parmi les 5 adolescentes ayant bien répondu, 4 avaient eu leur première prescription de contraception par un médecin de CPEF, et 1 par un gynécologue. Aucune des adolescentes ayant eu la prescription par un médecin généraliste n'a su répondre.

Parmi les 31 adolescentes ayant estimé avoir eu suffisamment d'informations sur l'utilisation de la contraception par le prescripteur, 26 (84%) n'ont pas su répondre à la question de la conduite à tenir en cas d'oublis.

6. Causes de grossesse invoquées par les adolescentes

Les causes de la grossesse non désirée évoquées par les adolescentes ayant une prescription de contraception sont exposées dans la figure 5.

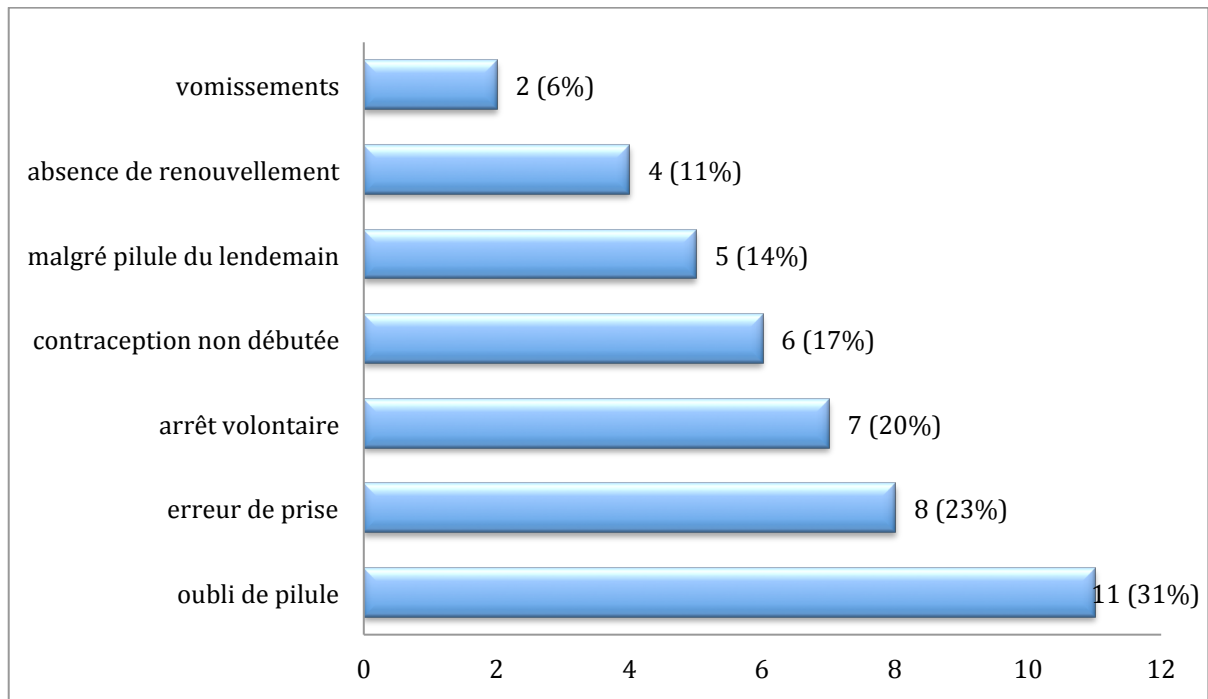


Figure 5 : Causes des grossesses non désirées (n=35)

La raison la plus fréquemment citée pour expliquer la survenue de la grossesse non désirée était l'oubli de pilule pour 11 des adolescentes de ce groupe (31%) :

- 6 de ces 11 adolescentes n'utilisaient pas de préservatif, et 5 l'utilisaient de manière non systématique.
- 2 d'entre elles (18%) ont déclaré être enceinte malgré la prise de la pilule du lendemain.
- 9 (82%) avaient déclaré avoir eu suffisamment d'explications quant à l'utilisation de leur contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli.
- 9 (82%) avaient mal répondu à la question pratique sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.
- 10 d'entre elles (91%) pensaient pouvoir facilement contacter un professionnel en cas de questions à propos de la contraception.

Les erreurs de prise de la contraception arrivaient en deuxième position dans les causes de grossesse évoquées. Ces huit adolescentes estimaient toutes avoir reçu suffisamment d'explications quant à l'utilisation de la contraception par le médecin prescripteur, et 7 d'entre elles (88%) déclaraient pouvoir contacter un professionnel facilement si besoin.

Sept adolescentes (20%) ont arrêté volontairement leur contraception. Deux ont précisé avoir arrêté leur CO suite à des oublis très fréquents, deux autres parce qu'elle la tolérait mal et l'une d'elles pour un désir initial de grossesse. De plus, deux d'entre elles n'utilisaient pas le préservatif et les 5 autres ont précisé ne pas utiliser le préservatif à chaque rapport sexuel.

III. Adolescentes n'ayant pas de contraception hormonale avant l'IVG, groupe « prescription - »

1. Utilisation du préservatif

Dans notre série, 38 adolescentes n'avaient pas de prescription pour une contraception hormonale avant le recours à l'IVG.

Parmi elles, 6 adolescentes (16%) n'utilisaient jamais de préservatif, 18 (47%) les utilisaient mais pas systématiquement à chaque rapport sexuel, et 14 (37%) ont déclaré en utiliser à chaque rapport. Il n'y avait pas de différence significative entre les moyennes d'âge des adolescentes déclarant utiliser le préservatif à chaque rapport (16 ans), non systématiquement (16,1 ans) ou jamais (16,4 ans).

2. Raisons de non utilisation du préservatif

Les raisons pour lesquelles les adolescentes n'utilisaient jamais de préservatif ou non systématiquement à chaque rapport sexuel sont exposées dans la figure 6. Trois adolescentes n'ont pas donné de réponse à cette question.

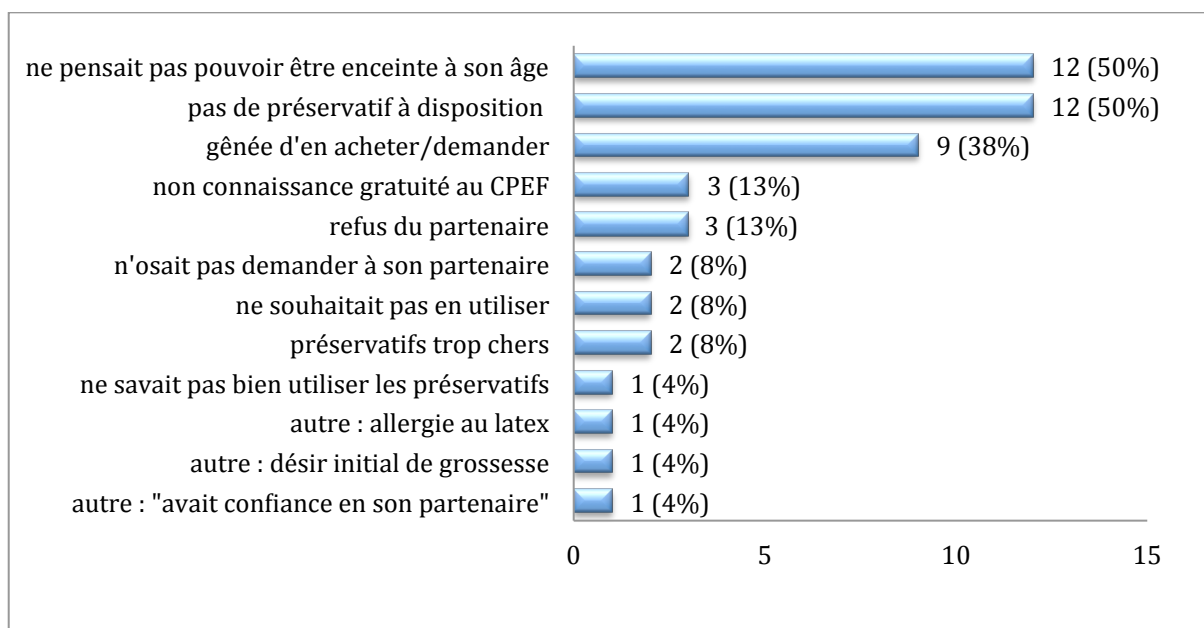


Figure 6 : Raisons de non utilisation systématique du préservatif (n=24)

3. Raisons d'absence de contraception hormonale

La ou les raisons pour lesquelles les adolescentes n'avaient pas de prescription de contraception hormonale avant la grossesse ayant conduit à une IVG sont rapportées dans la figure 7.

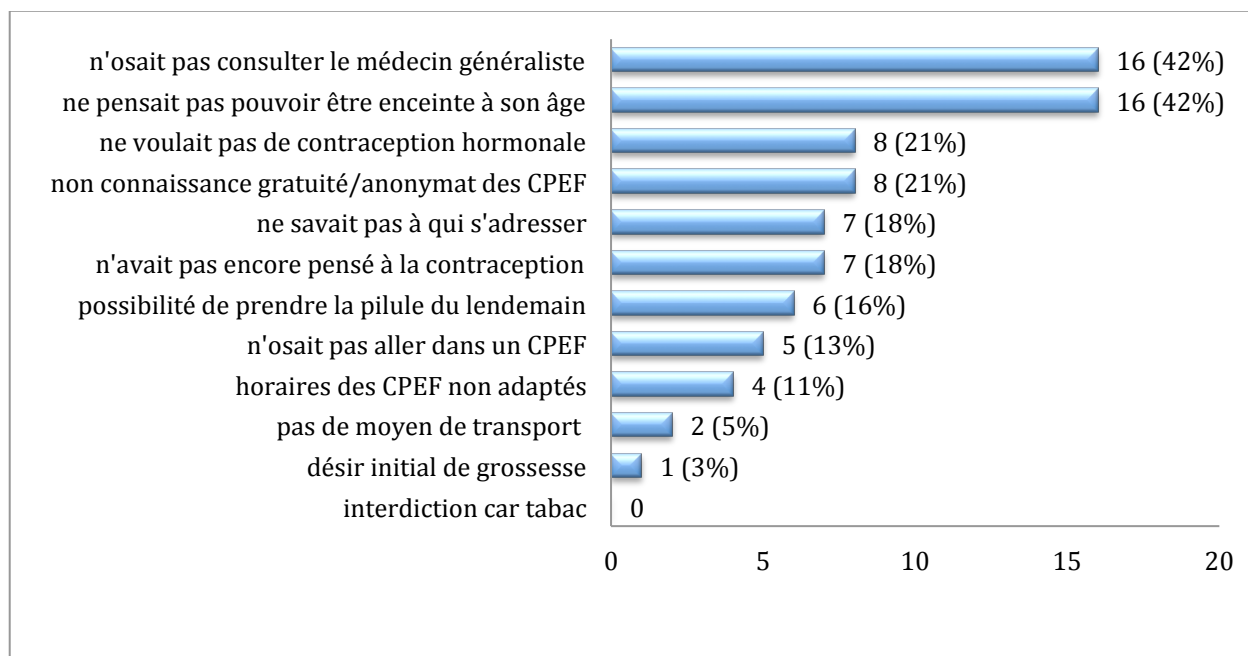


Figure 7 : Raisons d'absence de prescription d'une contraception hormonale (n=38)

Huit des adolescentes du groupe « prescription - » (21%) ne voulaient pas utiliser de contraception hormonale. Les raisons évoquées étaient :

- pour 3 d'entre elles (8% du groupe « prescription - »), la peur de grossir.
- pour 3 autres (8% du groupe « prescription - »), la crainte que la pilule ne les rende stériles.
- pour une, des questions d'origine religieuses ou éducatives.

