



HAL
open science

Les échecs de contraception à l'adolescence

Emilie Desachy

► **To cite this version:**

Emilie Desachy. Les échecs de contraception à l'adolescence. Médecine humaine et pathologie. 2012.
hal-01876013

HAL Id: hal-01876013

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01876013v1>

Submitted on 18 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Les échecs de contraception à l'adolescence.

Mémoire présenté et soutenu par

Emilie DESACHY

Promotion 2012

A mes parents.

REMERCIEMENTS

A Madame Jocelyne Pontus, sage femme du centre de planification de l'hôpital Central à Nancy, et experte de ce mémoire,

A Madame Laurence Galliot, sage femme enseignante et directrice de ce mémoire,

Merci de votre disponibilité, votre écoute, et vos précieux conseils qui ont permis la réalisation de ce mémoire.

Aux sages femmes, médecins et à la secrétaire du centre de planification de la Maternité Régionale qui m'ont accueillie et beaucoup appris au cours des trois semaines passées auprès d'eux.

A Madame Stark, psychologue au CPEF de Lunéville, grâce à qui la psyché adolescente s'est éclaircie.

A tous les médecins et sages-femmes ayant acceptés de répondre à mes questions.

Enfin, un grand merci à tous ces adolescents qui ont accepté de répondre à mes questions, et sans qui ce mémoire n'aurait pas été possible.

SOMMAIRE

Sommaire	4
Préface	5
Introduction	6
Partie 1 : La contraception et les adolescents	7
1. Un enjeux de sante publique	8
1.1. Des IVG à faire diminuer	8
1.2. Malgré une contraception accessible	8
2. L'adolescence : une période à risque	14
2.1. Généralités.....	14
2.2. La sexualité des adolescents	15
2.3. La contraception.....	16
Partie 2 : L'étude	21
1. L'étude	22
1.1. Justification	22
1.2. Buts	22
1.3. Présentation et mise en place	23
2. Les résultats	25
2.1. Description de la population	25
2.2. Situation contraceptive des adolescents sexuellement actifs	27
2.3. Aspect problématique des méthodes contraceptives.....	32
Partie 3 : Analyse et propositions	36
1. Des echecs dus aux obstacles socio-economiques	37
1.1. Analyse.....	37
1.2. Propositions.....	39
2. Des echecs d'observance	42
2.1. Analyse.....	42
2.2. Propositions.....	44
3. Un nombre d'echecs incompressible	48
3.1. Des irréductibles à la contraception	48
3.2. Limiter le nombre des irréductibles	50
Conclusion	53
Bibliographie	55
TABLE DES MATIERES	58
Annexe 1 : questionnaire	I

PRÉFACE

A l'origine de ce mémoire, un chiffre : 200 000, qui correspond au nombre d'interruptions volontaires de grossesses en France. Et une question : comment, à l'ère de la contraception, cela est-il encore possible ?

Au cours de mes stages, j'ai pu croiser des jeunes femmes, encore adolescentes, confrontées à cette expérience unique qu'est la grossesse. Souvent interrompues, ces grossesses m'ont toujours interpellée.

De ces deux points est né mon questionnement à la base de ce mémoire : comment était-il possible, à l'aube du XXIème siècle, que ces adolescentes soient enceintes et commencent leur vie obstétricale par le traumatisme qu'est une IVG malgré tous les moyens de contraception mis à leur disposition ?

Grâce au travail demandé par ce mémoire, j'ai pu mieux comprendre ces adolescentes. En les écoutant tout d'abord, et en mettant de côté mes préjugés et mes préconçus ensuite. Oui, elles connaissent les méthodes contraceptives et savent théoriquement les utiliser. Oui elles peuvent se les procurer. Mais oui des grossesses débutent. Pas parce qu'elles ne font pas attention, ou parce qu'elles s'en fichent, ou parce qu'elles sont irresponsables. Mais parce qu'elles sont avant tout des jeunes femmes, et des êtres humains. A ce titre, elles commettent des erreurs, oublient, ou tout simplement ne pensent pas aux conséquences que peut avoir un rapport sexuel non protégé.

Les échecs de contraception ont des origines diverses et variés. A l'adolescence, encore plus que lors d'une autre période de la vie, du fait même du ressenti et du vécu de cette époque si singulière que chacun peut se rappeler. Je vous propose d'en découvrir certains aspects au travers des lignes de ce mémoire, en espérant que vous y trouverez ce qu'il a pu m'apporter : un peu plus de compréhension envers ces patientes.

Introduction

Des pommades à base de miel ou d'excréments de crocodiles en Egypte jusqu'à la pilule de dernière génération en passant par les préservatifs et les méthodes naturelles, les hommes et les femmes ont toujours eu la volonté de parer aux conséquences indésirées des rapports amoureux.

Proluxe en matière de nouvelles méthodes contraceptives, le XXème siècle a été le témoin d'une profonde révolution sexuelle qui a consommé la rupture entre procréation et sexualité, la dernière se tournant vers la recherche du plaisir comme objectif premier.

Ces nouveaux moyens contraceptifs, comme la contraception orale ou le dispositif intra-utérin, sont techniquement très fiables et leurs efficacités théoriques ne sont plus à démontrer. Autorisés par la loi Neuwirth, ils semblaient être le sésame attendu par les femmes, de tout âge et de toutes classes sociales, pour jouir d'une sexualité sans risque de grossesse.

Les adolescentes en ont ainsi largement profité, et l'âge moyen du premier rapport sexuel s'est progressivement abaissé, sans qu'on note une recrudescence des grossesses juvéniles.

Néanmoins malgré l'efficacité théorique proche du 100% de ces méthodes, de nombreux échecs pratiques sont constatés, conduisant dans la majorité des cas à une IVG. En France, ce sont ainsi plus de 13 000 adolescentes qui subissent un avortement en dépit de la couverture contraceptive.

Comment expliquer un tel paradoxe ?

Nous allons nous intéresser dans un premier temps à l'enjeu de santé publique que représentent les échecs contraceptifs d'une part, et les spécificités liées à l'adolescence d'autre part. Dans une deuxième partie, nous présenterons notre étude, ses hypothèses et ses buts, ainsi que ses principaux résultats sous forme de graphiques. Enfin nous analyserons ses données afin d'en tirer des propositions pour limiter ces échecs.

Partie 1 : La contraception et les adolescents.

1. UN ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

1.1. Des IVG à faire diminuer

En France 220 000 interruptions volontaires de grossesses ont été recensées au cours de l'année 2009. Elles concernent 29 000 femmes âgées de 15 à 19 ans. [1] En moyenne, cela représente 15.2 IVG pour 1000 jeunes femmes dans cette tranche d'âge [2]. Parmi ces femmes, 72% étaient sous contraception efficaces [3]: pilule (20.9%), dispositif intra utérin (8.7%), préservatif (11.8%) [4]. Il existe donc des échecs importants en matière de contraception, aboutissant dans 1 cas sur 2 à une IVG [4].

Par ailleurs, 10 % des adolescents n'utilisent toujours pas de contraceptifs lors de leur premier rapport sexuel.

Pour faire diminuer le nombre d'IVG chez les adolescentes, il semble donc nécessaire de comprendre quelles sont les raisons des échecs et des défauts de contraceptions, afin de trouver de nouvelles solutions à proposer à ces jeunes femmes.

1.2. Malgré une contraception accessible

1.2.1. L'accès à la contraception

Depuis la loi Neuwirth qui légalise la contraception orale en 1967, l'accès et la diffusion des contraceptifs n'ont cessé d'être améliorés, tentant de permettre à toutes les femmes en âge de procréer de maîtriser leur fécondité. [5] Depuis 2004, l'accès à une contraception adaptée est officiellement devenu un objectif de santé publique. [6]

La législation en faveur des mineures

Première cible des législateurs en 1974 : les mineures. Jusque là, celles-ci se voient contraintes d'obtenir le consentement parental avant d'accéder à une contraception. La loi n°74-1026 abroge cette condition, et permet la délivrance gratuite de contraceptifs sur prescription médicale pour tous mineurs désirant garder le secret.

En 2000, la contraception d'urgence devient gratuite pour les mineures, et disponible sans ordonnance auprès des pharmaciens, ainsi que dans certains établissements scolaires (Article L5134-1 du code de la Santé Publique). [7]

Ainsi, de nos jours, les mineurs peuvent donc avoir recours à la contraception sans que leurs parents ne soient théoriquement au courant. Néanmoins, il persiste des obstacles dans ce parcours : le recours aux médecins, avec la peur d'un secret médical non appliqué ainsi que le coût de la consultation, le manque de confidentialité des circuits de remboursements, le coût des produits contraceptifs non remboursés...

Pour parer à ces difficultés, différents moyens ont été mis en œuvre.

Les Centres de planifications et d'éducation familiale

Créé en 1972, les centres de planifications et d'éducation familiale (CPEF), ont pour mission, entre autres, de permettre aux mineurs un accès libre, gratuit et surtout anonyme à tous les types de contraceptifs.

Néanmoins, il existe une forte disparité dans leur répartition géographique, et particulièrement dans les régions rurales, où la densité de population est faible. Ainsi la majorité des départements comprennent entre 5 et 20 CPEF. [8]

Par ailleurs, leurs horaires d'ouverture ne coïncident pas toujours avec les possibilités des adolescents, soumis au rythme de la vie scolaire. Ainsi, certains centres ouvrent de 8h30 à 17h, et d'autres ne disposent que de quelques demi-journées par semaine. [9]

Le pass contraception

Dernier né en matière d'accès à la contraception, le « Pass contraception » est actuellement en place dans trois régions : Poitou-Charentes, Île de France et Rhône Alpes.

Utilisé depuis 2009 en Poitou-Charentes, ce pass concerne les jeunes filles mineures ou majeures des lycées, des établissements régionaux d'enseignement adapté, et des centres de formation des apprentis de Poitou-Charentes. Il est distribué par les professionnels de santé libéraux et scolaires ou des associations spécialisées. Renouvelable, il se présente sous la forme d'un chéquier de 7 coupons valables chez l'ensemble des professionnels de santé de la région [8]. Il permet un accès gratuit et anonyme pour :

- Deux consultations médicales chez un médecin généraliste, un gynécologue, un pédiatre ou une sage-femme,
- Une prise de sang et les analyses biologiques nécessaires (glycémie et bilan lipidique)

- L'obtention du contraceptif pour 6 mois dans une pharmacie.

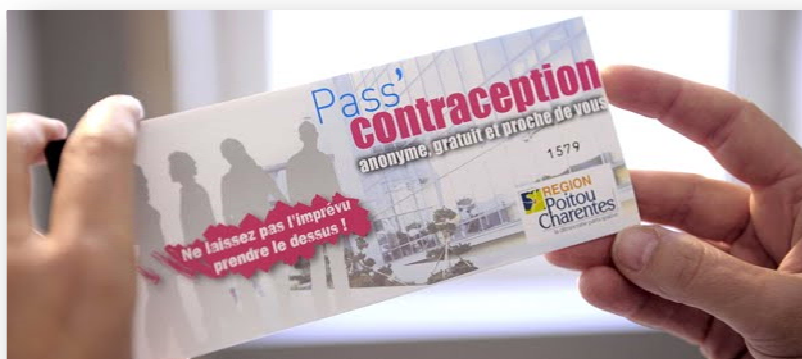


Figure 1:« Le Pass contraception en Poitou-Charentes »

Le pass Francilien, en test depuis la rentrée 2011 avant sa généralisation, concerne les élèves de 15 ans des classes de seconde des lycées généraux ou dans les classes d'âge ou niveau équivalent des lycées professionnels, des centres de formation d'apprentis ou des instituts de formations sanitaires et sociales peuvent ainsi en bénéficier [10]. Non renouvelable, il est distribué par les infirmières scolaires et les référents santé [11]. Si sa forme est similaire à celui utilisé en Poitou-Charentes [12], il comporte ses spécificités :

- après délivrance du chéquier, l'utilisation des coupons est limitée dans le temps. [13]
- seuls les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes sont concernés [12]
- Une brochure éducative sur les infections sexuellement transmissibles (IST) est en outre remise lors de la délivrance du pass [10].

En Rhône Alpes, le dispositif est intégré à la carte M'RA (qui permet déjà l'achat de livres scolaire ou la pratique d'un sport) depuis 2011. Ouvert aux jeunes femmes et jeunes hommes de 15 à 25 ans, fréquentant un lycée, un centre de formation d'apprentis, une mission locale ou encore une école sanitaire et sociale [14], il permet l'accès à une consultation, une prise de sang et une analyse médicale (dans le cadre de la contraception ou le dépistage des IST), la délivrance d'un mode contraceptif et d'une méthode de prévention et de réduction des risques de transmission des IST [15].