Parmi les 8 adolescentes (21%) qui citaient comme raison d'absence de contraception hormonale la méconnaissance de la gratuité et de l'anonymat dans les CPEF, 6 estimaient avoir reçu des informations claires au sujet de la contraception en milieu scolaire, et 5 déclaraient connaître le rôle des CPEF dans la première partie du questionnaire.

Sept adolescentes (18%) ont déclaré ne pas savoir à qui s'adresser pour obtenir une contraception hormonale. Six d'entre elles considéraient que les informations reçues en milieu scolaire au sujet de la contraception avaient été claires.

Dans 42% des cas (n=16) du groupe « prescription - », l'adolescente ne pensait pas pouvoir être enceinte à son âge. Parmi elles, 14 adolescentes (88%) estimaient avoir reçu des informations claires en milieu scolaire au sujet de la contraception, 5 (31%) n'osaient pas consulter dans un CPEF, 11 (69%) n'osaient pas consulter le médecin généraliste, et 6 (38%) ne savaient pas à qui s'adresser.

Seize adolescentes du groupe « prescription - » (42%) ont déclaré qu'elles n'osaient pas consulter leur médecin généraliste (MG). Leurs raisons sont décrites dans la figure 8.

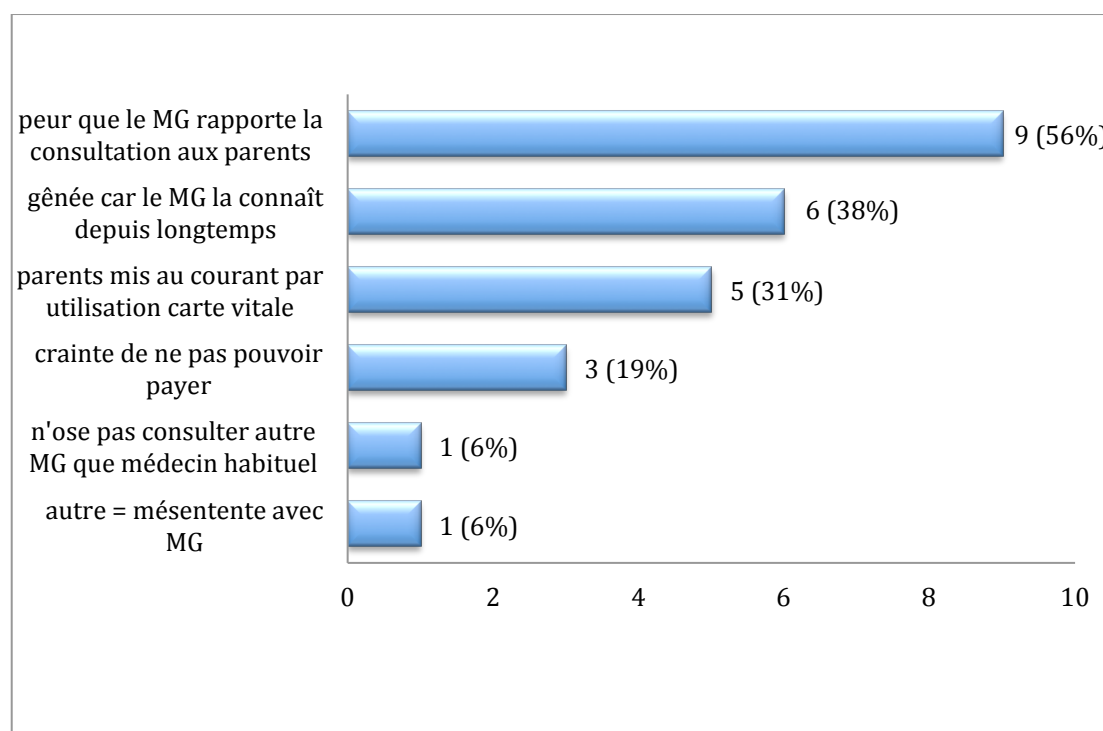


Figure 8 : Raisons de non consultation du médecin généraliste (n=16)

DISCUSSION

I. Limites de l'étude

Une des principales limites de notre étude était son effectif limité. Ceci résultait de possibles refus de réponse mais aussi de l'impossibilité pour la thésarde d'être présente sur les centres de recueil de données, et donc de la nécessité d'un intermédiaire pour distribuer les questionnaires. Malgré cela, nous avons pu obtenir un taux de participation de 52%.

L'anonymat permettait d'éliminer le risque de réticences à répondre à des questions relevant de l'intime. Mais le fait qu'il s'agisse d'un auto-questionnaire entraînait des non réponses à certaines questions. De plus, les réponses étaient dépendantes de la bonne compréhension des personnes interrogées mais surtout de leur volonté d'y répondre sincèrement. Ce type d'études reste en effet basé sur les déclarations des personnes interrogées.

Il existe par ailleurs un biais lié à la formulation, par la thésarde elle-même, des questions et des propositions de réponses aux questions à choix multiples. Les réponses sont alors nécessairement influencées et non exhaustives. Cependant, pour des raisons pratiques liées à la nécessité de préserver l'anonymat des mineures ayant recours à une IVG, une étude qualitative avec entretiens n'était pas réalisable pour cette étude.

II. Modes de contraception des adolescentes

1. Absence de contraception

Dans notre étude, 8% (n=6) des adolescentes déclaraient n'avoir aucun moyen de contraception avant l'interruption volontaire de grossesse, et 3% (n=2) n'avaient pas encore débuté la contraception qui leur avait été prescrite et n'utilisaient pas non plus de préservatif. Ainsi, 11% (n=8) de notre population n'avaient utilisé aucun moyen de protection contre la grossesse non désirée.

D'après les résultats de l'enquête « Fecond » réalisée en France par l'Inserm et l'Ined en 2010 sur un échantillon aléatoire de 5275 femmes, seules 3% des femmes de 15 à 49 ans, sexuellement actives, déclarent ne pas du tout utiliser de moyen contraceptif alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes, et seulement 0,9% des 15-17 ans (5). Mais parmi les femmes chez qui survient une grossesse non désirée et ayant recours à l'IVG, la proportion de femmes n'ayant pas de contraception est bien plus importante et atteint 28% chez les adultes (6) et 30% chez les mineures (7).

Une part non négligeable des IVG chez les adolescentes est donc le résultat d'une absence totale de contraception, hormonale ou non.

2. Répartition des modes de contraception utilisés

a. Un modèle contraceptif français figé

Malgré l'apparition dans les années 2000 de nouvelles méthodes hormonales de contraception (implant, patch, anneau vaginal), la contraception orale est encore aujourd'hui la méthode contraceptive la plus utilisée en France puisqu'en 2010, chez les 15-49 ans, une femme sur deux l'utilise (5).

Le modèle contraceptif français reste inchangé et décrit une véritable « norme contraceptive » caractérisée par une utilisation prépondérante du préservatif en début de vie sexuelle, la prise de la CO dès que la vie sexuelle se régularise, puis le recours au dispositif intra-utérin (DIU) dès que le couple a eu le nombre d'enfants qu'il désirait (8). En témoignent les résultats de notre étude dans laquelle seuls le préservatif et la contraception orale étaient cités comme méthodes contraceptives utilisées. De même, d'après l'enquête « Fecond », 44,7 % des jeunes femmes de 15 à 17 ans sexuellement actives utilisent le préservatif seul, 37,3% utilisent une CO seule et 14,5% la CO et le préservatif (5). Aucune adolescente n'utilise de dispositif intra-utérin (DIU), seulement 0,3% utilisent une autre méthode contraceptive hormonale (9) et les méthodes dites naturelles sont minoritaires (Annexe 3).

b. Utilisation du préservatif

L'utilisation du préservatif comme contraceptif n'a fait que progresser depuis la fin des années 70. Il est utilisé aujourd'hui à près de 90% lors du premier rapport sexuel (10). C'est dans la tranche d'âge des 15-17 ans qu'il est le plus utilisé puisque plus d'une mineure sur deux (59,2%) interrogées dans l'enquête « Fecond » a déclaré l'utiliser, seul ou en association à une CO, pour éviter une grossesse (5).

Dans notre cohorte, 49% des adolescentes déclaraient utiliser le préservatif comme seule protection contre les grossesses. Elles étaient 42,8% dans une étude publiée par Moreau C. et al., reprenant les données de 1525 jeunes femmes de 13 à 19 ans ayant eu une IVG en 2007 (7). Ces chiffres soulignent l'insuffisance de cette méthode contraceptive dans cette population. Les échecs de préservatifs sont en effet plus fréquents chez les adolescentes probablement du fait d'un mésusage. Dans son rapport au Haut Conseil de la Population et de la Famille en 2006, le professeur I. Nisand estime la proportion d'échecs de préservatif à 17,8% chez les adolescentes contre 11,5% chez les adultes (11). Dans l'étude de Moreau C. et al. un quart des adolescentes affirmaient que la grossesse non désirée était due à un problème de préservatif soient 84% des utilisatrices de préservatif (7).

De plus, bien que les adolescentes affirment utiliser le préservatif, elles ne le font pas toujours de manière systématique. Près de la moitié (47%) des adolescentes de notre étude qui n'avaient pas de prescription de contraception déclaraient ne pas utiliser le préservatif à chaque rapport. La plupart d'entre elles disaient ne pas en avoir à disposition au moment opportun ce qui souligne le caractère souvent imprévu des relations sexuelles à cette période de la vie. En effet, les rapports sexuels à l'adolescence ont pour caractéristiques d'être sporadiques (5 à 15 rapports par an) et non planifiés (63% ont lieu pendant les vacances souvent lors de rencontres occasionnelles) (12). Les autres raisons invoquées étaient en relation avec la gêne occasionnée par l'achat ou la demande de préservatifs. Cette difficulté existe au sein même du couple adolescent puisque 8% de ces adolescentes n'osaient pas en parler à leur partenaire et dans 13% des cas le partenaire refusait de mettre un préservatif. D'autre part, 38% se sentaient gênées de demander ou d'acheter des préservatifs, signe que la sexualité des adolescentes reste assez taboue au regard de la société.