Dans ces 3 régions, les actes médicaux et les rémunérations des professionnels de santé sont pris en charge par les conseils régionaux sur la base de montants plafonds prédéfinis propres à chaque région. Ainsi la région Île de France payera 23 euros pour une consultation sage-femme [12].

De nombreux professionnels à l'écoute.

Les adolescentes sont majoritairement en bonne santé, et leurs motifs de consultations en gynécologie se limitent bien souvent à la demande d'une contraception, et à un suivi de prévention (frottis...). Face à ce public, les médecins généralistes, les gynécologues mais aussi les sages femmes sont en première ligne.

En effet, depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » du 21 juillet 2009, les sages-femmes ont vu leur champ en matière de prescription de contraception s'élargir. Elles disposent ainsi du droit de prescription d'une contraception chez toute femme en bonne santé, dans le cadre d'un suivi gynécologique de prévention [16]. Un médecin, gynécologue ou généraliste, prendra le relai en cas de situations pathologiques.

Loin de prendre la place des médecins, qu'ils soient généralistes ou gynécologues, les sages-femmes, peuvent proposer une nouvelle alternative aux jeunes femmes en bonne santé pour les aider à devenir actrice de leur contraception.

1.2.2. L'information à la contraception

De larges campagnes d'informations

Depuis les années 80 et l'émergence de l'épidémie du SIDA, de larges campagnes d'informations et de sensibilisation ont été menées concernant les IST et l'utilisation du préservatif. Depuis les années 2000, la contraception est également devenue un des sujets de ces campagnes d'informations. Tous les médias ont alors été sollicités afin de toucher le plus grand nombre : spot télévisuels, internet, radio, magazine, brochures...

Néanmoins ce n'est que depuis 2007 que les campagnes sont axées sur la pluralité des méthodes contraceptives. Divers angles d'approches sont abordés : les

moyens contraceptifs, l'implication de la femme dans le choix de sa contraception, l'implication des hommes dans la contraception ou plus récemment les oublis.

Souvent cibles et parfois mis en scène par ces campagnes, les adolescents sont un public privilégié pour ces sensibilisations de masse. En effet, adulte de demain, on peut espérer qu'en adaptant des bonnes conduites contraceptives dès les premiers moments d'utilisation on peut espérer qu'elles perdureront à l'âge adulte.

L'éducation à la sexualité

Si le pass contraception a pu être introduit dans les lycées, c'est grâce aux politiques de Santé Publique qui ont mis en place depuis les années 70, des « informations à la sexualité ». Si les premières informations mise en place concernaient avant tout des données physiques et physiologiques, peu à peu une véritable « éducation » à la sexualité a été instaurée. Animées par des professionnels de santé, ses séances mettent l'accent sur les relations amoureuses, les relations sexuelles et les modes de contraception.

Ces séances sont obligatoires, de part la loi n°2004-806 qui stipule qu'il doit y avoir au moins « 3 séances annuelles et par groupe d'âge homogènes », et ceci dans les « écoles, collèges et lycées » [17].

Néanmoins, cette éducation sexuelle s'avère encore peu fréquente (entre 2 et 3 en moyenne au cours de la scolarité), et bien loin de la fréquence prévue par la loi. Par ailleurs, leur contenu et le support des informations s'avèrent parfois inadaptés face aux attentes des jeunes. En effet, le contenu des cours donnés par les professeurs de sciences de la vie et de la terre (SVT) est parfois redondant avec les séances organisées par les intervenants extérieurs (notamment sur la physiologie, l'anatomie, les MST). Les jeunes montrent alors une curiosité plus axée sur l'acte sexuel, le premier rapport, la contraception, l'IVG, la maîtrise des facteurs de risques... [18]. De plus, ces séances ne parviennent pas toujours à concilier l'aspect technique avec l'aspect romantique, décrit par la société via les médias.

Concernant le support, le recours aux cours théoriques, les discussions autour d'un support visuel (schéma, photo) ou d'un objet contraceptif sont les méthodes les plus usitées car connues et simples à mettre en place. Néanmoins, face aux avancées des outils de communication de plus en plus interactifs, ils peuvent paraître un peu

« démodés » et rebuter certains adolescents, plus enclin à se tourner vers des moyens plus ludiques : jeux de rôles, vidéo, jeux de société...

1.2.3. La volonté d'une contraception adaptée

Depuis 2004, la contraception est officiellement devenue un objectif de santé publique par la loi n°2004-806 [19]. Dans le même temps, la haute autorité de santé (HAS) rédige de nouvelles recommandations à destination des professionnels de santé. Ces recommandations abordent différentes facettes de la contraception : les méthodes contraceptives disponibles, les options contraceptives en fonction de la situation de la femme (adolescence, post abortum, post partum, oubli, changement de contraception...), les facteurs psycho-sociaux à prendre en compte lors du choix de la méthode et enfin l'accompagnement des femmes et des couples dans le choix de cette méthode [20].

Pour les adolescentes, les méthodes préconisées sont le préservatif masculin et la contraception hormonale (surtout oestroprogestative). L'implant, ainsi que le patch transdermique sont indiqués en cas d'oubli répétés.

Des recommandations concernant la consultation ont également été émises : une consultation confidentielle en l'absence des parents, un examen gynécologique non obligatoire en l'absence de symptômes, l'importance de la neutralité et de l'absence d'a priori du praticien, et enfin des méthodes d'interrogatoire spécifiques. Le praticien doit ainsi se montrer « ouvert », disponible, empathique, à l'écoute, favoriser le dialogue [21]...

Si tous ces moyens ont été mis en place dans le but d'offrir à tous, et notamment aux jeunes, une contraception adaptée, il n'en reste pas moins que l'adolescence est une période délicate, avec des caractéristiques propres dont il faut prendre conscience.

2. L'ADOLESCENCE : UNE PÉRIODE À RISQUE

2.1. Généralités

La perception de l'adolescence varie selon les pays et les époques. Bien qu'elle ait toujours existée, les sociétés occidentales lui ont donnée depuis quelques décennies une place de plus en plus importante au fur et à mesure que disparaissaient les rites de passage à l'âge adulte.

2.1.1. Définitions

S'il existe de multiples définitions de l'adolescence toutes s'accordent sur un point : il s'agit d'une période charnière de la vie, où le sujet n'est plus tout à fait un enfant mais pas encore un adulte. L'organisation mondiale de la santé considère que cette période englobe les individus âgés de 10 à 19 ans.

Période de transition, il s'agit également d'un temps d'évolution : corporellement grâce aux phénomènes pubertaires, psychologiquement avec l'acquisition de l'identité et de l'autonomie, et socialement avec les modifications relationnelles avec l'entourage familial, les pairs et le milieu scolaire [22].

2.1.2. Un corps en changement

Phénomène physiologique, la puberté marque l'entrée dans l'adolescence. Le corps est alors complètement remanié jusqu'à l'acquisition de la fonction reproductrice.

La mise en place progressive du système hormonal, le développement des organes génitaux, ainsi que des caractères sexuels secondaires tels que la pilosité, le développement des seins, la mue de la voix, vont amener de nouveaux besoins dans la vie de l'adolescent. Et peu à peu, une nouvelle vie, amoureuse et sexuelle, va s'entrelacer avec la précédente.

Avec un âge moyen des premières règles à 12 ans et demi, la puberté est de plus en plus précoce, notamment chez les jeunes filles. Cette précocité ne va pas sans soulever certaines questions sociales importantes. En effet, les adolescents se retrouvent confrontés à un corps pubère et sexuellement mûr alors qu'ils sont toujours dans une phase de dépendance vis-à-vis de leurs parents.

2.1.3. Un psychisme en construction

Parallèlement à ces changements physiques, l'adolescent subit de profond remaniement psychique. En perpétuelle recherche de lui-même, il peut être tour à tour révolté, conformiste, heureux et malheureux. Confronté à des questions sur lui-même, sur les autres et sur ses relations avec le monde extérieur, il construit peu à peu sa personnalité. Plusieurs phases sont nécessaires à cette construction [23,24].

La première phase consiste en une séparation avec les parents. L'adolescent se découvre lui-même, et apprend à connaître et reconnaître ce corps qui change et contre lequel il ne peut rien. Afin de l'appivoiser, l'adolescent a besoin pour se trouver de s'éloigner des « acquis familiaux ». En effet, à l'âge où une vie sexuelle est désormais possible, il doit se détacher des figures œdipiennes pour s'orienter vers d'autres objets sexuels.

La seconde phase est une phase de réclusion. C'est une période au cours de laquelle, l'adolescent, centré sur lui-même, se cherche et recherche des connaissances et des savoirs qu'il n'avait pas jusque-là, comme la sexualité. C'est le temps des premières et nouvelles expériences : premier flirt, première relation à deux, premier rapport sexuel...

La troisième phase correspond à un retour, à une réintégration à la société. L'adolescent, armé de ce nouveau corps et de ces nouvelles connaissances doit alors trouver sa place dans la société.

2.2. La sexualité des adolescents

2.2.1. Des premières expériences...

En France, l'âge moyen du premier rapport sexuel semble s'être stabilisé depuis quelques années autour de 17 ans et demi [25]. Néanmoins, on observe une translation vers des âges plus jeunes, puisque plus de 20 % des adolescents de 15 ans déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels [26].

Loin des idées transmises par les médias, la sexualité à l'adolescence se traduit en général par des rapports sexuels sporadiques (de l'ordre de 5 à 15 par an) et imprévus (63% ont lieu lors des vacances scolaires), dans le cadre de relations monogames plus ou moins longues, où la fidélité et l'affectivité sont prônées [27].

2.2.2. ...Plus ou moins risquées

Toutes relations hétérosexuelles présentent un risque de grossesse et de contamination par une infection sexuellement transmissible. Chez l'adolescent, ces risques sont multipliés. Du fait de leur caractère épisodique d'abord, qui implique d'être « toujours prêt », et donc d'avoir toujours un préservatif sur soi. Et ensuite par le biais même de l'adolescence.

En effet, la prise de risque est une des composantes essentielles de cet âge : le jeune souhaite tester ses limites propres, mais aussi celle posée par le parent, et d'une manière générale la société. A cela s'ajoute un sentiment d'invulnérabilité qui lui permet de passer à l'acte dans des situations potentiellement risquées, comme l'est une relation sexuelle.

Par ailleurs, l'absence de toute contraception à cet âge peut répondre à une idéalisation romantique de l'acte sexuel [28]. Le risque pris peut alors être interprété comme une preuve d'amour et de confiance en abandonnant son existence à l'autre.

2.2.3. Plus ou moins acceptées par la société

Sexualité et procréation semble de nos jours complètement dissociés. Concernant les adolescents, si la première est tolérée, la seconde reste assez mal vue. En effet, la grossesse chez ces jeunes filles reste encore assez mal acceptée, d'autant plus avec l'arsenal contraceptif existant. Ainsi, si l'on reconnaît le droit à une sexualité à partir de la puberté, le droit à un désir d'enfant reste lui tabou [29].

2.3. La contraception

2.3.1. Les méthodes utilisées, la première fois et après.

Largement diffusé par les campagnes de prévention contre les infections sexuellement transmissibles, l'usage du préservatif masculin est entré dans les mœurs. Facile d'accès, à la fois bouclier contre les IST et une éventuelle grossesse, il est plébiscité dans 85% des cas pour un premier rapport [30]. On observe néanmoins depuis quelques années, une baisse de sa popularité : accusé d'amoindrir les sensations de plaisir, effet barrière entre les amants ou encore preuve d'un manque de confiance envers son partenaire.

Suit ensuite la pilule contraceptive qui, schématiquement vient s'associer un temps au préservatif masculin avant de le remplacer complètement. 83 % des

adolescentes sous contraception l'utilisent [31]. Prescrite en première intention chez les jeunes filles, elle dispose d'une bonne image : fiable, adaptée à des rapports sexuels réguliers, discrète et pratique. Il persiste néanmoins des clichés à son sujet et notamment concernant la prise de poids.

2.3.2. Des pratiques contraceptives sous influences

Tournés vers ses pairs, et souvent entourés d'un groupe d'amis plus ou moins restreint, l'adolescent, et surtout l'adolescente va être plus encline à se tourner vers ses amis afin d'aborder des sujets intimes comme peut l'être celui de la contraception [32].

Malgré ce phénomène d'identification à ses pairs, l'adolescent reste attentif au discours parental dans le cadre de la contraception, et notamment celui de la mère. Ainsi, des études ont montré qu'une information donnée par des parents divise par deux, l'absence de contraception lors d'un premier rapport [33].

L'école, ainsi que les médias (et notamment Internet) sont les deux autres sources d'information vers lesquels se tournent les adolescents.

2.3.3. Des problèmes persistants

Malgré de nombreuses sources d'informations et une accessibilité plus aisée à la contraception, de nombreux problèmes existent et peuvent conduire à des échecs contraceptifs.

Des difficultés d'utilisation

Les moyens contraceptifs plébiscités par les adolescents sont le préservatif et la pilule.

Le préservatif masculin, s'il est le seul moyen de protection contre les IST, n'est cependant pas suffisant en matière de contraception chez les adolescents. Son taux d'échec est ainsi de 17.8% dans cette population contre 11.5% chez des utilisateurs plus âgés [34]. L'une des raisons principales de ces échecs résulte principalement d'une mauvaise utilisation amenant à des accidents (rupture, glissement intra-vaginal...).

La pilule, le plus souvent oestro-progestative, ne présente pas de difficultés techniques pour sa prise : il « suffit » de prendre un comprimé par jour. L'adhésion à la contraception orale à l'adolescence peut toutefois s'avérer difficile, et notamment en ce qui concerne l'observance. En effet, lors de l'étude COCON menée en 2000, il a été montré que chez des femmes adultes, 20% oublient un comprimé dans le mois. Ce taux

augmente par ailleurs significativement lorsque leurs rapports sexuels sont irréguliers, en l'absence de « routine contraceptive » et lorsque la femme ne se sent pas impliquée dans le choix de sa contraception [34]. Ces situations se retrouvent simultanément chez les adolescentes, chez qui d'éventuels effets indésirables paraissent intolérables.

Des difficultés pratiques

Aux problèmes techniques se surajoutent bien souvent des difficultés pratiques, tel que le coût du contraceptif mais aussi son accès.

L'aspect financier

Il existe une grande variété de préservatifs masculins. Facile d'accès (pharmacie, grande surface, distributeurs automatiques...), on peut le trouver à partir de 20 centimes l'unité.

Les pilules contraceptives sont disponibles en pharmacie. Leurs prix varient de 5 à 36 euros pour trois mois [35]. Certaines sont remboursées à 65% par la sécurité sociale. Il est cependant à noter que les adolescentes sont en général rattachées à l'un de leurs parents, qui a donc ainsi connaissance des remboursements. Il en va de même pour le coût de la consultation médicale nécessaire à la prescription d'une contraception.

L'aspect médical

Si les préservatifs masculins sont en vente libre et ne nécessite aucune prescription médicale, ce n'est pas le cas des moyens contraceptifs médicaux, comme la pilule.

Ainsi afin d'obtenir ce mode de contraception, la jeune fille doit obligatoirement voir un professionnel de santé, qui pourra alors lui délivrer une ordonnance ainsi que les bilans biologiques nécessaires à la prise d'un contraceptif. Ces examens peuvent être source d'angoisse pour la jeune fille : peur de l'examen gynécologique, peur de la prise de sang...

Par ailleurs, la nécessité de passer par un professionnel de santé pour obtenir une pilule par exemple, peut être vécue comme une ingérence dans la vie intime de l'adolescente et être assimilée à une dépendance prolongée aux parents, ou du moins à un adulte, à un âge où l'on revendique sa volonté d'indépendance et d'autonomie.

L'aspect familial

Si la société occidentale actuelle semble globalement accepter la sexualité à l'adolescence, le sujet n'est pas toujours facilement abordable en famille. La demande d'une contraception peut alors se révéler délicate ou tout simplement impossible pour certains adolescents. Et la prise, tout comme le conditionnement du contraceptif devra alors se dérouler en cachette, dans la crainte de se voir découvert un jour [36]. Souvent mal vécue, cette dissimulation pourra entraîner à plus ou moins long terme, l'arrêt du contraceptif.

Des freins psychologiques

A toutes ces difficultés matérielles, nous pouvons ajouter des obstacles d'ordre psychologiques.

L'officialisation d'une relation

Demander ou acheter une contraception, c'est « officialiser » les rapports entretenus avec le sexe opposé aux yeux de la société, et des adultes de son entourage, et notamment de ses parents. Le refus de la contraception pourra alors être considéré comme une volonté de préserver la relation amoureuse de l'intrusion des adultes.

La volonté de prouver sa « normalité » dans sa capacité à être enceinte

Avec l'apparition de la fonction reproductrice, l'adolescente se pose de nombreuses questions, et notamment sur sa capacité à concevoir des enfants. Or la prise d'une contraception va supprimer, temporairement, cette capacité qu'elle n'a pas encore éprouvée. Cette suspension peut alors être une source d'anxiété et de rejet plus ou moins conscient de la contraception.

La période d'adolescence

L'un des freins à la mise en place de la contraception chez les adolescents provient du fait que justement ils soient adolescents. Les sentiments d'invulnérabilité (« ça ne peut pas m'arriver à moi »), l'aspect spontané et imprévu de ces relations, ainsi que la volonté d'afficher son indépendance sont autant d'obstacles à une contraception régulière.

Par ailleurs, les expériences des pairs représentent à cet âge un certain point de repère, qui font persister de nombreux préjugés : « la pilule fait grossir, elle rend stérile », « une grossesse n'est possible qu'au 14^{ème} jour »... [37]

La contraception à l'adolescence a donc ses problèmes spécifiques du fait de son public en perpétuel changement, avec ses codes et ses envies. Nous avons ainsi pu voir que les informations concernant la contraception ne manquaient pas, que l'accès aux contraceptifs a été facilité pour les mineurs et de nombreuses méthodes contraceptives sont présentes sur le marché. Néanmoins à toutes ces innovations se heurte la complexité de la psychologie adolescente, et de nombreux échecs contraceptifs sont à l'origine d'interruptions volontaires de grossesse.

Mais alors quelles sont les raisons de ces échecs : persistent-ils des obstacles socio-économiques dans le parcours d'accès à la contraception ? Existe-t-il un manque d'information sur les méthodes de rattrapages en cas d'oublis ? Les moyens de contraceptions existants sont-ils adaptés et souhaités par les adolescentes ?

Partie 2 : L'étude

1. L'ÉTUDE

1.1. Justification

En France, la législation a permis de faciliter l'information, l'accès et la diffusion de la contraception, notamment pour les mineures, et de nombreuses méthodes de contraception existent sur le marché. Néanmoins 10 % des adolescents ayant une vie sexuelle n'utilisent pas de moyen de contraception, et les échecs de contraception sont plus élevés dans cette tranche d'âge.

Il existe donc un réel problème entre les moyens mis en œuvre pour l'accès à l'information et l'accès à la contraception et la population des 15-18 ans.

Déjà confrontées aux échecs de contraception chez les adolescentes (dans le cadre des CPEF, des grossesses « accidentelles »...), les sages femmes sont désormais habilitées à prescrire une contraception dans le cadre d'un suivi gynécologique de prévention par la loi HPST, ce qui vise, entre autres, cette population. Il semble alors intéressant, en tant que futur professionnel de santé, de mieux comprendre ces échecs afin de mieux les prévenir.

1.2. Buts

L'objectif principal de notre étude sera de répondre à la problématique suivante :
comment expliquer les défauts de contraception chez les adolescents nancéens de 15 à 18 ans, en 2011 ?

Les hypothèses seront :

- La persistance d'obstacle socio-économique dans l'accès à la contraception
- Une inadéquation entre la méthode de contraception utilisée et les souhaits de l'adolescente.
- La persistance d'idées reçues, et un manque d'information sur les recours en cas d'oubli de contraception.
- Un manque d'adaptation des professionnels de santé.

Pour cela, nous réaliserons une étude épidémiologique descriptive monocentrique, par questionnaire, non randomisées auprès d'adolescents de 15 à 18 ans de Nancy et du Grand Nancy.

1.3. Présentation et mise en place

Choix de la population

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la définition de l'adolescence est mouvante selon les auteurs, et il n'y a pas d'âge strict pour la caractériser. Néanmoins, il nous a fallu déterminer une tranche d'âge pour l'étude. Pour ce faire, nous sommes partis de deux constatations :

- L'âge moyen du premier rapport sexuel se situe aux alentours de 17 ans,
- Les enseignements en matière de sexualité se font principalement en 4ème.

Ainsi pour avoir des sujets concernés et informés sur la contraception, il a paru judicieux de borner la tranche d'âge à 15 ans comme minimum. En effet, les sujets à partir de cet âge devront tous avoir eu au moins une information concernant la sexualité et la contraception. Par ailleurs, il s'agit de l'âge minimal retrouvé dans les enquêtes nationales sur ce sujet. Le maximum de 18 ans a été fixé par la définition légale de l'adolescence.

Il nous semblait alors judicieux d'interroger des élèves de seconde générale âgés de 15 à 18 ans dans un lycée de Nancy. L'idéal aurait été de pouvoir questionner des adolescents dans plusieurs lycées, d'enseignement général et technologique, ainsi que dans les centres de formation sur plusieurs niveaux. Cependant pour des raisons pratiques et temporelles, cela n'a pas été possible.

Notre étude a donc eu lieu auprès des lycéens de seconde générale du lycée Frédéric Chopin sur la période d'avril à juin 2011 lors des séances d'éducation à la sexualité encadrée par Mme Pontus. Sage-femme du centre de planification de l'Hôpital central, chargée entre autres, de la prévention en matière de contraception et d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires du Grand Nancy, il semblait légitime au

vu de son expérience dans ce domaine que nous la choisissons comme expert pour ce mémoire.

Méthode d'évaluation

Afin d'interroger un grand nombre d'adolescents, le questionnaire (annexe n°1) semblait être l'outil le plus adapté et le plus efficace pour recueillir des données sur un sujet aussi intime qu'est la contraception. Par ailleurs cette méthode permettait de garantir l'anonymat des adolescents, qui pouvaient ainsi s'exprimer plus librement.

Afin de pouvoir répondre à nos hypothèses, le contenu du questionnaire portait sur trois axes principaux : une présentation de l'individu (âge, sexe) son statut contraceptif (activité sexuelle, prise de contraception...) enfin les problèmes rencontrés face à cette contraception (accès, coûts, information, oublis...)

Distribué lors des séances d'éducation à la sexualité, il se devait d'être court et synthétique afin d'attirer et de capter l'attention des jeunes tout au long de notre travail, pour qu'ils répondent le plus sincèrement possible. Informés en début de séances sur l'étude menée, les adolescents étaient libres de répondre ou non aux questionnaires.

Recueil des données

Au total, 157 questionnaires ont été distribués et récupérés dans 5 classes de seconde générale du lycée Frédéric Chopin à Nancy, au début des séances d'informations à la sexualité. Une information orale sur les causes et les buts de cette enquête, ainsi que sur le caractère anonyme et confidentiel des données, était effectuée par Madame Pontus qui distribuait ensuite les questionnaires. Après une dizaine de minutes, Madame Pontus ramassait les questionnaires qu'elle nous remettait par la suite, en main propre, sous enveloppe.

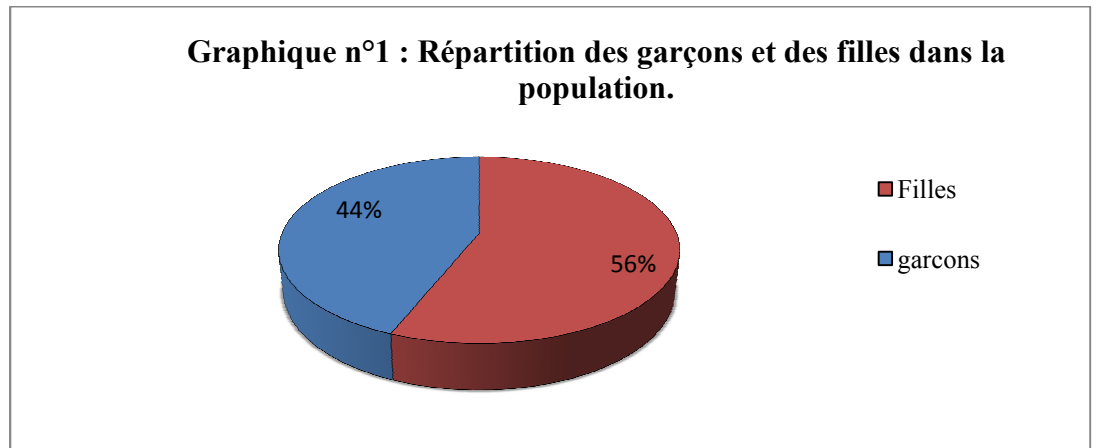
Exploitation et sauvegarde des données

Toutes les informations recueillies par ces questionnaires ont été conservées sur notre ordinateur personnel, ainsi qu'un CD de sauvegarde, le temps de l'étude. Cet archivage des données s'avérait nécessaire dans le cadre du travail d'analyse dont bénéficiera notre étude.