Enfin, avec le temps et l'installation d'une relation plus stable, l'utilisation du préservatif tend à diminuer. La crainte d'une grossesse non désirée passe parfois au second plan face à la peur des maladies sexuellement transmissibles, et les jeunes impliqués dans une relation plus stable avec un partenaire en qui ils ont confiance abandonnent progressivement l'utilisation du préservatif (13). Ce phénomène a pu être démontré dans l'étude de Moreau C. et al. dans laquelle la proportion d'adolescentes utilisant le préservatif passait de 59% chez les plus jeunes à 37% à 19 ans (7). La même différence était observée dans notre étude mais celle-ci n'était pas significative probablement du fait de l'effectif limité (74% vs 67% ; $p = 0,5$).

L'efficacité contraceptive du préservatif n'est pas remise en cause mais utilisé de manière isolée chez les jeunes, il se révèle insuffisant.

C'est pourquoi les auteurs insistent aujourd'hui de plus en plus sur le message de double protection « préservatif + pilule » (14) afin d'assurer la protection contre les infections sexuellement transmissibles tout en augmentant l'efficacité contraceptive.

C'est ce «double Dutch» qui est préconisé aux Pays-Bas et qui constitue l'un des facteurs leur permettant d'atteindre l'un des taux le plus bas de grossesses chez les adolescentes (15), aux alentours de 12 pour mille femmes de 15 à 19 ans en 2009 (1).

c. Proportion de mineures sous contraception orale

La proportion de mineures utilisant une CO avant le recours à l'IVG est apparue assez élevée dans notre étude puisque 40% des adolescentes l'utilisaient. Elle se rapproche de la proportion d'utilisation de la CO dans la population adolescente générale qui était de 51,8% chez les 15-17 ans dans l'enquête « Fecond » (5).

Se pose ainsi la question de l'efficacité de ce mode de contraception chez les mineures.

d. Autres modes de contraception

Dans l'enquête « Fecond », les nouvelles méthodes hormonales que sont l'implant, l'anneau vaginal et le patch ne sont utilisées que par 4% des femmes de 15 à 49 ans (5) et seulement 0,3% des 15-17 ans (9). Dans notre étude, aucune mineure n'utilisait une de ces méthodes contraceptives avant la grossesse non désirée, ce qui peut s'expliquer par la faible

proportion de prescription de ces contraceptifs dans la population adolescente générale, mais aussi par une meilleure efficacité de ces méthodes facilitant l'observance.

Toujours dans l'enquête « Fecond », aucune mineure interrogée n'avait de stérilet, ce qui signe bien la persistance d'une réticence à l'utilisation mais surtout à la prescription de cette méthode contraceptive chez l'adolescente. L'absence d'adolescentes sous stérilet dans notre étude peut s'expliquer par cette rareté de prescription associée au faible risque de grossesse sous stérilet (taux de grossesse au cours de la première année d'utilisation en pratique courante à 0,8% pour le DIU au cuivre (16)).

Enfin, les méthodes naturelles (retrait, abstinence périodique) et les méthodes barrières telles que la cape cervicale, le diaphragme et les spermicides ne représentent toutes ensemble que 2,3% des méthodes contraceptives des adolescentes (5).

Notre étude s'intéressant notamment à l'accès à la prescription médicale de la contraception nous n'avons pas choisi d'interroger les adolescentes sur les méthodes naturelles et les spermicides. La cape cervicale et le diaphragme n'étant pas conseillés chez les jeunes femmes du fait de leurs taux d'échecs élevés (17), leur prescription est exceptionnelle et nous n'avons pas jugé utile de les mentionner dans notre étude.

3. Le « monopole » de la pilule : une prescription inadaptée ?

a. Un nombre important d'échecs de pilule

La contraception orale est une des méthodes contraceptives les plus efficaces avec un taux de grossesse dans la première année d'utilisation à 0,3%, dans le cas d'une utilisation optimale, correcte et régulière. Pourtant, étudié en utilisation courante, ce taux de grossesse atteint 8% (16) (Annexe 4).

Les résultats de notre étude ont mis en évidence un nombre important d'échecs de CO puisque 40% des adolescentes interrogées déclaraient utiliser une CO avant la grossesse non désirée. D'après les résultats de l'enquête « Cocon », enquête de cohorte sur la contraception en France réalisée entre 2000 et 2004, plus de 30% des grossesses non désirées dans la population générale surviennent sous contraception médicalisée et notamment sous CO.

Ainsi, 21% des grossesses non désirées étaient observées chez des femmes prenant une CO, 8,7% chez des femmes ayant un stérilet et 0,6% chez celles utilisant les autres méthodes hormonales (6). De la même manière, dans l'étude de Moreau C. et al. s'intéressant aux adolescentes de 13 à 19 ans ayant eu une IVG, 21% déclaraient prendre une CO dans le mois précédant la grossesse ; 25% des jeunes filles de 18-19 ans et 14% des mineures (7).

b. Les raisons des échecs de la contraception orale

Une mauvaise utilisation de la contraception orale était déclarée comme cause de la grossesse non désirée par plus de la moitié des adolescentes de notre étude prenant une CO. Les oublis de pilule étaient mis en cause dans 31% des cas et les erreurs de prise dans 23% des cas. De la même manière, 93% des adolescentes utilisant une CO dans l'étude de Moreau C. et al. déclaraient une utilisation incorrecte de cette CO comme cause de la grossesse (7).

Les problèmes d'observance et de mauvaise utilisation ont donc un rôle prépondérant dans les échecs de la contraception orale. Cela traduit bien les difficultés que rencontrent les adolescentes dans la gestion d'une prise contraceptive au long cours alors que leur sexualité est souvent occasionnelle. Et même lorsqu'elle s'accompagne d'une sexualité plus régulière, la prise quotidienne de la pilule, généralement trois semaines sur quatre, sans oubli, et sans erreur dans l'intervalle entre deux plaquettes, peut apparaître comme une véritable contrainte chez ces adolescentes (10). Le nombre important d'arrêts volontaires de la CO dans notre étude (20% des adolescentes sous CO) en est en partie le reflet.

c. Une prescription trop systématique ?

Bien qu'elle ne paraisse pas toujours la méthode contraceptive la plus adaptée au mode de vie des adolescentes, la CO est largement prescrite chez ces jeunes filles. En témoignent les résultats de notre étude ainsi que ceux de Moreau C. et al. (7) dans lesquelles toutes les mineures utilisant une méthode contraceptive hormonale avant leur IVG utilisaient une CO. De plus, comme cité plus haut, dans la population adolescente générale seules 0,3% utilisent d'autres méthodes contraceptives hormonales.

Cette logique du « tout pilule » met en exergue les freins existant chez les prescripteurs à aborder avec la mineure les autres méthodes contraceptives, pourtant plus intéressantes en terme de facilité d'observance.

Certaines idées reçues persistent chez les professionnels. Bien que les recommandations pour la pratique clinique publiées par l'Anaes en 2004 précisaient que le DIU pouvait être utilisé à tout âge, beaucoup de médecins hésitent encore à le prescrire et à le poser chez les adolescentes. Dans l'enquête « Fecond », 69% des gynécologues et 84% des médecins généralistes interrogés considéraient que le stérilet n'était pas indiqué pour les nullipares (5).

Dans le document de synthèse sur les pratiques contraceptives publié par la HAS en avril 2013 (9), des lacunes dans la formation initiale et continue des médecins généralistes en particulier constitueraient un frein à la proposition de certaines méthodes contraceptives. Selon une enquête réalisée par l'ISNAR-IMG en 2007 auprès des internes de médecine générale, seuls 28% d'entre eux se sentent suffisamment formés à la gynécologie (13). Une formation technique insuffisante peut expliquer la réticence de certains médecins à poser des DIU ou des implants. Dans l'enquête « Fecond », seuls 29% des généralistes considéraient que leur formation les avaient bien préparés à la pose du stérilet contre 98% des gynécologues (5). D'autre part, les médecins généralistes se sentiraient également moins bien informés sur les nouvelles méthodes de contraception et donc moins à l'aise pour les conseiller (18).

La pratique gynécologique, et plus particulièrement la contraception, font pourtant partie intégrante de la médecine générale puisque, en moyenne, une femme consulte le médecin généraliste pour motif gynécologique 3,6 fois par an. Près de 35% de ces actes concernent la contraception (19). De plus, selon l'Observatoire de la Médecine Générale de la SFMG, en 2007, la contraception se plaçait au 5^{ème} rang de l'ensemble des problèmes de santé pris en charge par le médecin généraliste chez les adolescentes de 10 à 19 ans (20). Dans notre étude, 43% des premières prescriptions de contraception avaient été faites par un médecin généraliste contre 23% par un gynécologue.

Il est donc nécessaire d'assurer une formation initiale et continue suffisante des médecins, afin d'améliorer la qualité d'information et de prise en charge des patientes et de leur permettre le choix d'une méthode contraceptive adaptée à leur cas particulier.

Cependant, le prescripteur n'est pas le seul acteur de la consultation et les adolescentes elles mêmes arrivent parfois avec des idées préconçues et n'ont pas envisagé la possibilité d'une autre méthode contraceptive que la CO. Elle est souvent la seule contraception hormonale connue et demandée par l'adolescente, suggérée par l'intermédiaire d'amies ou de membres de la famille utilisant cette méthode et par la presse féminine. Dans l'étude de l'Inpes, « Les Français et la contraception » conduite en 2007, l'implant, l'anneau vaginal et le patch arrivent en dernière position des modes de contraception connus des Français (21).

L'accès à une contraception en adéquation avec le mode de vie et la sexualité des adolescentes et dont l'utilisation est bien comprise par celles-ci doit passer par la diffusion d'une information claire et adaptée.

III. Accès à l'information sur la contraception

1. Structures d'accueil

Plusieurs structures d'information, de conseils et de prévention ont été instituées afin d'accompagner la diffusion de la contraception. Mais seuls les CPEF disposent de compétences médicales permettant entre autres les consultations et prescriptions contraceptives. Pourtant, près d'un tiers des adolescentes de notre étude ne connaissaient pas le rôle de ces CPEF.

La pluralité de ces organismes (CPEF, EICCF gérés par plusieurs réseaux associatifs dont le MFPP, Maisons des Adolescents), leur confère un certain manque de visibilité et une confusion des rôles notamment entre CPEF et « Planning Familial ». De même, les termes de « planification familiale », « d'éducation familiale » et de « conseil conjugal » entraînent une mauvaise lisibilité de l'activité de ces structures notamment pour les plus jeunes (22).

2. Campagnes d'informations nationales

Selon l'Unicef, « plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces » (1). De plus, il ressort de plusieurs études américaines analysant l'expérience d'autres pays développés que plus la sexualité des adolescentes semble socialement acceptée, plus l'accès à la contraception de celles-ci est facilité (23).

Les campagnes d'informations nationales sur la contraception ont donc un rôle important à jouer dans l'accès des adolescentes à la contraception, notamment pour les jeunes filles issues de milieux dans lesquels les questions de sexualité sont difficilement abordées que ce soit pour des raisons éducatives, culturelles ou religieuses.

Depuis 2000, plusieurs campagnes d'information menées par l'Inpes se sont succédées. Mais d'après une évaluation réalisée en 2009, seuls 34% des jeunes interrogés se souvenaient de la campagne d'information de 2008 (« Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous, parlez en avec nous ») qui les ciblait directement (13). Quant à l'impact de ces campagnes sur le long terme, il n'est pas étudié et reste méconnu.