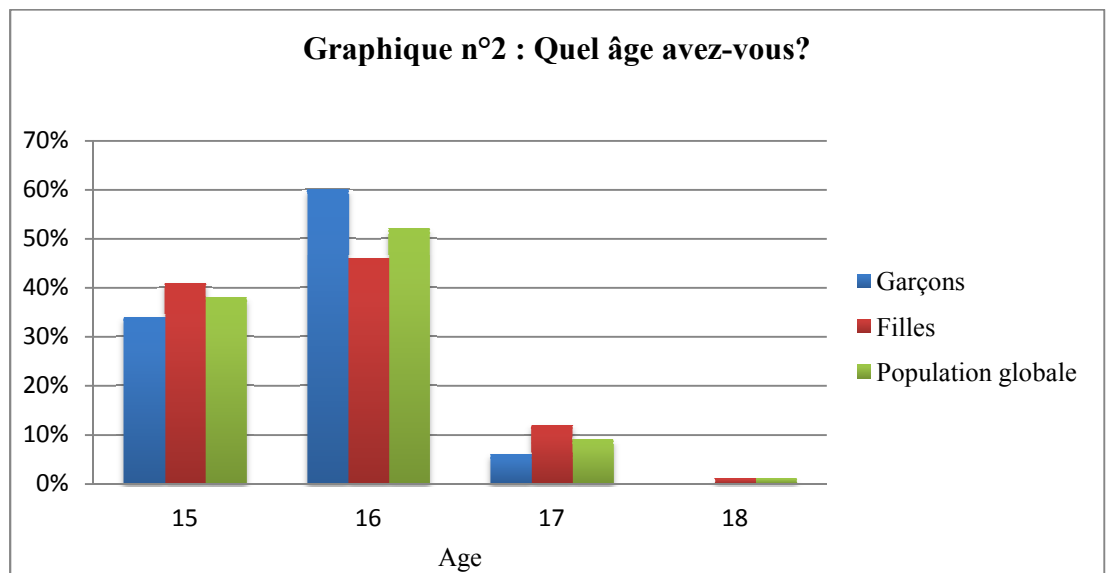
2. LES RÉSULTATS

2.1. Description de la population

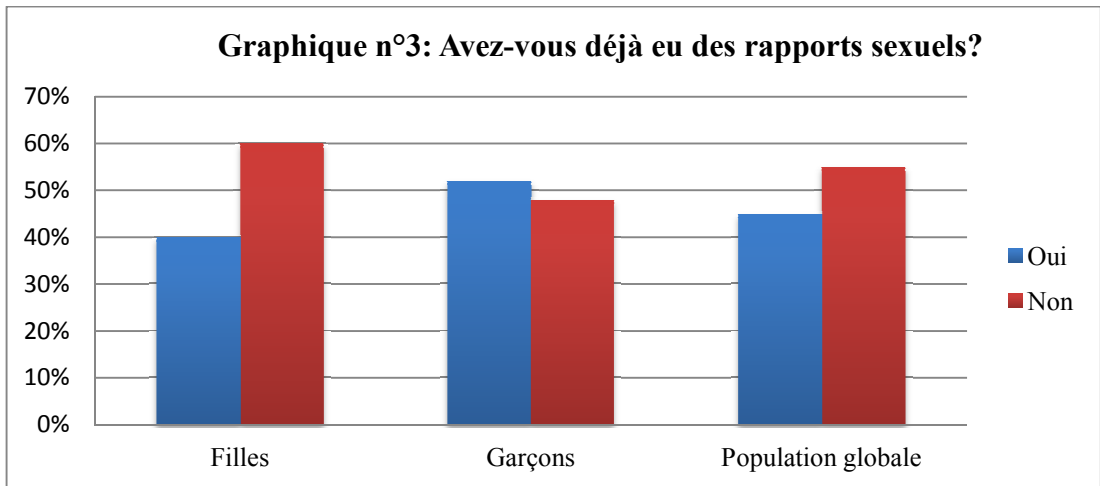
Sur les 157 questionnaires distribués, 148 se sont révélés exploitables, soit un taux de participations de 94.3%.



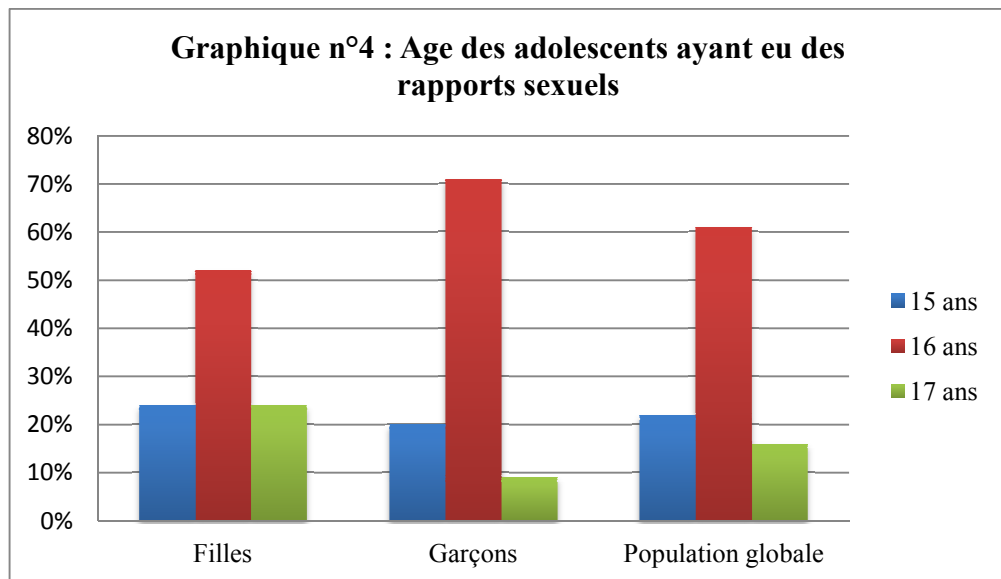
Notre population compte 83 filles et 65 garçons, soit respectivement 56% et 44%.



L'âge moyen de notre population est de 15, 7 ans.

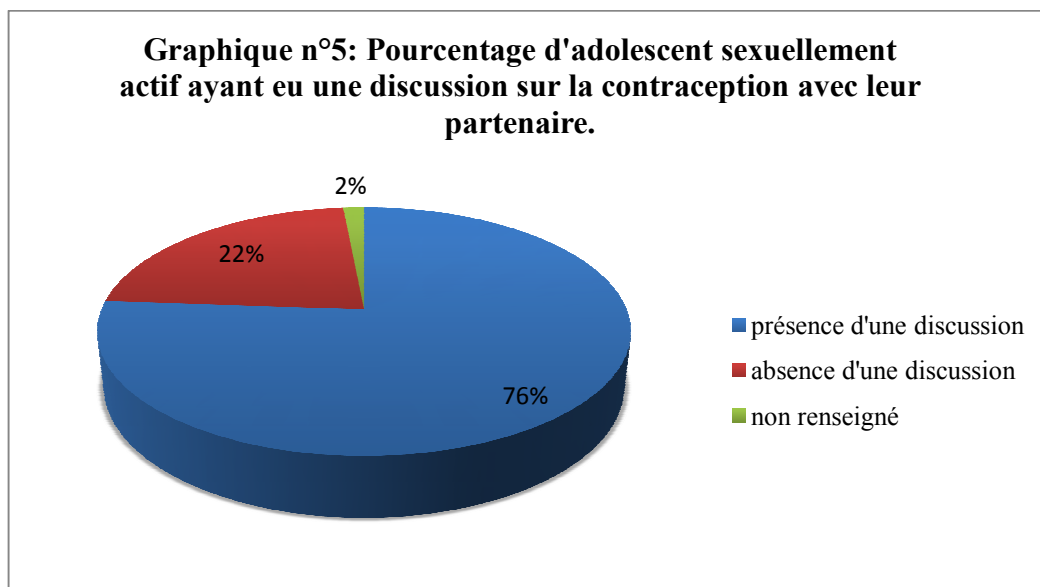


45 % de notre population avait déjà eu des rapports sexuels soit 52 % des garçons et 40 % des filles.

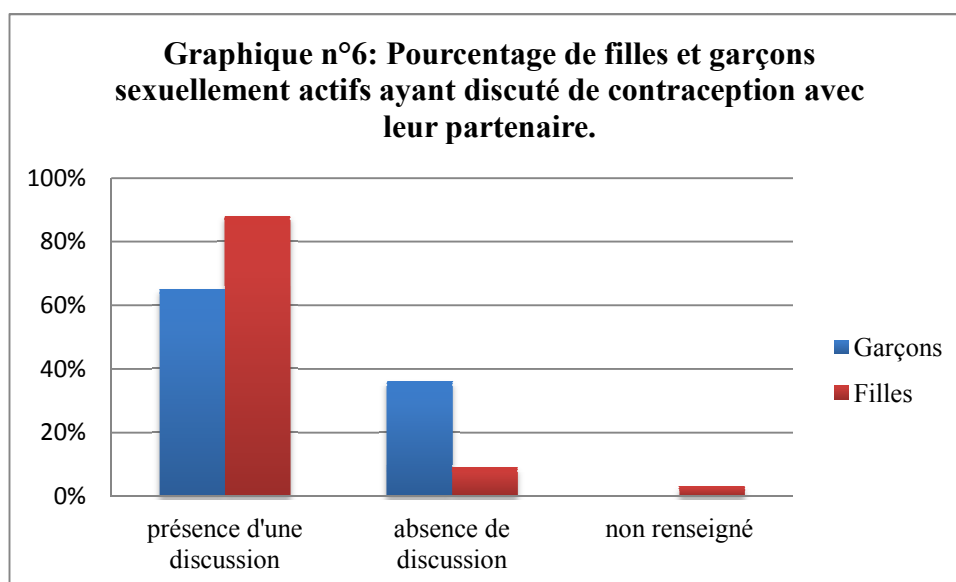


La moyenne d'âge des adolescents ayant eus des rapports sexuels est de 16 ans pour les filles et 15.8 ans pour les garçons.

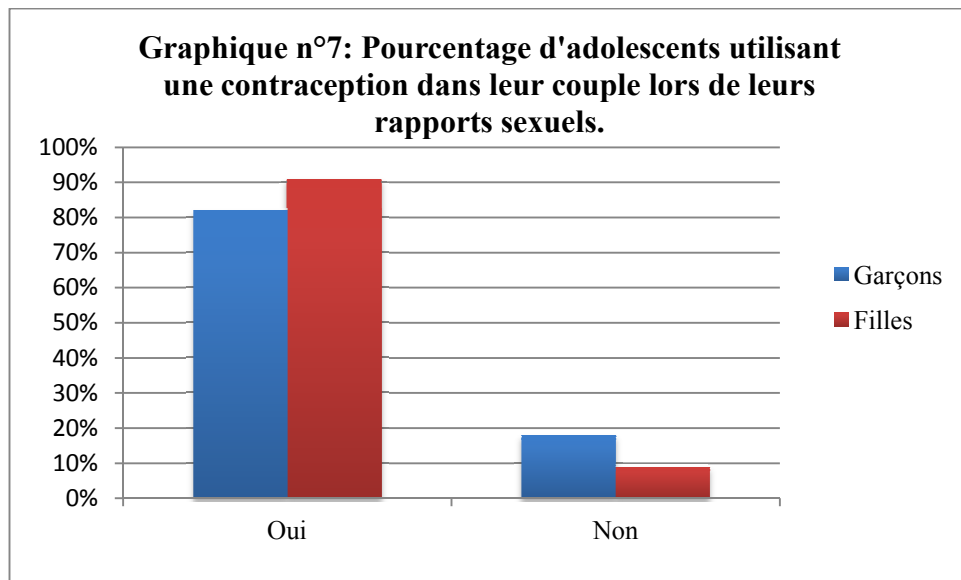
2.2. Situation contraceptive des adolescents sexuellement actifs.



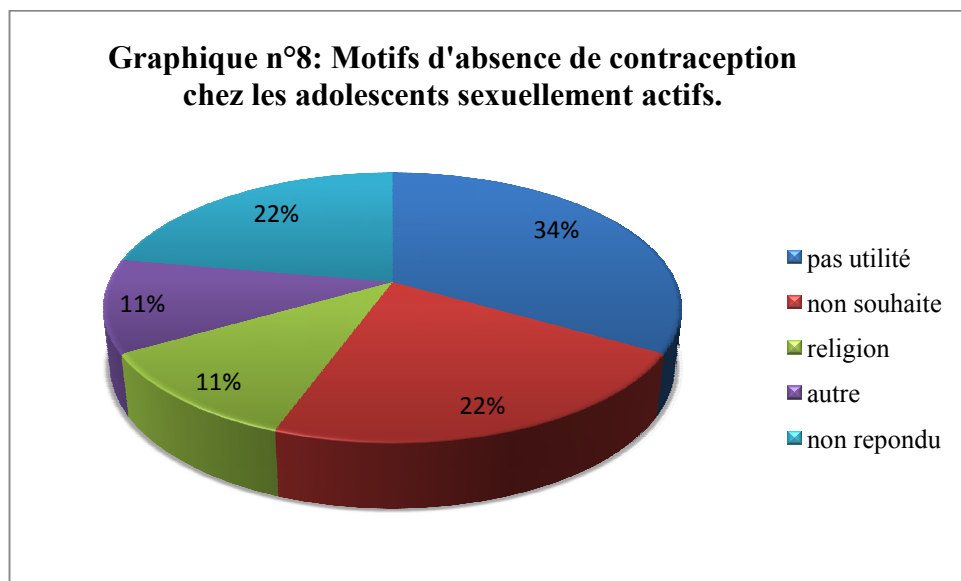
Chez les adolescents sexuellement actifs, 76 % ont discuté de contraception avec leur partenaire.



88% des filles sexuellement active ont une discussion au sujet de la contraception contre 65% des garçons. ($p = 0,012$)

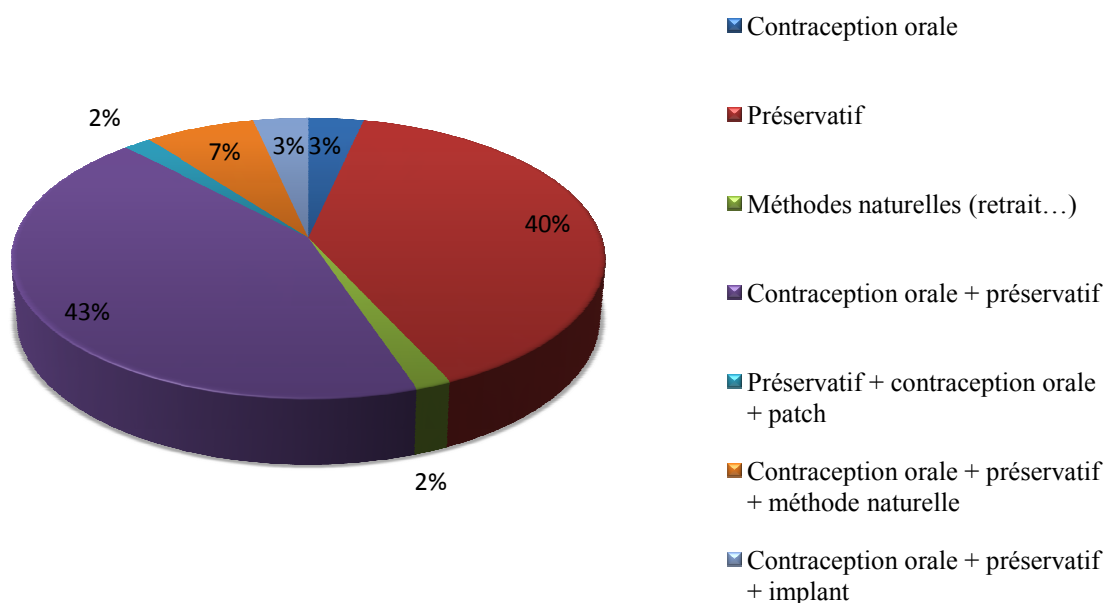


91% des filles et 82% des garçons sexuellement actifs déclarent avoir utilisés, eux ou leur partenaire, une contraception lors de leurs rapports sexuels.



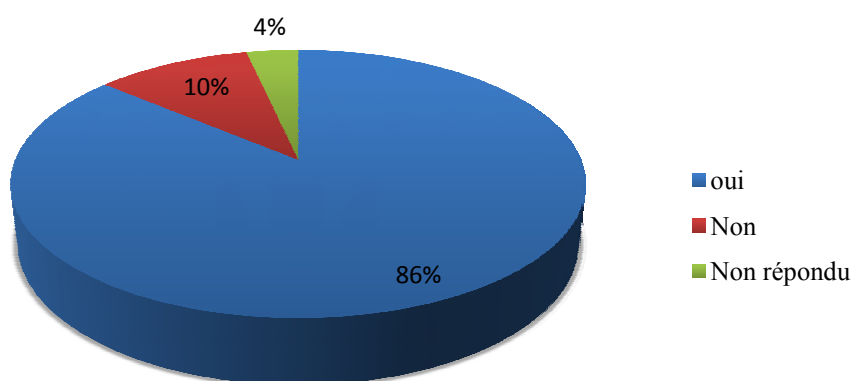
Parmi les adolescents n'utilisant pas de contraception, plusieurs raisons sont évoquées : elle est estimée comme inutile dans 34% des cas, et n'est pas souhaitée dans 22% des cas.

Graphique n°9: Méthodes de contraception utilisées utilisées par les adolescents sexuellement actifs ou leurs partenaires



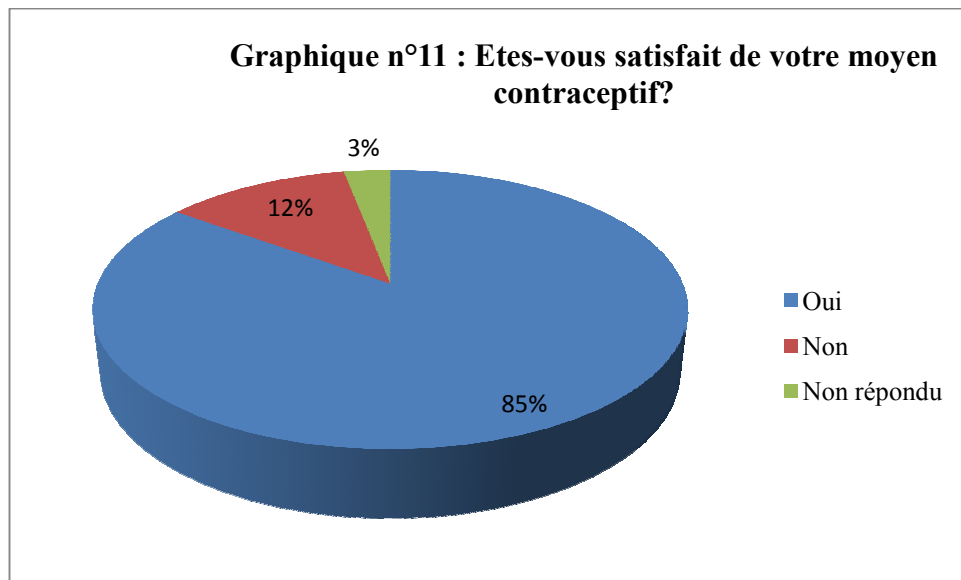
Les méthodes de contraception majoritairement utilisées sont les contraceptifs oraux (58%) et les préservatifs (83%).

Graphique n°10: Le mode de contraception était-il souhaité par l'adolescent?



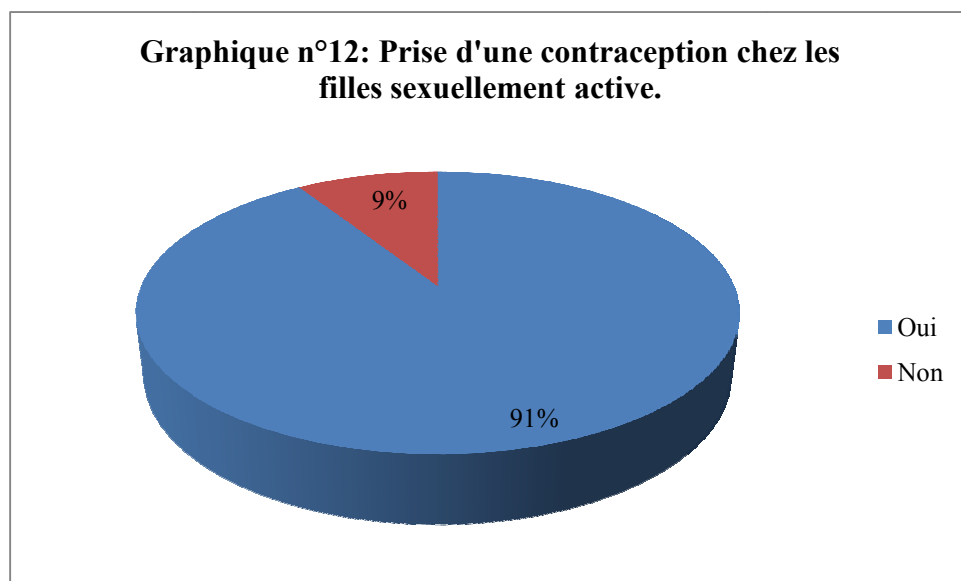
Les adolescents sont majoritairement satisfaits de leurs modes de contraception.

Les 10% d'adolescents qui souhaitent changer de contraception utilisent le préservatif (6 personnes). Ils indiquaient vouloir utiliser la pilule dans les différents cas.



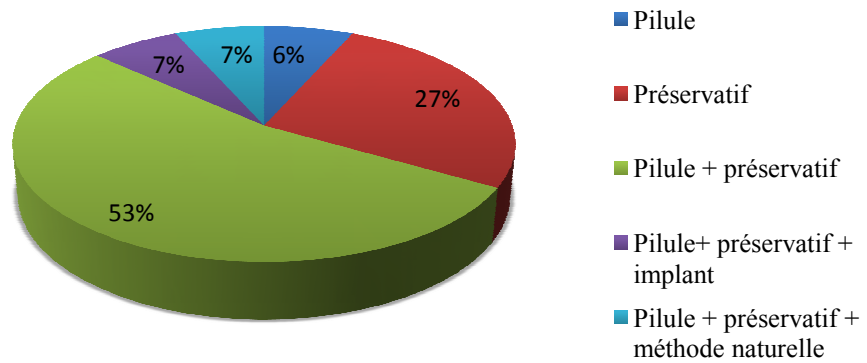
85% des adolescents interrogés déclarent être satisfait de leur méthode contraceptive.

Ce sont les utilisateurs des préservatifs (6 adolescents), et des méthodes naturelles (1 adolescent) qui se déclarent insatisfaits.



Dans notre population 30 filles sexuellement actives utilisent une contraception soit 91% des adolescentes ayant une vie sexuelle.