Pour qu'une campagne d'information soit écoutée par les adolescentes et les incite à s'informer ou à modifier leur comportement en terme de contraception, encore faut-il que ces jeunes filles se sentent concernées par les messages véhiculés. Or, dans notre étude, parmi les adolescentes qui n'avaient pas de contraception hormonale, 18% n'avaient encore jamais pensé à la contraception, et surtout 42% ne pensaient pas pouvoir être enceintes à leur âge. Ces mêmes raisons à l'absence de contraception sont évoquées par respectivement 14% et 31% des adolescentes interrogées dans l'étude de Moreau C. et al. (7).

L'information sur la sexualité délivrée en milieu scolaire apparaît alors comme un des moyens de sensibiliser un plus grand nombre d'adolescents.

3. Information en milieu scolaire

Depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse et à la contraception, « une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées, à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes

d'âges homogènes » (13). Dans notre étude, une grande majorité des adolescentes (82%) considérait avoir reçu des informations claires au sujet de la contraception en milieu scolaire. Malheureusement, il semble que cette obligation légale soit très inégalement et partiellement appliquée (24). L'éducation à la sexualité est enseignée de manière fort disparate. L'organisation et le financement de ces actions demeurent aléatoires. De plus, il n'existe aucune évaluation nationale vérifiant le respect de l'application de ces dispositions légales, mais aussi leur véritable impact sur la connaissance des jeunes en terme de prévention des grossesses non désirées. Dans l'étude réalisée en 2007 par l'Inpes « Les Français et la contraception », 52% des Français de 15 à 75 ans estiment que l'information donnée aux élèves en matière de contraception est insuffisante (21).

Dans notre étude, le fait d'avoir reçu des informations à l'école n'avait pas d'impact sur l'utilisation d'une contraception hormonale puisque les taux d'adolescentes déclarant avoir eu les informations étaient comparables que les adolescentes aient ou non une prescription de contraception. Cependant, cet enseignement semblerait faciliter l'orientation des adolescentes vers les CPEF puisque les adolescentes ayant eu une bonne information étaient significativement plus nombreuses à connaître le rôle des CPEF ($p = 0,02$).

Malgré tout, encore une adolescente sur quatre de notre étude estimant avoir eu un enseignement clair en milieu scolaire sur la contraception ne connaissait pas le rôle des CPEF, ce qui dénote une certaine variabilité et insuffisance des discours dispensés lors de ces séances d'éducation à la sexualité. De même, une adolescente sans contraception hormonale sur cinq déclarait ne pas avoir de contraception hormonale car elle ne savait pas que sa prescription et sa délivrance dans les CPEF y était gratuite et anonyme. Pourtant, les trois quarts d'entre elles estimaient avoir eu une bonne information à l'école et 63% disaient initialement connaître les CPEF. Ces chiffres soulignent l'existence d'un grand paradoxe entre ce que les adolescentes pensent avoir compris et ce qu'elles savent en réalité, et entre l'information qui a été fournie et ce que les adolescentes ont effectivement assimilé.

4. Des idées reçues qui perdurent

Malgré plusieurs moyens mis en œuvre pour assurer une diffusion assez large de l'information, et bien que 89% des 15-30 ans s'estiment bien informés sur la contraception (18), de nombreuses idées reçues et une méconnaissance de la physiologie et de la contraception persistent.

L'idée qu'elles ne pouvaient pas être enceintes à leur âge était une des raisons d'absence de contraception hormonale citée par 42% des adolescentes n'ayant pas de prescription de contraception dans notre étude. Dans l'étude de Moreau C., elles étaient 31% à ne pas penser être à risque de tomber enceinte (7). Dans son rapport au Haut Conseil de la Population et de la Famille en 2006, le Professeur Nisand I. note que deux tiers des jeunes filles en classe de troisième croient que les premiers rapports ne sont pas féconds et que les trois quarts pensent qu'il est impossible d'être enceinte lorsqu'on a un rapport pendant les règles (11). Ces idées reçues sont en partie véhiculées par les adultes eux-mêmes puisque dans l'enquête « Les Français et la contraception », ce sont 53% des Français qui pensent qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si elle a un rapport sexuel pendant ses règles (25).

En ce qui concerne la contraception, il persiste des représentations erronées. Toujours d'après l'étude « Les Français et la contraception », un jeune sur dix n'a pas conscience que la pilule ne protège pas des infections sexuellement transmissibles (25). 34% des 15-20 ans pensent que la pilule peut rendre stérile. Près d'un Français interrogé sur quatre croit qu'elle fait systématiquement grossir et un tiers qu'elle augmente les risques d'avoir un cancer (21). Dans notre étude, la crainte de grossir ou de devenir stérile constituait une raison de non utilisation de contraception hormonale pour 16% des adolescentes. Pour ce qui est du stérilet, en 2010, dans l'enquête « Fecond », 54% des femmes considèrent qu'il n'est pas indiqué pour une femme n'ayant pas eu d'enfant (5).

Ces idées reçues constituent un frein à l'accès des adolescentes à la contraception. Et pourtant, la pilule et le stérilet sont, avec le préservatif masculin, les méthodes contraceptives a priori les plus connues par les Français puisque 99% d'entre eux déclarent connaître la pilule et 93% le stérilet (21). Une fois encore, on observe une inadéquation entre ce que les femmes, et plus particulièrement les jeunes, estiment bien savoir et leurs connaissances réelles.

Les professionnels de santé ont donc un rôle important à jouer afin de pallier aux nombreuses lacunes et fausses croyances concernant le cycle féminin et l'utilisation, les bénéfices et les risques éventuels de la contraception hormonale.

5. Informations fournies par les prescripteurs

Une récente étude américaine a démontré que les femmes qui avaient reçu une information sur la contraception par un médecin en soins primaires étaient plus nombreuses à utiliser une contraception hormonale pour éviter une grossesse non désirée (26).

Pour pallier aux fausses croyances sources de craintes ou de réticences à utiliser certaines méthodes contraceptives, et pour améliorer l'observance des adolescentes déjà sous contraception hormonale, le médecin doit apporter une information claire, accessible et adaptée à l'adolescente.

Dans notre étude, 89% des adolescentes qui avaient une prescription médicale de contraception estimaient avoir reçu des informations suffisantes par le prescripteur quant à l'utilisation de leur contraceptif. Paradoxalement, 84% d'entre elles et 80% de toutes les adolescentes ayant une contraception hormonale, n'ont pas su répondre à la question de la conduite à tenir en cas d'oubli de leur contraceptif. On retrouve une fois encore dans notre étude, cette notion de paradoxe entre les informations en théorie données et l'appropriation de cette information par les adolescentes.

De la même manière, bien que 95% des adolescentes interrogées aient déclaré connaître la contraception d'urgence et pouvoir l'obtenir facilement dans 91% des cas, seules 18% des adolescentes pensant être enceinte suite à un oubli de pilule avaient pris la pilule du lendemain. Cela signe d'une part une méconnaissance de la conduite à tenir en cas d'oublis, d'autre part, une sous-estimation du risque de grossesse lors d'une erreur dans la prise contraceptive. De plus, ces échecs de la pilule du lendemain dénotent une mauvaise utilisation de cette méthode de rattrapage. D'après l'étude « Les Français et la contraception », seuls 15% des 15-20 ans étaient capables de citer le bon délai d'utilisation de la pilule du lendemain (21). Ainsi, bien que le nombre de « pilules du lendemain » délivrées à des mineures en pharmacie soit passé d'environ 50 000 en 2002 à près de 340 000 en 2009, cette facilité d'accès n'a pas permis la diminution du taux d'IVG des adolescentes comme espéré (13).

La majorité des adolescentes de notre étude qui connaissaient bien la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule avaient eu leur première prescription par un médecin de CPEF. Aucune des adolescentes ayant eu la prescription par un médecin généraliste n'avait bien répondu. Une explication possible à cette différence tient peut-être au fait que le temps imparti aux explications sur l'utilisation de la méthode contraceptive prescrite est plus réduit en cabinet de médecine générale. D'après le rapport 2009 de l'IGAS sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées, il apparaît qu'encore trop peu de prescripteurs ont ou prennent le temps de fournir les explications et conseils nécessaires à l'utilisation des méthodes contraceptives, et encore moins de s'assurer qu'ils ont été bien assimilés (24).

Le nombre d'arrêts volontaires de la contraception de notre étude (20% des adolescentes ayant une contraception) reflète également en partie l'insuffisance d'information et d'implication des adolescentes dans le choix contraceptif. Les raisons d'arrêt évoquées étaient en général une mauvaise tolérance et les oublis de pilule fréquents. Ces arrêts spontanés sans précaution pourraient voir leur nombre augmenter suite à la forte médiatisation du risque thromboembolique veineux supérieur des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations (27), et de la décision de l'actuelle Ministre des Affaires Sociales de mettre fin au remboursement de ces contraceptifs oraux à compter du 30 septembre 2013. Cela peut constituer une source d'inquiétude pour les adolescentes prenant l'un de ces contraceptifs, souvent prescrits du fait de leur caractère moins androgénique. Il faut espérer que cela n'entraîne pas une confusion et un vent de panique au sujet de l'ensemble des contraceptifs hormonaux, qui ne serait pas sans rappeler l'épisode du « pill scare » de 1995 en Angleterre (28).

Une bonne communication sur les effets secondaires éventuels de la méthode contraceptive, et sur les possibilités de changement de contraception en cas d'intolérance ou d'utilisation inadaptée pour l'adolescente, pourrait permettre d'éviter un certain nombre d'échecs de contraception. En effet, d'après Bajos N. et l'équipe COCON, plus les médecins impliquent les patientes dans le choix de leur méthode contraceptive, plus elles sont satisfaites et moins elles connaissent d'échecs (29).

Pour tenter d'aider les prescripteurs à mieux communiquer avec les adolescentes au sujet de la contraception, en 2004, l'ANAES dans ses recommandations pour la pratique clinique sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » (30)

préconise l'utilisation de la méthode BERCER de l'OMS. Cette méthode de consultation décrite dans l'annexe 5 définit six étapes lors de la consultation dédiée à la contraception : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. Les auteurs précisent également les spécificités liées à l'adolescence. Ainsi, l'adolescente doit si possible être reçue sans ses parents afin d'assurer la confidentialité de l'entretien. En l'absence de symptômes le justifiant, les examens gynécologique et sanguins peuvent être différés. La prescription nécessite un suivi régulier et rapproché afin d'adapter au mieux la méthode contraceptive à la situation personnelle de la jeune femme. Enfin, le médecin doit rester neutre et ne pas avoir d'a priori sur l'activité sexuelle des adolescentes. Toujours dans un souci de formation des prescripteurs, la HAS a réalisé en Avril 2013 une nouvelle fiche mémo « Contraception chez l'adolescente » rappelant une nouvelle fois ces particularités de la prescription et du conseil chez les adolescentes (17).