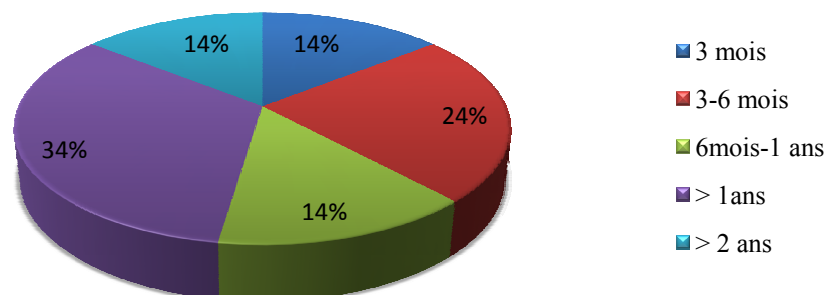
Graphique n°13 : Méthodes contraceptives utilisées par les adolescentes sexuellement actives



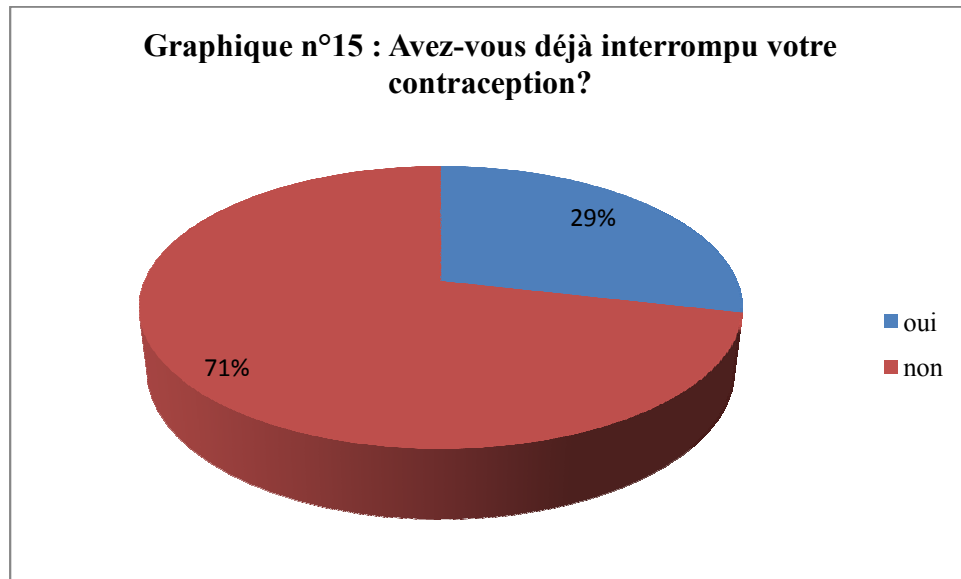
73% d'entre elles utilisent une méthode contraceptive nécessitant une prescription médicale, et toutes avaient déjà utilisé la pilule. 7% avait utilisé l'implant, et 7% les méthodes naturelles.

6% des adolescentes sexuellement active de notre population n'avaient jamais utilisé de préservatifs.

Graphique n°14: Depuis quand prenez-vous votre contraception?



52% des filles sexuellement actives sont sous contraceptif depuis moins de un an.



29% de ces jeunes filles ont déjà interrompu leur contraception

2.3. Aspect problématique des méthodes contraceptives

Tableau n°1 : Prescripteurs des méthodes contraceptives des adolescentes

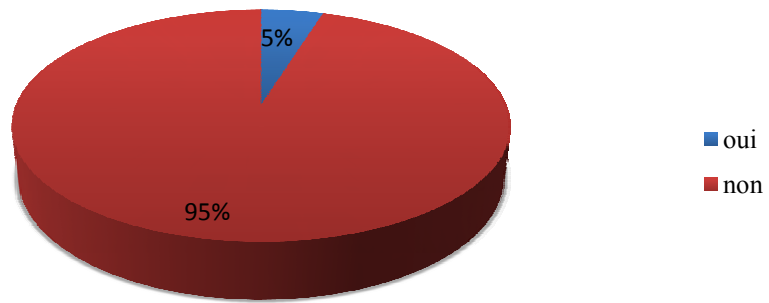
Prescripteurs	Médecins généralistes	Gynécologues	CPEF	Total
Effectifs	6	12	3	21
Pourcentage	29%	57%	14%	100%

Tableau n°2 : Lieu de délivrance des méthodes contraceptives des adolescentes

Lieu procreation	Pharmacie	CPEF	Total
Effectifs	19	3	21
Pourcentage	86%	14%	100%

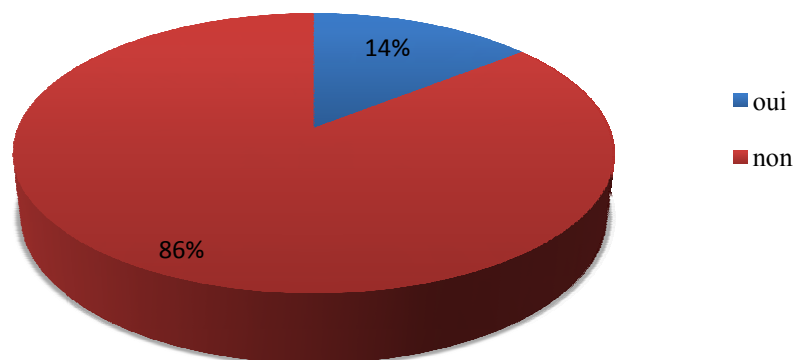
Pour obtenir leur contraceptif, nos adolescentes se tournent majoritairement vers les gynécologues, et la délivrance s'effectue dans une pharmacie.

Graphique n°16: Avez-vous eu des difficultés à vous procurez votre contraceptif?



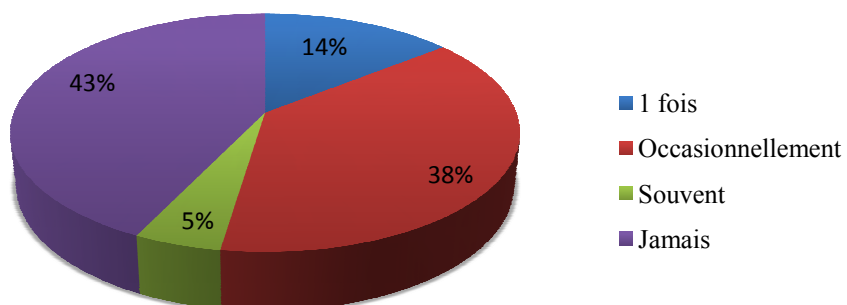
5% de notre population estime avoir eu des difficultés pour se procurer leur contraceptif.

Graphique n°15 : Vous a-t-on prescrit une contraception d'urgence en complément?



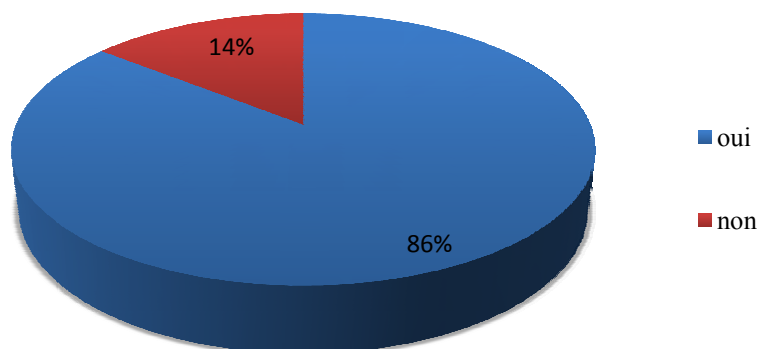
Une contraception d'urgence a été prescrite en complément à 14% de nos adolescentes.

Graphique n°16 : Fréquence des oublis de prise de contraceptif.



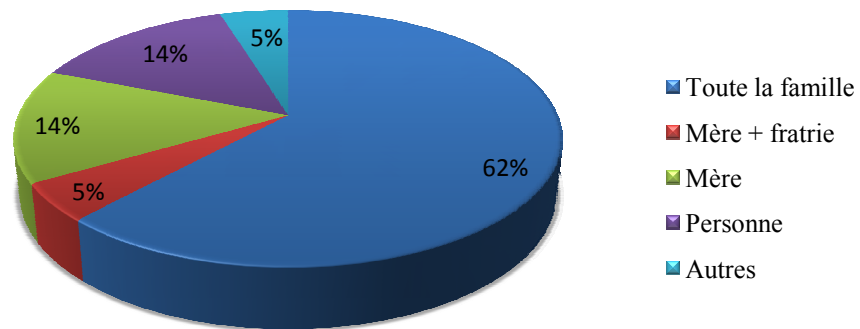
57% des jeunes filles déclarent avoir déjà oublié leur contraceptif au moins une fois

Graphique n°17: Vous estimez-vous suffisamment informée sur la gestion des oublis?



86% des adolescentes s'estiment bien informées concernant la gestion des oublis.

Graphique n°18 : Membre de la famille connaissant la prise de contraceptif.



81 % de nos adolescents ont au moins une personne de leur famille proche (parents, fratrie), au courant de leur statut contraceptif.

On note que les pères sont informés uniquement lorsque les mères le sont aussi.

Trois points fondamentaux ressortent de cette étude. Tout d'abord, certains adolescents ne prennent aucune contraception malgré les moyens mis en œuvre pour en faciliter l'accès. Ensuite les difficultés d'accès à la contraception persistent toujours, bien que les CPEF soient sous utilisés. Et enfin les oublis de contraception sont fréquents et touchent plus d'une adolescente sur deux.

Nous allons maintenant analyser les points précédents et proposer des pistes de recherche.

Partie 3 : Analyse et propositions

1. DES ECHECS DUS AUX OBSTACLES SOCIO-ECONOMIQUES

Bien que la législation ait assoupli l'accès à la contraception pour les mineures, ils persistent des obstacles pour obtenir un contraceptif. Ainsi, 5% des adolescentes sexuellement actives de notre étude ont déclaré rencontrer des difficultés pour se procurer leur moyen de contraception.

1.1. Analyse

5% des adolescentes de notre étude affirment rencontrer des difficultés dans l'obtention de leurs contraceptifs. Nous ne connaissons néanmoins pas précisément la nature des difficultés rencontrées par ces jeunes filles.

Ces adolescentes se sont toutes tournées vers les gynécologues de villes : était-ce une difficulté liée au professionnel de santé ?

Toutes ces jeunes filles se voyaient délivrer leur méthode contraceptive en pharmacie : le problème était-il lié au coût du contraceptif ?

Par ailleurs, dans tous les cas, la mère était au courant de leur situation contraceptive. La difficulté serait-elle liée à l'environnement familial, avec des parents (et plus particulièrement ici, une mère), opposés aux rapports sexuels et donc à la prise d'une contraception ?

14% des adolescentes se sont tournées vers les CPEF et affirment ne pas avoir rencontré de problèmes dans leur accès. Les centres répondent donc à leur mission première de faciliter l'accès à la contraception aux jeunes filles mineures. Néanmoins, ils sont sous utilisés par les adolescentes nancéiennes, qui disposent pourtant actuellement de trois centres présents dans l'agglomération.

1.1.1. Des difficultés orchestrées par les professionnels de santé ?

Les gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes sont en première ligne dans le cadre de la prescription de contraception chez les adolescents.

S'il est rare de nos jours de voir un professionnel de santé refuser de prescrire une contraception à une adolescente, cela peut encore se voir dans le cas de *très* jeune fille.

Les codes de déontologie régissant ces professions mentionnent la possibilité de « se dégager de sa mission à condition de ne pas nuire à sa patiente, de s'assurer que ceux-ci seront soignés et de fournir à cet effet les renseignements utiles » [38]. De cette façon, il semble envisageable qu'un praticien puisse refuser de prescrire un contraceptif à une mineure, pour des motifs personnels. Néanmoins il devra orienter la jeune fille vers un confrère.

S'il semble légitime de conserver un droit de réserve en tant que professionnel de santé, cela pose le problème de la perte de temps dans l'accès à la contraception. En effet, une jeune fille qui se trouve confrontée à un refus de contraception devra alors prendre un rendez-vous chez un autre praticien, dans des délais parfois longs. Or, cette réorientation pourra conduire l'adolescente à retarder la prise d'une contraception, voire à ne pas en prendre du tout.

1.1.2. Des difficultés financières pour accéder à certains contraceptifs ?

Les prix en matière de contraception sont très variables en fonction du type de contraceptif, mais aussi des pharmacies. Les pilules oestroprogestatives ont ainsi des tarifs très variables selon leurs générations : de 5 à 36 euros [39]. Certaines disposent d'un générique et sont remboursées à 65% par la sécurité sociale, quand d'autres ne le sont pas du tout.

En l'absence de remboursement, ou de prise en charge par une mutuelle, la contraception représente ainsi un budget non négligeable pour les adolescents.

1.1.3. Des difficultés familiales ?

La majorité des mères des adolescentes interrogées, étaient au courant du statut contraceptif de leurs filles. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles ont recours à des praticiens libéraux, et entrent par conséquent dans le parcours de soin. Le relevé des remboursements de sécurité sociale du parent, auquel est rattaché l'adolescent, indique nécessairement la consultation, même si le motif n'est pas mentionné. Cette inscription peut représenter une contrainte dans certaines familles, où bien que le secret médical

soit préservé, le motif d'une consultation chez un gynécologue laisse présager des difficultés.

Par ailleurs, les adolescents sont financièrement dépendants de leurs parents. En restant dans le parcours de soins classiques, la jeune fille rend donc sa prise de contraception dépendante de ses parents.

1.2. Propositions

Pour palier à ces difficultés, plusieurs pistes peuvent être envisagées.

1.2.1. Promouvoir les CPEF

De nombreuses prestations sont offertes dans le cadre des CPEF : accueil, conseil et écoute sur les questions liées à la sexualité et l'orientation sexuelle, consultation, accompagnement, prescriptions, délivrance et suivi de la contraception, accompagnement de l'IVG, sensibilisation à la prise de risques, suivi gynécologique, test de grossesse, délivrance de la contraception d'urgence... Néanmoins ils demeurent sous-utilisés par les mineures qui représentent environ 30 % du public accueilli, et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) estime dans son rapport sur les CPEF de juin 2011 que « 5 à 10% des jeunes de moins de 20 ans fréquentent ces centres » [40].

Les problèmes principaux de ces centres proviennent des limites à leurs accessibilités : proximité géographique, horaires d'ouverture et convivialité des locaux. Le facteur économique est également à prendre en considération : à la charge du conseil régional, les moyens alloués aux centres peuvent varier selon les régions, et donc créer des disparités.

Afin de résoudre ces problèmes, diverses solutions sont à envisager :

- Créer des « points relais-contraception » chez des professionnels de santé à l'extérieur du CPEF. Ce point permettrait aux jeunes de se rendre chez un praticien à proximité de leurs domiciles ou de leurs lieux d'enseignement en bénéficiant des mêmes conditions d'anonymat et de gratuité présentes dans les CPEF. Une liste des « professionnels-relais » devrait alors être disponible : dans les CPEF, auprès des infirmières scolaires mais aussi sur internet qui est un moyen de communication non négligeable pour toucher les adolescents.

- Mobiliser les nouvelles compétences des sages-femmes afin d'établir de nouvelles permanences.
- Introduire la possibilité de permanence « contraception/ dépistage des IST » dans le milieu scolaire, en collaboration avec les infirmières scolaires.
- Identifier plus clairement les missions des CPEF : une confusion est souvent faite avec le Planning familial, souvent plus connu par les adolescents. Refondre explicitement le nom des CPEF avec leurs missions pourraient être plus « parlant » pour les jeunes.

1.2.2. Privilégier les contraceptifs remboursés

Le coût des contraceptifs représentent un budget non négligeable, en particulier pour les jeunes n'accédant pas aux CPEF. Les contraceptifs recommandés en première intention chez les adolescents sont les contraceptifs oraux oestroprogestatifs. Il conviendrait donc, devant un public adolescent aux moyens limités, de privilégier les pilules remboursées par la sécurité sociale, et en l'absence de mutuelle, de privilégier les pilules les moins coûteuses.

Les préservatifs sont déjà disponibles à partir de 20 centimes d'euros, et gratuitement dans les CPEF.

Se pose néanmoins le problème des contraceptifs oestroprogestatifs alternatifs (patch transdermique et anneau vaginal) qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. Alternative intéressante en cas d'observance difficile de la contraception orale, leur prix reste élevé : environ 15 euros par mois. Il serait bon de voir s'élargir les remboursements des contraceptifs à ces nouvelles méthodes, bien que cette mesure dans le contexte économique actuel ne semble pas être à l'ordre du jour.

1.2.3. Vers des contraceptifs anonymes et gratuits pour les mineures ?

Afin de résoudre l'ensemble des problèmes d'accès à la contraception, l'idéal serait de permettre un accès anonyme et gratuit pour les mineures à la contraception.

Cet idéal, jusque là réservé aux CPEF, commence à être envisager, et est même appliqué dans certaines régions, via le Pass Contraception que nous avons décrit dans

notre première partie. Mis en œuvre récemment, il est encore trop tôt pour évaluer ses effets, et si ce dispositif convient aux jeunes.

Déposée le 14 novembre de cette année par Bérangère Poletti, une proposition de loi visant à améliorer l'accès à la contraception et notamment aux mineures via l'anonymat et la gratuité, est actuellement à l'étude [41].

L'anonymat et la gratuité des contraceptifs pour les mineures fait débat, bien que cela semble être un moyen de permettre l'accès à la contraception pour certaines jeunes filles, en particulier dans les milieux ruraux où les CPEF sont peu représentés.

2. DES ECHECS D'OBSERVANCE

Les adolescentes utilisent la pilule et le préservatif comme moyens de contraception. Néanmoins des échecs liés à leur utilisation persistent.

2.1. Analyse

73% des adolescentes de l'étude ont déclaré utiliser ou avoir utilisé la contraception orale. Dans la population générale, elles sont 83%. Cette différence peut se traduire par notre type de population. En effet, interrogée en classe de seconde, la moyenne d'âge des filles est de 16 ans, ce qui est plus jeune que la moyenne d'âge des filles de 15 à 19 ans. On peut donc penser que les adolescentes plus âgées ont tendance à prendre la pilule.

Les adolescentes utilisatrices de la pilule déclaraient toutes avoir souhaité ce mode de contraception. C'était également le mode de contraception désiré par les insatisfaits du préservatif. Par ailleurs les jeunes filles se déclaraient satisfaites par cette contraception.

Néanmoins 57% d'entre elles ont déclaré avoir oublié leur contraceptif au moins une fois, dont 37% affirme l'oublier occasionnellement et 5% souvent. Par ailleurs, elle s'estime dans l'ensemble bien informées sur les modalités de recours en cas d'oubli.

2.1.1. Une demande unanime dans le schéma contraceptif français

Le souhait unanime de la pilule comme méthode contraceptive s'explique par sa position historique : première méthode hormonale de contraception, elle est la plus connue des adolescentes. Elle est celle qui semble également le plus facile à utiliser par une prise quotidienne de comprimé. Ainsi lorsqu'elle souhaite un moyen contraceptif, la demande de l'adolescente est sans équivoque : « Je voudrais prendre la pilule ». Cependant cette demande peut être cachée derrière un autre motif (« J'ai des règles douloureuses »), auquel la pilule est la solution [42].

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé recommande, dans le cadre des bonnes pratiques professionnelles, la contraception oestroprogestative comme méthode à privilégier chez les adolescentes en première intention. Remboursée uniquement sous la

forme orale, la pilule oestroprogestative est donc la méthode la plus indiquée dans la population qui nous intéresse.

2.1.2. Des recommandations suivies par les professionnels

Afin d'en savoir plus sur les pratiques courantes des professionnels de santé confrontés aux demandes contraceptives des adolescentes, nous avons réalisé des entretiens auprès de 21 praticiens (gynécologues libéraux, gynécologues et sages-femmes de centre de planification, médecins généralistes et sages-femmes libérales).

La majorité d'entre eux prescrivent une pilule oestroprogestative de deuxième génération faiblement dosée en œstrogène et si possible continue comme premier contraceptif. Comme raison à ce choix, tous nous ont cité la demande de la patiente comme l'une des principales. Venaient ensuite des raisons économiques comme le remboursement de ces pilules, des raisons pratiques comme la simplicité de la prise, notamment en continue et enfin l'efficacité importante de cette méthode contraceptive.

Les autres moyens de contraceptions, et notamment le patch, l'anneau et l'implant sont fréquemment proposés chez les patientes dont l'observance est défaillante.

2.1.3. Des oublis fréquents malgré une bonne information

L'oubli dans la prise de contraception orale est un problème fréquent et récurrent. L'étude COCON a ainsi montré que 20% des femmes sous pilule oublient au moins un comprimé par mois. Dans notre étude, plus d'une adolescente sur deux a déclaré l'avoir oublié au moins une fois. Et plus d'un tiers d'entre elle l'oublie occasionnellement. (Ce terme n'étant pas défini dans notre questionnaire, la fréquence exacte des oublis ne peut pas être établie).

Ces problèmes d'observance constituent l'une des premières raisons aux échecs de contraception. En effet, tout décalage supérieur à 12h peut entraîner une ovulation, et donc une grossesse non souhaitée en cas de rapports sexuels non protégés d'un préservatif.

Les jeunes femmes s'estiment bien informées concernant la gestion des oublis. On peut voir ici l'effet des campagnes d'informations sur la contraception d'urgence, ainsi que les informations remises par les professionnels de santé, qui ont permis aux adolescentes de mieux connaître cette solution de rattrapage et les lieux où se la procurer gratuitement. La Haute Autorité de Santé a indiqué dans ses recommandations de 2004 que « la prescription en avance d'une contraception d'urgence ne doit être envisagée qu'au cas par cas ». Lors de nos entretiens, les avis sur ce point étaient assez partagés : certains professionnels délivrant systématiquement une ordonnance afin de pouvoir disposer « à la maison » d'une contraception d'urgence, et ainsi pouvoir pallier à l'oubli dans les délais les plus brefs sans avoir à trouver une pharmacie ; d'autres avisaient au cas par cas selon l'observance de l'utilisatrice ; et enfin certains ne la prescrivait qu'en cas de consultation en urgence pour ce motif. Ces derniers nous expliquant la nécessité de conserver le caractère « exceptionnel » de ce moyen de rattrapage et leurs craintes de voir se banaliser l'utilisation de la contraception orale d'urgence comme méthode de routine lors de chaque rapport sexuel.

2.2. Propositions

La pilule est la plus ancienne contraception hormonale connue et l'une des plus efficaces. Désormais testée et approuvée par plusieurs générations de femmes, son utilisation est entrée dans les mœurs, s'inscrivant dans un vrai schéma contraceptif : préservatif en début de relation, pilule lors de l'installation du couple dans la durée, puis dispositif intra-utérin après l'obtention du nombre de grossesses souhaitées.

Néanmoins, son utilisation nécessite une rigueur absolue quant à sa prise quotidienne qui n'est pas forcément évidente. Des pistes de recherches sont donc à envisager pour améliorer l'observance.

2.2.1. La mise en place de « réveils »

L'une des premières luttes contre l'oubli de la contraception orale est l'instauration d'un rituel lors de la prise du contraceptif. C'est l'un des rôles du professionnel de santé lors d'une consultation de contraception : aider la patiente à bien prendre sa pilule.

Cette démarche d'information semble essentielle, notamment chez les adolescentes qui vivent dans le moment présent. La mise en œuvre d'une routine aide à rendre le geste automatique sans le voir associé à une contrainte à laquelle il faut penser. Ainsi l'observance régulière de la contraception passe d'abord par une éducation. Des petits moyens peuvent être mis en place : association à un moment précis et quotidien de la journée : repas du midi, douche, brossage de dents ou encore le coucher. A l'adolescente de trouver le moment de la journée où la prise de son contraceptif sera le plus aisée et la plus régulière temporellement parlant.

Malgré tout, il arrive que des circonstances facilitent l'oubli de la pilule, notamment en brisant le rituel de prise. En effet, l'adolescence est un temps d'instant présent et d'insouciance. Si l'on peut estimer qu'en semaine les rituels sont plus ou moins respectés, les week-ends et périodes de vacances scolaires font invariablement perdre le rythme. Or ce sont dans ces périodes « à risques d'oublis majorés » que les rapports sexuels sont le plus susceptibles d'avoir lieu. Dans ces circonstances, la sonnerie du portable par la mise en place d'un réveil peut aider à se souvenir, et à éviter un oubli. A condition d'avoir toujours une plaquette de pilule à disposition.

Par ailleurs, nous avons pu voir dans notre étude que 76% des adolescents (garçons et filles confondus) sexuellement actifs avaient déjà discuté de contraception avec leur partenaire. Il existe donc des échanges au sein des couples concernant la contraception et l'implication du garçon dans la prise du contraceptif ne semble pas impossible.

Plusieurs conseils peuvent donc être donnés lors d'une consultation de contraception :

- Intégrer la prise du contraceptif dans la routine quotidienne,
- Toujours avoir une plaquette « de secours » sur soi lors de sorties,
- Mettre en place un réveil pour se remémorer la prise de comprimé
- Impliquer le conjoint afin qu'il y puisse rappeler le moment de la prise

2.2.2. Prévenir et rattraper les oublis

S'inspirer du « double DUTCH » hollandais.

L'oubli d'un contraceptif expose aux risques de grossesse, mais l'absence de préservatif implique un risque de transmission des IST. Il est donc nécessaire de rappeler l'importance du préservatif lors des consultations de contraception, d'une part en tant que seul moyen de prévention des IST, et d'autre part comme « filet de secours » en cas d'oubli de contraceptif.

La prévention faisant partie intégrante du rôle du professionnel de santé, conseiller aux jeunes d'associer le préservatif masculin et une contraception hormonale est primordiale.

La place de la contraception d'urgence

L'erreur étant humaine, la contraception d'urgence conserve toute sa place comme méthode de rattrapage en cas d'oubli ou de faille du préservatif. Disponible gratuitement et anonymement en pharmacie pour les mineurs, elle peut également se trouver dans les CPEF et les infirmeries scolaires.