IV. Accès à la prescription médicale

Plus de la moitié (52%) des adolescentes de notre étude ayant eu recours à une IVG n'avaient pas de prescription de contraception hormonale. Il persiste des difficultés pour les mineures à accéder à une prescription médicale de contraception.

1. Freins psychologiques et problèmes de confidentialité

Comme nous l'avons discuté plus haut, il persiste un certain nombre d'idées reçues et de craintes au sujet de la contraception qui freinent les adolescentes à s'engager dans une prévention médicalisée des grossesses non désirées.

Ainsi, 21% des adolescentes de notre étude n'ayant pas de contraception ne souhaitaient pas en utiliser. Huit pour cent des adolescentes évoquaient la peur de grossir et encore 8% la crainte de devenir stérile à cause de la pilule. Il existe également une tendance à la « pensée écologique » : je ne veux pas prendre la pilule parce que c'est « chimique » (31). Bien que dans notre étude une seule adolescente ait évoqué l'existence de freins religieux ou éducatifs, cette dimension culturelle est en réalité plus présente. L'absence de communication

intra familiale au sujet de la sexualité et la nécessité de dissimuler sa vie sexuelle à ses parents ne favorise pas les comportements de prévention (24).

Le nombre non négligeable d'adolescentes sans contraception qui n'avaient pas conscience qu'elles pouvaient être enceintes à leur âge (42%) ne traduit pas seulement une méconnaissance de leur fertilité. En effet, bon nombre d'entre elles ont malgré tout déclaré ne pas oser consulter leur médecin généraliste ou dans un centre de planification, signe qu'elles avaient un instant envisagé l'idée d'une contraception. Il existe ainsi chez l'adolescente une fréquente ambivalence qui illustre le phénomène de « la pensée magique de l'adolescente » décrit dans la littérature (31), et qui consiste à croire que cela ne peut pas leur arriver à elle.

Une fois dépassé ce stade des fausses croyances, reste encore à sauter le pas de la consultation médicale. Or, dans notre série, une forte proportion (42%) des adolescentes sans prescription de contraception n'osait pas consulter le médecin généraliste.

Il existe fréquemment (38% des adolescentes de notre étude n'osant pas aller chez le médecin généraliste) une gêne et une appréhension à consulter le médecin qui les suit souvent depuis des années (13). Elles redoutent l'éventualité de l'examen gynécologique mais aussi les questions relevant de l'intime qui pourraient leur être posées.

Mais la principale raison pour laquelle les adolescentes n'osaient pas consulter le médecin généraliste était la peur du manque de confidentialité. Plus de la moitié d'entre elles (56%) craignaient qu'il ne rapporte l'objet de la consultation à leurs parents. Les adolescentes ignorent fréquemment que le médecin est soumis au secret professionnel (13). Il est donc important de les informer, lors de consultations préalables, de la possibilité de les recevoir seules et de la confidentialité de l'entretien médical puisque, depuis la loi du 04 Juillet 2001, « la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineures ne sont pas soumises au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal quel que soit l'âge de la mineure » (32).

Malheureusement, ce problème de manque de confidentialité est en partie avéré puisque l'utilisation de la carte vitale entraîne la notification d'une consultation de l'adolescente sur le relevé de prestations de la caisse d'assurance maladie des parents. Ce

problème constituait un frein à la consultation pour près d'un tiers de nos patientes n'osant pas aller chez le médecin généraliste.

La consultation d'un gynécologue ou d'une sage-femme libérale occasionne les mêmes réticences. Par ailleurs, la possibilité pour les sages-femmes de prescrire une contraception est récente puisqu'elle date de la loi « HPST » (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009. Elle est par conséquent encore assez peu connue des adolescentes comme l'illustre l'absence de prescription de contraception par une sage-femme dans notre étude.

Les centres de planification et d'éducation familiale répondent à ces problèmes de confidentialité. Mais d'une part leur rôle est encore trop souvent méconnu des adolescentes (21% des adolescentes du groupe « prescription - » de notre étude) et d'autre part, leur implantation fréquente au sein de centres hospitaliers (9) peut dissuader les plus jeunes de s'y rendre. Dans les départements de l'Indre et Loire et du Loir et Cher, sur les treize centres de planification et d'éducation familiale ou annexes de ces centres, huit se trouvent au sein de structures hospitalières. Treize pour cent des adolescentes sans prescription de contraception dans notre étude n'osaient effectivement pas se rendre dans un CPEF.

2. Répartition géographique et contraintes horaires

Dans notre étude, 16% des adolescentes sans prescription n'avaient pas de contraception hormonale en partie à cause d'une inadaptation des heures de consultations dans les CPEF ou pour des problèmes de transport.

Si les centres de planification et d'éducation familiale assurent l'anonymat et la gratuité des consultations et des délivrances de contraception, ceux-ci ne sont pas disponibles partout. Il existe une grande inégalité de répartition géographique des CPEF sur le territoire puisque leur densité varie de 30,4 pour 100 000 adolescentes (Pays de la Loire) à 97,3 pour 100 000 adolescentes (Ile de France) (9). La région Centre, avec ses 38 CPEF, se situe dans la moyenne avec une densité de 50,9 CPEF pour 100 000 adolescentes (annexe 6). Le problème tient notamment dans l'inégale répartition entre milieu rural et urbain, ces établissements étant davantage implantés en ville (13). Dans notre étude, 38% des adolescentes vivaient à

plus de dix minutes en voiture d'un CPEF. Il peut être difficile pour une adolescente vivant en milieu rural de se rendre jusqu'à ces lieux d'accueil sans avoir à solliciter l'aide de ses parents.

La plupart des consultations médicales se font sur rendez-vous ce qui peut être un frein supplémentaire pour les adolescentes qui n'osent pas toujours contacter ces centres. C'est notamment le cas dans les petites structures en milieu rural, tributaires des temps de présence des médecins. Dans beaucoup de centres, les consultations finissent rarement après 17h et ont lieu pendant les jours et heures de cours des collégiennes et lycéennes. Certains centres accueillent les adolescentes les mercredis, sans rendez-vous (13). Mais ce n'est en général le cas que dans les CPEF situés dans les zones urbaines plus importantes. Les plages horaires de consultations dans les CPEF et leurs annexes sont donc difficilement compatibles avec les emplois du temps scolaires des adolescentes. Ils n'offrent pas toujours la souplesse requise pour répondre aux besoins d'une population vivant souvent dans l'immédiateté (10). C'est aussi le cas pour les renouvellements de contraception généralement peu anticipés par les adolescentes. Dans notre étude, une adolescente sur cinq ayant débuté sa contraception avait rencontré des difficultés pour son renouvellement. La moitié d'entre elles avait eu la prescription initiale dans un CPEF.

En ce qui concerne les problèmes d'accès au renouvellement de la contraception orale, une réponse intéressante a été apportée par la loi « HPST » de 2009. En effet, elle autorise les infirmiers à renouveler la contraception orale pour 6 mois maximum à condition de disposer d'une prescription médicale datant de moins d'un an. De même, les pharmaciens peuvent délivrer une contraception orale pour 6 mois maximum aux femmes se présentant avec une ordonnance périmée datant de moins d'un an (10).

Les infirmières scolaires, de par leur proximité, sont un interlocuteur privilégié des adolescentes puisque 41% des adolescentes ayant une contraception hormonale les considéraient comme facilement accessibles en cas de questions. Mais ce nouveau rôle de renouvellement de la pilule reste encore peu connu et ces infirmières ne sont pas présentes tous les jours ni dans tous les établissements scolaires (13).

Les pharmacies sont quant à elle réparties de façon homogène sur le territoire et avec des amplitudes horaires larges. Ainsi, pour une meilleure accessibilité, la question de la prescription médicale obligatoire pour la contraception a souvent été débattue et une proposition de délivrance directe de la contraception orale par des pharmaciens formés

spécifiquement avait même été faite par le Parlement en 2009, avant d'être annulée par le Conseil constitutionnel (10). Il peut en effet sembler paradoxal que les mineures puissent se procurer la contraception d'urgence directement et gratuitement dans les pharmacies mais pas leur contraception effective. Cependant, l'information, l'évaluation des risques et le choix du contraceptif hormonal adapté à la patiente constituent bien une démarche d'ordre médical (11), et plus encore aujourd'hui à l'heure de l'inquiétude au sujet des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations.

3. Freins financiers

D'après une étude de l'Inserm sur la demande de soins des adolescents, 80% des 11-19 ans ont recours au médecin généraliste (20). En ce qui concerne la contraception, dans l'étude « Les Français et la contraception » (21), le médecin généraliste est cité comme la personne source d'informations à laquelle les Français font le plus confiance. Le médecin généraliste reste donc pour les adolescentes un interlocuteur de confiance et est en général, notamment en milieu rural, plus proche géographiquement que les CPEF.

Mais le coût de la consultation médicale constitue un frein à l'accès des mineures à la prescription d'une contraception (13). Parmi les adolescentes de notre étude n'osant pas consulter le médecin généraliste, près d'une sur cinq craignait de ne pas pouvoir payer la consultation. De plus, comme nous l'avons vu plus haut, les circuits de remboursement n'assurent pas la confidentialité des mineures en tant qu'ayant droit de leurs parents.

Le coût des produits contraceptifs est lui aussi un frein à leur utilisation (10). D'après l'enquête « Fecond », les inégalités sociales se révèlent aujourd'hui dans l'accès même à la contraception (5). Les femmes en situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural, sont ainsi plus nombreuses à n'utiliser aucune contraception. Cette question financière est d'autant plus vraie chez une adolescente sans revenu, et qui ne peut ou ne souhaite pas évoquer la contraception avec ses parents.

Depuis la fin de notre recueil de données, ces questions ont donné lieu à la réalisation d'un nouveau texte de loi, la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012, visant à faciliter l'accès des mineures à la contraception. Depuis son application au 31 mars 2013, les mineures d'au

moins 15 ans peuvent se voir délivrer leur contraceptif gratuitement et de manière confidentielle en pharmacie, à condition que la spécialité contraceptive prescrite fasse partie de la liste des médicaments ou dispositifs médicaux remboursables. C'est le cas des pilules de 1^{ère} et 2^{ème} générations, de certaines pilules progestatives, de l'implant, et des dispositifs intra-utérins. Le contraceptif est donc délivré avec dispense totale d'avance des frais et en toute confidentialité par l'intermédiaire d'un numéro d'identification anonyme permettant d'éviter qu'il ne soit fait mention de cette ordonnance sur le relevé de remboursement de l'Assurance Maladie.

C'est une première avancée mais elle exclut encore une partie de la population adolescente puisque les mineures de moins de 15 ans ne sont pas concernées par cette loi. Certains modes de contraception sont également exclus et notamment le patch et l'anneau vaginal, pourtant intéressants en terme d'observance mais aussi par leur caractère moins «invasif » que l'implant et le stérilet. Ainsi, alors même que toutes les campagnes d'information préconisent d'adapter au mieux la contraception au rythme de vie et à la sexualité des patientes et de leur laisser autant que possible le choix, les questions financières risquent encore d'influencer la décision du type de contraceptif prescrit. Enfin, cette loi ne modifie pas les conditions de prise en charge de la consultation médicale et des examens complémentaires éventuellement prescrits, qui restent donc mentionnés sur les relevés de l'Assurance Maladie. Les questions du coût et de la confidentialité des consultations du médecin généraliste, du gynécologue ou encore de la sage-femme ne sont donc pas réglées.

Plusieurs expériences ont été lancées localement pour tenter de pallier à l'absence des CPEF dans certaines zones rurales et au coût de l'accès à la contraception en dehors de ces centres. C'est notamment le cas en Alsace sous l'initiative du professeur Israël Nisand. Ainsi, depuis 2002 dans le Bas-Rhin, une convention lie les médecins généralistes, pharmaciens et laboratoires d'analyse qui le souhaitent à un fonds expérimental de la Sécurité Sociale afin de prendre en charge en tiers payant, et sans le signaler aux parents, les consultations, médicaments et examens complémentaires des adolescentes (11). De même, le Poitou-Charentes a mis en place depuis 2009 un « pass-contraception » financé par le Conseil Général et s'adressant aux jeunes filles inscrites dans les lycées, les centres de formation à l'apprentissage ou les maisons familiales et rurales. Il se présente sous la forme d'un chéquier permettant, par la remise d'un chèque à chaque professionnel concerné, l'accès anonyme et

gratuit à une consultation médicale, une délivrance de contraception et un examen biologique (13). Ce même principe de « pass-contraception » a été mis en place en Ile de France depuis 2011 pour les adolescents scolarisés en classe de seconde ou équivalent.

Dans le département du Loir et Cher cité dans notre étude, il existe depuis 2006 une convention entre le Conseil Général et certains médecins, pharmaciens et laboratoires d'analyse de zones rurales, pour assurer la gratuité de l'accès à la contraception des mineures trop éloignées des CPEF. En 2006, 30 médecins généralistes, pharmacies et laboratoires d'analyse tous confondus avaient signé la convention. Ils étaient 53 en 2012. Le nombre d'actes médicaux a progressivement augmenté passant de 5 en 2006, à 46 en 2010 et 80 en 2012. Le nombre de délivrances de contraceptifs par les pharmacies conventionnées est passé dans le même temps de 6 à 118. Si les chiffres sont encore modestes, leur progression rapide ces dernières années semble le signe d'une vraie demande et aussi d'une meilleure diffusion de l'information sur l'existence de cette convention.

Tous ces dispositifs régionaux visant à faciliter l'accès des mineures à la contraception et éviter les échecs de contraception sont encore trop récents pour juger de leur impact. Malgré tout, ils soulèvent la question de la généralisation de ces prises en charge sur l'ensemble du territoire national.

CONCLUSION

Bien que l'âge moyen du premier rapport sexuel se maintienne à 17 ans depuis 1985, l'apparition d'âges plus précoces au moment du premier rapport (33), associé au recul de l'âge de la première maternité (1), inaugurent une période dite de « jeunesse sexuelle » plus prolongée. De ce fait, le risque de grossesse non désirée et de recours à l'IVG des adolescentes est accru. De plus, un âge précoce à la première grossesse est un facteur de risque de recours répété à l'IVG (34). L'enjeu d'une contraception accessible et adaptée aux adolescentes prend ici tout son sens.

Notre étude avait pour objectif d'étudier les freins encore existants pour les mineures à l'accès à la contraception. D'après nos résultats, il y avait presque autant d'adolescentes avec et sans contraception hormonale avant la grossesse non désirée. Il persiste donc à la fois des difficultés à accéder à la prescription médicale, et des difficultés d'utilisation du contraceptif prescrit.

Les freins à l'accès à la prescription médicale étaient de deux types. D'une part, des freins très concrets tels que les contraintes financières ou géographiques. Il subsiste un défaut d'implantation des CPEF dans certaines zones rurales avec des contraintes horaires souvent peu adaptées aux adolescentes. De plus, bien que les adolescentes se sentent bien informées, le rôle de ces centres est encore trop souvent méconnu.

Les freins psychologiques occupaient également une place importante et notamment concernant l'accès au médecin généraliste. La peur du manque de confidentialité vis à vis des parents et la gêne occasionnée par la connaissance du médecin entraînent des réticences à le consulter. Et pourtant, il reste le premier interlocuteur cité par les adolescentes en cas de questions à poser au sujet de la contraception. Le médecin généraliste a donc un rôle important à jouer dans la délivrance de cette information. Un grand nombre d'adolescentes de notre étude ne pensaient pas pouvoir être enceintes à leur âge signe que de nombreuses idées reçues persistent et que l'éducation à la sexualité doit être améliorée.

Les IVG à l'adolescence ne sont pas seulement le résultat d'une absence de contraception puisque beaucoup de grossesses non désirées surviennent sous contraception hormonale. Toutes les adolescentes de notre étude utilisant une contraception hormonale avaient une contraception orale. Pour beaucoup d'entre elles, l'IVG était le résultat d'un mésusage de cette CO. L'information sur son utilisation semble soit insuffisante, soit mal assimilée par les adolescentes. Cette méthode contraceptive apparaît inadaptée à leur mode de vie et à leur sexualité. Il serait souhaitable de prendre exemple sur les Pays-Bas et d'inciter les adolescentes à une double protection (préservatif et contraception hormonale) en rapprochant la prévention des IST de l'information sur la contraception. Il faut également renforcer l'accès des adolescentes aux autres méthodes contraceptives afin d'adapter au mieux la contraception à chaque patiente et chaque période de sa vie sexuelle.

Si la loi de Mars 2013 semble vouloir agir en ce sens en intégrant le dispositif intra utérin et l'implant dans la liste des contraceptifs accessibles gratuitement et anonymement par les mineures en pharmacie, elle exclut encore d'autres méthodes potentiellement intéressantes. De plus, elle ne répond pas au problème initial de prescription gratuite et anonyme de la contraception par le médecin. Plusieurs dispositifs régionaux ont été mis en place ce qui pourrait interpeller les politiques quant à la nécessité et la possibilité de généraliser ces expériences.

Enfin, la formation continue des médecins doit insister sur la nécessité d'informer et de proposer aux adolescentes tous les modes de contraception qui leur sont indiqués, sans se limiter à la prescription systématique de la pilule.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Naves MC, Sauneron S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? La note d'analyse, centre d'analyse stratégique [en ligne]. 2011;226. Disponibilité sur internet : <http://www.strategie.gouv.fr>.
2. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Etudes et résultats, DREES. 2012;804.
3. Doisneau L. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? Population et sociétés. 2000;361.
4. Filou A. La maternité à l'adolescence : une prise en charge spécifique ? Analyse de l'impact des recommandations faites dans un rapport de 1998 sur une population d'adolescentes ayant mené leur grossesse à terme : étude comparative 1998-2010 dans cette même maternité. Mémoire:sage-femme:Paris Descartes:2011;PA05MA17.
5. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C et équipe Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et sociétés. 2012;492.
6. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 2003;18(5):994-9.
7. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France. J Adolesc Health. 2012;50(4):389-94.
8. Bajos N, Bouyer J, Ducot B, Gilbert F, Goulard H, Hassoun D, et équipe COCON. Synthèse de l'enquête COCON 2000-2004. Document de synthèse Inserm-Ined unité 822.mars 2008.
9. Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse. Saint-Denis La Plaine:HAS;avr 2013.
10. Aubin C, Jourdain Menninger D. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport IGAS. oct 2009;RM2009-104A.
11. Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Rapport HCPF. déc 2006.
12. Uzan M, Seince N, Pharisien I. Teenage pregnancy. Endocr Dev. 2004;7:233-51.
13. Poletti B. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures. mai 2011;3444.
14. Robin G, Massart P, Letombe B. Contraception in French teenage girls in 2007. Gynecol Obstet Fertil. 2007;35(10):951-67.
15. Uzan M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Période 1994-1998. Rapport du chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Jean Verdier à Bondy. France, Inserm. déc 1998.

16. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse. Saint-Denis La Plaine:HAS;mars 2013.
17. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'adolescente. fiche mémo. Saint-Denis La Plaine:HAS;avr 2013.
18. Beck F, Richard JB, dir. Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010.Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé, 2013: 344p.
19. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? Paris: Eska ;2000.p 38-41.
20. Gallais JL, Malouli A. Contraceptions des adolescents : places et leviers spécifiques de la médecine générale. Contribution pour la mission parlementaire d'information sur la contraception des adolescents. Documentation SFMG.déc 2010.
21. Gall B, Jouannic E. Les français et la contraception. Enquête BVA pour l'Inpes. mars 2007.
22. Aubin C, Branchu C, Vieilleribière JL, Sitruk P. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan. Rapport IGAS. juin 2011;RM2011-088P.
23. Singh S, Darroch JE, Frost JJ. Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behavior: the case of five developed countries. Fam Plann Perspect. 2001;33(6):251-8, 289.
24. Aubin C, 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 IGAS. oct 2009; RM2009-112P.
25. Institut national de prévention et d'éducation en santé. Contraception : que savent les Français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse. juin 2007.
26. Lee JK, Parisi SM, Akers AY, Borrero S, Borrero S, Schwarz EB. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. J Gen Intern Med. 2011;26(7):731-6.
27. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Contraceptifs oraux combinés et risque de thrombose veineuse : prescription des pilules de 2^{ème} génération contenant du lévonorgestrel en première intention. Point d'information ANSM. oct 2012.
28. Reid R, Leyland N, Wolfman W, Allaire C, Awadalla A, Best C, et al. SOGC clinical practice guidelines: Oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism: an update: no. 252, December 2010. Int J Gynaecol Obstet. 2011;112(3):252-6.
29. Hassoun D, Job-Spira N, Bouyer J, Leridon H, Oustry P, Bajos N. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. pop. 2004;59(3):479-502.
30. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de prévention et d'éducation en santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.

31. Berrewaerts J, Noirhomme-Renard F. Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? UCL-RESO dossier technique. juin 2006;06-40.
32. République Française. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°156 du 7 juillet 2001,p 10823.
33. A. Spira, N. Bajos et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. sciences sociales et santé. 1993;11(3):167-73.
34. Kaminski M, Crost M, Garel M. Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG. Contraception, fertilité, sexualité. 1997;25(2):152-8.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Merci de nous donner votre avis. Ce questionnaire sera exploité dans le cadre de l'obtention du titre de docteur en médecine.

Il est totalement **anonyme**.

(L'étude est réalisée par Mme Potier-Robert P. Si vous le souhaitez, vous pouvez la contacter au 06 ...)

1) Quel âge avez-vous ? :

2) Dans quelle ville et quel département habitez-vous ?.....

.....

3) Etes-vous actuellement en milieu scolaire ou en formation professionnelle ? (Collège, Lycée général, professionnel, technologique, CFA, Maison Familiale et Rurale...) :

OUI ☐

NON ☐

4) Dans le milieu scolaire, avez-vous eu des informations claires quant à la contraception ?

OUI ☐

NON ☐

5) A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?.....

6) Avant d'être enceinte, connaissiez-vous le rôle des centres de planification en terme de contraception (consultations anonymes et gratuites, information, prescription...) ?

OUI ☐

NON ☐

7) Connaissiez-vous la contraception d'urgence (= pilule du lendemain) ?

OUI ☐

NON ☐

8) Pensez-vous pouvoir obtenir facilement la contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

OUI ☐

NON ☐

9) Quel(s) mode(s) de contraception utilisiez-vous ? (*cochez une ou plusieurs cases*)

- ☐ a - Aucun
- ☐ b - Préservatif masculin
- ☐ c - Préservatif féminin
- ☐ d - Pilule
- ☐ e - Patch
- ☐ f - Anneau vaginal
- ☐ g - Implant
- ☐ h - Stérilet
- ☐ i - J'avais une ordonnance pour une contraception mais j'ai été enceinte avant de la commencer

*(Si vous n'avez coché **que a, b, ou c**, allez directement à la question 16)*

(Si vous avez coché au moins une case parmi d, e, f, g, h, i, répondez aux questions 10 à 15)

Vous aviez une prescription de contraception par pilule, patch, anneau vaginal, implant, ou stérilet...:

10) Qui vous l'a prescrite la première fois :

- ☐ - Médecin généraliste
- ☐ - Médecin d'un centre de planification
- ☐ - Médecin d'une maison des adolescents
- ☐ - Médecin de la PMI
- ☐ - Gynécologue
- ☐ - Sage-femme
- ☐ - Autre (*précisez*.....)

11) Avez-vous rencontré des difficultés pour renouveler votre contraception ?

OUI ☐

NON ☐

Si oui, pourquoi ?

(*précisez*) :

.....

12) Le médecin qui vous a prescrit votre contraception vous a-t-il donné suffisamment d'explications quant à son utilisation (prise, que faire en cas d'oubli...)

OUI ☐

NON ☐

13) En cas d'oubli de pilule de plus de 12 heures (ou de votre patch, ou anneau vaginal), et de rapports non protégés dans les jours précédents l'oubli, que pensez-vous devoir faire pour éviter une grossesse ? (*cochez une ou plusieurs cases*)

- ☐ Je continue ma pilule (ou patch, ou anneau vaginal) comme d'habitude
- ☐ Je prends le (ou les) comprimé(s) oublié(s) dès que je m'aperçois de l'oubli (ou je remets un patch ou un anneau vaginal)
- ☐ J'attends mes règles pour reprendre ma pilule (ou pour remettre un patch ou un anneau vaginal)
- ☐ J'utilise des préservatifs pendant 7 jours minimum
- ☐ Je prends la pilule du lendemain
- ☐ Autre (*précisez*).....

14) Pensez-vous pouvoir facilement contacter un professionnel pour poser des questions sur votre contraception ?

OUI ☐

NON ☐

Si oui, qui ? (cochez une ou plusieurs cases):

☐ Médecin généraliste

☐ Sage-femme

☐ Médecin d'un centre de planification

☐ Infirmière scolaire

☐ Médecin d'une maison des adolescents

☐ Conseillère conjugale

☐ Médecin de la PMI

☐ Pharmacien

☐ Gynécologue

☐ Autre :

15) Malgré votre contraception, savez-vous pourquoi vous êtes enceinte ?
(cochez une ou plusieurs cases)

☐ Oubli(s) de pilule (ou patch, ou anneau)

☐ Erreur(s) dans la prise de ma contraception

☐ Vomissements, ou épisode de gastro-entérite

☐ Absence de renouvellement de l'ordonnance

☐ J'ai arrêté volontairement ma contraception

☐ Je suis enceinte malgré la prise de la pilule du lendemain

☐ Autre (précisez) :

(fin du questionnaire pour les personnes ayant une prescription de contraception par pilule, patch, anneau vaginal, implant, stérilet...)

Vous n'aviez aucune contraception en dehors du préservatif :

16) vous avez utilisé des préservatifs à **chaque** rapport :

☐ OUI, à **chaque** rapport ☐ NON, **pas à chaque** rapport ☐ NON, jamais

Si NON, pas à chaque rapport, ou NON, jamais, quelles ont été les raisons de non utilisation du préservatif ? *(cochez une ou plusieurs cases)*

- ☐ Je ne souhaitais pas utiliser de préservatifs
- ☐ Refus de mon partenaire de mettre des préservatifs
- ☐ Je n'osais pas le demander à mon partenaire
- ☐ Je n'osais pas car je ne sais pas bien comment les utiliser
- ☐ Je n'avais pas toujours un préservatif à disposition le moment venu
- ☐ Le coût des préservatifs est trop élevé
- ☐ Je ne savais pas que je pouvais en obtenir gratuitement dans les centres de planification ou maison des adolescents
- ☐ Je suis gênée d'aller acheter ou demander des préservatifs
- ☐ Je ne pensais pas pouvoir être enceinte à mon âge
- ☐ Autre (précisez):.....

17) Pourquoi n'aviez-vous aucun mode de contraception (en dehors du préservatif) ?
(cochez une ou plusieurs cases)

- ☐ Je ne pensais pas pouvoir être enceinte à mon âge
- ☐ Je désirais initialement être enceinte
- ☐ Je pouvais utiliser la contraception d'urgence (pilule du lendemain) en cas de rapport à risque
- ☐ Je n'avais pas encore pensé à la contraception
- ☐ Je ne voulais pas de contraception :

↳ Pourquoi ?

- ☐ Je pensais que la contraception fait grossir
 - ☐ Je croyais que la contraception prise trop jeune ou trop longtemps pouvait empêcher d'avoir des enfants plus tard
 - ☐ Je croyais que la contraception peut donner des cancers
 - ☐ Je ne souhaitais pas de contraception pour des raisons d'éducation ou de religion
 - ☐ Autre :
- ☐ Je pensais que je n'avais pas le droit d'avoir une contraception car je fume
 - ☐ Je ne savais pas à qui m'adresser pour obtenir une contraception
 - ☐ Je n'osais pas aller dans un centre de planification (ou maison des adolescents)
 - ☐ Je ne savais pas que les consultations et la délivrance de la contraception étaient gratuites et anonymes dans les centres de planification
 - ☐ Je n'avais pas de moyen de transport pour me rendre dans un centre de planification
 - ☐ Les horaires de consultation de ces centres ne sont pas adaptés à mon emploi du temps.
 - ☐ Je n'osais pas consulter un médecin généraliste

↳ Pourquoi n'osiez-vous pas consulter un médecin généraliste ?

- ☐ J'étais gênée parce que mon médecin généraliste me connaît depuis longtemps
- ☐ J'avais peur que mon médecin généraliste habituel parle de la consultation à mes parents
- ☐ Je n'osais pas aller consulter un autre médecin généraliste que mon médecin habituel
- ☐ Je ne pouvais pas payer la consultation
- ☐ J'avais peur que mes parents l'apprennent car je suis enregistrée sur leur carte vitale (= carte de sécurité sociale)
- ☐ Autre (précisez) :

Annexe 2 : Présentation des réponses exactes à la question 13 du questionnaire

En cas d'oubli de pilule de plus de 12 heures (ou de votre patch, ou anneau vaginal), et de rapports non protégés dans les jours précédents l'oubli, que pensez-vous devoir faire pour éviter une grossesse ? (*cochez une ou plusieurs cases*)

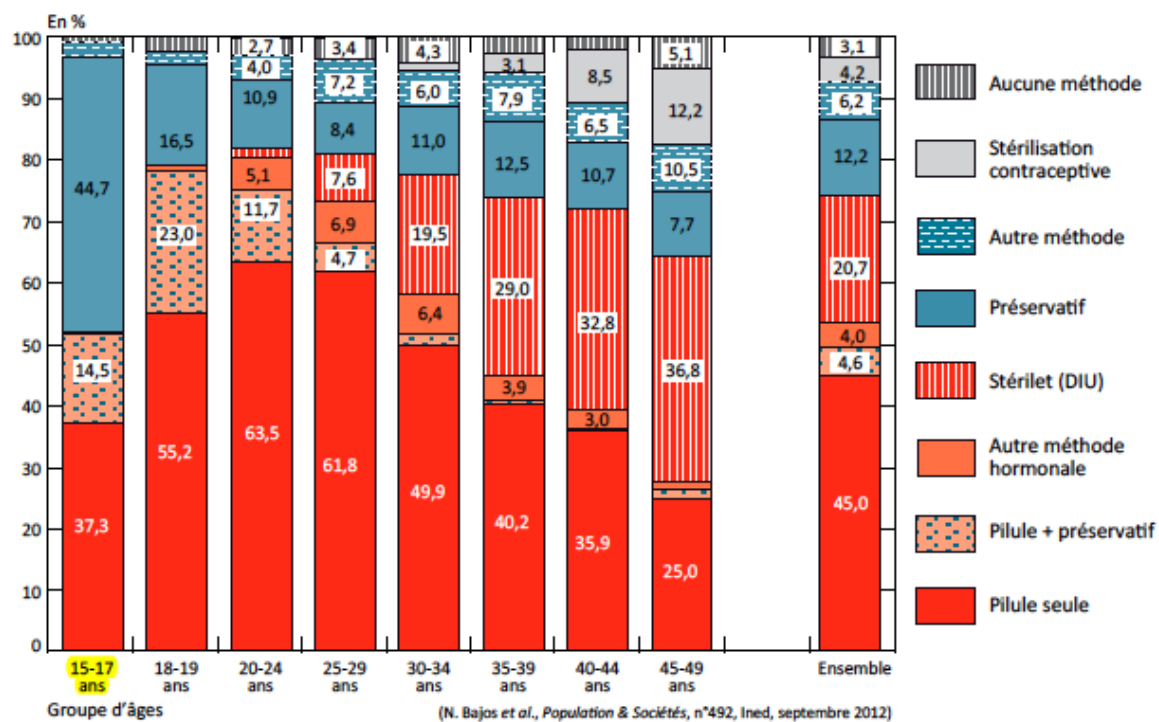
- ☒ Je continue ma pilule (ou patch, ou anneau vaginal) comme d'habitude
- ☒ Je prends le (ou les) comprimé(s) oublié(s) dès que je m'aperçois de l'oubli (ou je remets un patch ou un anneau vaginal)
- ☐ J'attends mes règles pour reprendre ma pilule (ou pour remettre un patch ou un anneau vaginal)
- ☒ J'utilise des préservatifs pendant 7 jours minimum
- ☒ Je prends la pilule du lendemain
- ☐ Autre (*précisez*)

ou

En cas d'oubli de pilule de plus de 12 heures (ou de votre patch, ou anneau vaginal), et de rapports non protégés dans les jours précédents l'oubli, que pensez-vous devoir faire pour éviter une grossesse ? (*cochez une ou plusieurs cases*)

- ☒ Je continue ma pilule (ou patch, ou anneau vaginal) comme d'habitude
- ☐ Je prends le (ou les) comprimé(s) oublié(s) dès que je m'aperçois de l'oubli (ou je remets un patch ou un anneau vaginal)
- ☐ J'attends mes règles pour reprendre ma pilule (ou pour remettre un patch ou un anneau vaginal)
- ☒ J'utilise des préservatifs pendant 7 jours minimum
- ☒ Je prends la pilule du lendemain
- ☐ Autre (*précisez*)

Annexe 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2010 par tranche d'âge (5)



Sources : Enquête *Fecond* (2010), Inserm-Ined.

Champ : femmes de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Annexe 4 : Efficacité des méthodes contraceptives en utilisation courante et en utilisation optimale (9)

Efficacité contraceptive et taux d'abandons de la méthode après 1 an aux États-Unis et en France, adapté de l'OMS (OMS 2011).

Méthode	Taux de grossesses (%) au cours de la première année d'utilisation			Taux d'abandons (%) de la méthode après 1 an d'utilisation	
	Utilisation courante		Utilisation correcte et régulière (Trussell)	États-Unis (Trussell)	France (Moreau)
	États-Unis (Trussell)	France (Moreau)			
Implant contraceptif	0,05		0,05	16	
Vasectomie	0,15		0,1	0	
DIU au lévonorgestrel	0,2	1,1 ¹	0,2	20	15 ¹
Stérilisation féminine	0,5		0,5	0	
DIU au cuivre	0,8	1,1 ¹	0,6	22	15 ¹
Injectable progestatif (Depoprovera)	6		0,3	44	
Pilule combinée œstroprogestative et pilule progestative seule	9	2,4	0,3	32	30
Patch contraceptif	9		0,3	32	
Anneau vaginal	9		0,3	32	
Diaphragme	12 ²		62		
Préservatif masculin	15	3,3	2	47	53
Préservatif féminin	21		5	51	
Retrait	22	10	4	57	45
Eponge ³	24, 12 ⁴	22 ⁵	20, 9 ⁶	64	62 ⁵
Méthode de connaissance de l'ovulation (méthode naturelle)	25	8	0,4 -5 ⁷	49	48
Spermicides	29	22 ⁵	18	58	62 ⁵
Cape cervicale	32, 16 ⁸		26, 9 ⁹		
Aucune méthode	85		85		

Les taux publiés par l'OMS proviennent largement des États-Unis (Trussell 2011). Les taux pour la France sont issus de l'étude Cocon (Moreau 2007, Moreau 2009).

En fonction du taux de grossesses au cours de la 1^{re} année d'utilisation, la méthode est considérée par l'OMS comme : < 1 : très efficace ; 1-9 : efficace ; 10-25 : modérément efficace ; 26-32 : moins efficace.

¹ tout type de DIU (cuivre et lévonorgestrel) ; ² diaphragme avec spermicide ; ³ les éponges spermicides ont été retirées du marché en mars 2013 ; ⁴ femmes uni/multipares : 24 ; femmes nullipares : 12 ; ⁵ spermicide ou éponge ; ⁶ femmes uni/multipares : 20 ; femmes nullipares : 9 ; ⁷ méthode sympto-thermique : 0,4 ; méthode de l'ovulation : 3 ; méthode des 2 jours : 4 ; méthode des jours fixes : 5 ; ⁸ femmes uni/multipares : 32 ; femmes nullipares : 16 ; ⁹ femmes uni/multipares : 26 ; femmes nullipares : 9

Annexe 5 : Méthode BERCER (30)

Les 6 étapes de la consultation sur le modèle BERCER :

Bienvenue :

En pratique, en dehors de l'accueil lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien :

La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'informations sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un «entretien» et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

Renseignement :

La phase de renseignement vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs contre-indications, les risques graves mêmes exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

Choix :

Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences sur la méthode choisie.

Explication :

La phase d'enseignement est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

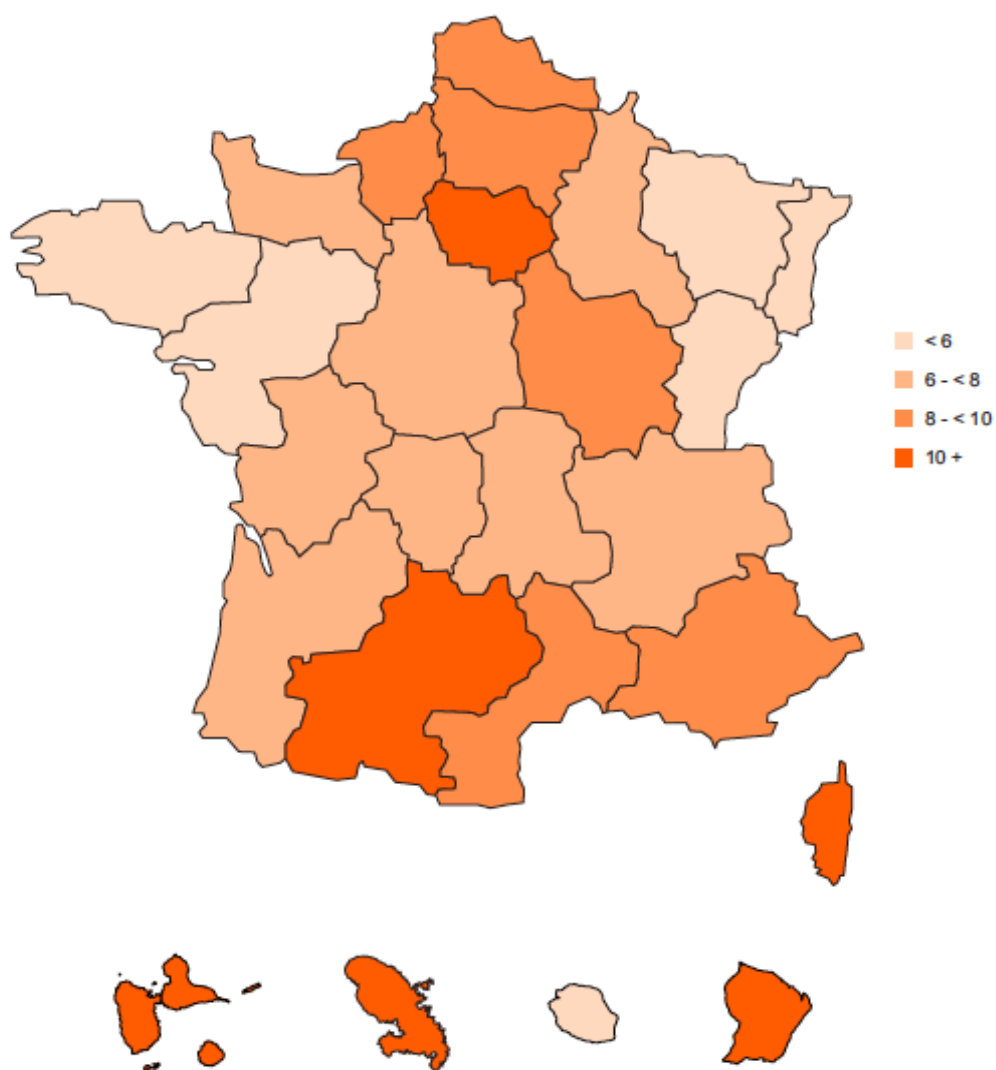
Retour :

Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier que la celle-ci est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et qu'elle en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement

de changer de méthode si celle choisie se révèle inadaptée (en raison par exemple d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par exemple, d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante. De manière générale, s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix implique pour le médecin (ou pour le soignant menant une consultation portant sur la contraception) de réfléchir, au préalable, à la signification individuelle et sociale du geste que représente la prescription (ou l'assentiment au choix) d'une méthode contraceptive de se questionner, au préalable, sur son propre positionnement vis-à-vis de la contraception et des différentes méthodes existantes, ainsi que sur le rôle qui lui est dévolu dans la relation avec la femme et le couple ; de prendre le temps d'analyser précisément avec la femme (et/ou le couple) sa situation (médicale mais aussi sociale, son appartenance culturelle, ses représentations, ses peurs et ses envies...) avant d'envisager avec elle une ou des méthodes contraceptives ; de l'informer sur les choix possibles ; de lui permettre de choisir la méthode qu'elle estime comme la plus adaptée ; de la former à l'utilisation de la méthode choisie ; enfin, de réévaluer périodiquement cette option avec la femme et/ou le couple.

Annexe 6 : Carte de répartition des CPEF en France en 2012 (9)

Nombre de CPEF pour 100 000 femmes de 15-49 ans par région, 2012



70 pages- 8 figures

Résumé

Objectif : Le taux de grossesse des adolescentes a peu diminué depuis 2000 atteignant 22,6 % adolescentes en 2009. Deux grossesses d'adolescentes sur trois se soldent par une IVG et celles-ci concernaient plus de 11 000 jeunes femmes de 15 à 17 ans en 2010 soit un taux de recours à l'IVG des mineures de 11,3 %. L'objectif de notre étude était d'étudier les difficultés et les freins à l'accès à une prescription de contraception et à l'information à ce sujet, rencontrés par des mineures ayant eu recours à une IVG.

Matériel et méthode : Etude prospective analysant les réponses à un auto-questionnaire anonyme rempli par 73 adolescentes ayant eu une IVG dans les services d'orthogénie des centres hospitaliers de Blois, Romorantin, Tours et Amboise.

Résultats : 48% des adolescentes avaient eu accès à une prescription pour une contraception avant l'IVG, et 52% n'avaient pas de prescription de contraception. Toutes les adolescentes qui avaient une contraception hormonale utilisaient une contraception orale (CO). Un mésusage de la contraception était la première raison évoquée pour expliquer la grossesse non désirée. 42% des adolescentes n'ayant pas de contraception ne pensaient pas pouvoir être enceintes à leur âge, pourtant 88% d'entre elles s'estimaient bien informées à l'école au sujet de la contraception. Pour 21% de ces adolescentes, la méconnaissance du rôle des CPEF était une raison d'absence de contraception, 13% n'osaient pas aller dans un CPEF et 11% ne disposaient pas d'un moyen de transport pour s'y rendre. Dans 42% des cas, les adolescentes n'osaient pas consulter le médecin généraliste principalement pour des problèmes de confidentialité et de coût.

Conclusion : Nos résultats soulignent la persistance de freins à l'accès à la contraception pour les adolescentes. L'accès à la prescription dans les CPEF est limitée par la persistance d'une mauvaise lisibilité du rôle des CPEF mais aussi par des contraintes géographiques liées à un manque d'implantation de ces centres en milieu rural. L'accès au médecin généraliste est freiné par le manque de confidentialité lié à l'utilisation de la carte vitale. Enfin, les échecs de contraception sont encore fréquents ce qui met en évidence une information insuffisante ou inappropriée sur l'utilisation des contraceptifs, et une possible inadaptation de la contraception orale pourtant majoritairement prescrite aux adolescentes.

Mots Clés : Contraception, Interruption Volontaire de Grossesse, Adolescentes

Jury

PRESIDENT DU JURY : **Monsieur le Professeur Gilles Body**
MEMBRES DU JURY : **Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz**
Monsieur le Professeur Franck Perrotin
Madame le Docteur Sylvie Osterreicher
Monsieur le Professeur Dominique Huas