Désormais bien connue des adolescents, il demeure important de rappeler le caractère exceptionnel de la contraception d'urgence, au cours des consultations de contraception, sa prise n'étant pas anodine et sans conséquences.

2.2.3. « La contraception, c'est celle que l'on choisit. »

Limites de la contraception orale, les difficultés d'observance persistantes posent aujourd'hui la question d'une sortie du schéma contraceptif français.

Les campagnes d'informations de ces dernières années ont été axées sur les différentes méthodes de contraception et leur présentation. « La contraception, c'est celle que l'on choisit », slogan des années 2000, les femmes, et les couples en général sont amenés à réfléchir sur la contraception qui leur conviendrait le mieux, sans se soucier de leur âge, ou de leur gestité. De cette manière, les dispositifs intra-utérins ne sont désormais plus réservés aux seules multipares, et une jeune fille peut orienter son choix vers cette option. Il convient ensuite aux médecins et sages-femmes de discuter avec la patiente de ses souhaits et de répondre au mieux à la demande en fonction de la balance bénéfices/risques..

Nous avons pu voir que des méthodes telles que le patch, l'anneau ou l'implant sont fréquemment proposés en seconde intention chez les jeunes filles présentant des difficultés d'observance. Ils pourraient être proposés en première intention, et exposés à la jeune fille, même si cette dernière vient en demandant la pilule. Expliquer les avantages et inconvénients de chaque contraceptif aux patientes, en éliminant les produits exclus du fait de certaines pathologies ou antécédents, est un des autres rôles du praticien qui doit pouvoir informer la patiente et respecter le choix de cette dernière, dans la mise en place d'une contraception.

3. UN NOMBRE D'ECHECS INCOMPRESSIBLE

Liés aux désirs intimes de l'être humain, la contraception se heurte à l'influence non négligeable de la psychologie, responsable d'un certains nombres d'échecs : *« en matière de régulation des naissances, c'est la motivation qui prime sur la technique »* (I. Nisand).

3.1. Des irréductibles à la contraception

Malgré les séances d'éducation à la sexualité, les campagnes d'informations et les accès facilités à une contraception, certains adolescents refusent tout moyen contraceptif. Ce refus peut s'exprimer de différentes manières : par un mésusage d'un mode de contraception, par l'utilisation d'un moyen contraceptif inefficace, ou par l'absence de moyens contraceptifs.

Les adolescents de notre étude nous ont amenés à considérer les constats suivants :

- 5% des adolescentes déclarent oublier souvent leur contraceptif
- 2% utilisent des méthodes naturelles à type de retrait.
- 13% des adolescents sexuellement actifs n'ont utilisés aucune contraception et 6% des filles ne se sont jamais protégées par préservatifs.

L'oubli fréquent d'un contraceptif, l'utilisation des méthodes naturelles qui sont insuffisamment efficaces (notamment chez les adolescents dont la fertilité est plus élevée), ainsi que la prise de risque liée à l'absence de contraceptif peuvent être des reflets de l'inconscient adolescent et du rôle de la psyché en matière de contraception. Différents éléments de la psyché adolescentes doivent donc être pris en compte.

3.1.1. La prise en compte du désir de grossesse et d'enfant à l'adolescence

L'adolescente traverse une crise psychique qui va lui permettre d'accéder au statut de femme. C'est une période parfois difficilement vécue par la jeune fille qui ne se reconnaît plus physiquement, et va partir à la recherche de modèles qui feront office de normes. Or le premier modèle pour une petite fille est sa mère, non pas en tant que

femme mais en tant que figure maternelle. Déjà enfant, la petite fille imitait sa maman dans son comportement avec ses poupées, reproduisant ses tenues à l'aide de déguisements. A l'adolescence, le désir inconscient d'être comme sa mère peut amener l'adolescente à concevoir un désir d'enfant : « *Pour toutes les femmes, désirer un enfant, c'est avant tout désirer redonner le jour à celui qu'elles ont été, et en quelque sorte se substituer à leur propre mère.* » [43].

Ce désir d'enfant correspond en réalité plus à un désir de grossesse. L'enfant n'est en effet pas imaginé en tant qu'être à part et existant, mais comme un moyen de grandir, d'accéder au statut de parent et donc d'adulte, sans avoir à passer par la recherche de la féminité.

Ces désirs peuvent alors se traduire consciemment. L'adolescente formulera son désir d'être mère et d'avoir un enfant de son partenaire.

Dans un premier cadre, l'adolescente peut décider de réaliser son désir et débiter une grossesse. Désirée et voulue, la grossesse sera souvent menée à son terme.

Dans un second cadre, ce désir peut surprendre l'adolescente qui va être amenée à y réfléchir et à se dire qu'elle ne peut pas accueillir un enfant « Je suis trop jeune, je vis encore chez mes parents, je n'ai pas fini mes études... » Cette ambivalence peut être source de problèmes dans la prise d'une contraception régulière, oscillant entre « Je veux un enfant » et « je ne peux pas avoir d'enfant ».

Mais ils peuvent aussi se traduire inconsciemment. Ces traductions inconscientes peuvent empêcher l'adolescente de s'impliquer dans sa prise de contraception, et amener à des oublis répétés ou à l'utilisation de méthodes peu efficaces.

Parler de ces désirs, les faire exister, permet d'ouvrir un dialogue avec l'adolescente afin de l'amener à réfléchir au but réel de la contraception. Il ne s'agit pas juste de ne pas être enceinte. Il s'agit pour l'adolescente de trouver et de comprendre ses raisons propres pour ne pas avoir d'enfant dans l'immédiat, et donc de la faire adhérer pleinement à sa contraception, et d'en limiter les échecs.

3.1.2. Des difficultés à anticiper

L'adolescent vit dans l'immédiateté. En perpétuel changement, il ne peut pas concevoir l'avenir puisqu'il ignore lui-même comment il sera alors. Or la prise d'une contraception impose d'anticiper, afin de ne jamais se retrouver en défaut : que ce soit

par le fait d'avoir un préservatif sur soi ou bien d'avoir sa plaquette de pilule lorsque l'on sort.

3.1.3. Le rôle des pairs

En pleine recherche de son identité propre, l'adolescent trouve ses références auprès de ses pairs : références vestimentaires, linguistiques, comportementales.... Et donc contraceptive. Les expériences des uns et des autres sont alors perçues comme des vérités absolues qu'il va parfois falloir discuter pour rétablir la réalité. C'est le cas de bon nombre d'idées reçues, comme « la pilule fait grossir » qui persistent dans la population et se transmettent de générations en générations.

3.1.4. La prise de risque et invulnérabilité

Eléments essentiels du comportement adolescent, la prise de risque et le sentiment d'invulnérabilité ressurgissent dans les comportements sexuels à risque de grossesse ou de contamination aux IST, et notamment par l'absence de préservatif.

L'adolescent est persuadé qu'il ne peut rien lui arriver, que ce soit la maladie ou la grossesse, est donc il est inutile de se protéger.

3.2. Limiter le nombre des irréductibles

La difficulté de la contraception à l'adolescence tient justement à l'adolescence en elle-même et à ses particularités psychologiques. Face à cette psyché, notre marge d'action pour réduire les échecs de contraception, en tant que professionnel de santé, est mince.

3.2.1. Place de l'information

Population en perpétuel changement, les adolescents s'estiment dans l'ensemble bien informés en matière de sexualité. Néanmoins, la place des pairs étant prépondérante, il est important de continuer l'éducation à la sexualité en argumentant les propos et multipliant les sources afin de développer l'esprit critique qui leur permettra de trier les données et limitera la transmission d'idées reçues.

Continuer l'éducation à la sexualité des jeunes, c'est aussi la renouveler sans cesse pour s'adapter au public, tant au niveau des moyens, du discours et des intervenants :

- L'utilisation des nouveaux outils de communication comme des vidéos, internet ou les jeux-vidéos comme support aux séances d'éducation. Pour sortir de l'aspect scolaire et théorique, ces supports pourraient être réalisés par des adolescents afin de toucher un maximum de jeunes.
- Multiplier les séances d'éducation par les intervenants extérieurs, et ce dès la primaire avec un contenu adapté à chaque âge. En effet, l'âge de la puberté a avancé, et l'on a pu voir qu'un quart des adolescents ont déjà eu une expérience sexuelle à 15 ans. Il semble donc logique de commencer la prévention plus tôt afin de sensibiliser le plus d'individus possibles. Par ailleurs, une information effectuée à la préadolescence pourrait limiter l'influence des pairs sur les croyances contraceptives.
- L'adolescent écoute plus attentivement ses pairs.

Nous pourrions donc proposer des séances d'éducation à la sexualité menées par des étudiants en médecine ou étudiants sages-femmes, formés et encadrés par un professionnel habitué à mener ces interventions, qui seraient dans une tranche d'âge relativement proche de la population.

Dans la même idée, et afin d'enlever l'étiquette « professionnel de santé » qui peut gêner certains adolescents, ces séances pourraient être animées par des adolescents, encore lycéens, dans les niveaux d'étude inférieurs. Formés, encadrés et soutenus par un professionnel de santé aguerri aux séances d'informations, des lycéens en classe de première pourraient ainsi discuter, avec ceux de seconde ou des collégiens, de sexualité dans des termes qui leurs sont plus familiers et avec des animateurs auxquels ils pourront s'identifier.

- Sortir les séances d'éducation à la sexualité des milieux scolaires, en les proposant par exemple dans les CPEF (ce qui permettrait une première découverte du lieu et de son personnel).
- Rendre plus ludique et moins scolaire l'information à la sexualité, en favorisant le dialogue, les échanges et les espaces dédiés à ces séances.

3.2.2. Ouvrir le dialogue et favoriser la relation de confiance

En tant que professionnel de santé, nous sommes en première ligne pour informer et discuter avec l'adolescente des problèmes rencontrés avec sa contraception, ainsi que de ses convictions la concernant. Il nous faut donc établir, et ce dès la première consultation, une relation de confiance basée sur l'écoute et le dialogue entre les deux parties.

Favoriser une relation de confiance et ouvrir le dialogue demande néanmoins du temps qui se surajoute à celui nécessaire pour faire passer les messages de prévention, pour effectuer l'interrogatoire de la patiente ainsi que l'examen clinique. Or ce temps d'échange, indispensable à l'établissement d'une relation qui donnera envie aux jeunes de revenir en cas de problème, n'est possible pour le praticien que s'il est rétribué à sa juste valeur.

Conclusion

Responsables de nombreuses IVG, les échecs de contraceptions ont, à l'adolescence, des origines multifactorielles. Notre étude a ainsi montré que, malgré une bonne information et des méthodes contraceptives bien connues, des obstacles socio-économiques persistent. Nous avons également mis en valeur la place non négligeable des aspects psychologiques, tant dans la prise que dans l'acceptabilité du contraceptif.

La persistance d'obstacles socio-économiques peut et doit être combattue. Il semble en effet inacceptable que plus de quarante ans après la loi Neuwirth, des adolescentes rencontrent des difficultés à accéder à une contraception efficace. Les politiques de santé publique ont accordé aux mineures l'anonymat et la gratuité pour l'IVG et la contraception d'urgence, qui devraient demeurer des mesures exceptionnelles dans leur vie de femme. A contrario, les méthodes de contraception régulières, qui pourraient diminuer les problèmes d'observance, tels que le patch transdermique ou l'anneau vaginal, ne sont toujours pas remboursés. L'anonymat, bien que théoriquement garanti par le secret professionnel, demeure un problème au vue des relevés de remboursements de la sécurité sociale.

Il ne s'agit pas d'opposer la contraception à l'IVG ou à la contraception d'urgence, mais de faciliter l'accès à l'un comme à l'autre de manière égale afin de sortir de ce paradoxe.

Face à une population sans cesse renouvelée, et toujours en mouvement, les professionnels de santé doivent s'adapter en permanence : en consultation de contraception tout d'abord, mais aussi lors des séances d'informations.

Au niveau des consultations, si le discours s'ajuste à l'adolescente de la même manière que le praticien apprivoise ses autres patients, les habitudes en matière de prescriptions peuvent s'avérer néfastes. En effet, le schéma : préservatif, pilule puis DIU, ne semble plus correspondre aux mœurs des françaises. Pour lutter contre les problèmes d'observance, sortir du « tout pilule » pour l'adolescente semble nécessaire.

Au niveau des séances d'éducation à la sexualité effectuées dans les collèges et lycées, le renouveau s'impose comme essentiel, pour intéresser un public au fait des dernières technologies. Bien informés et éduqués sur la théorie, les adolescents ne font néanmoins pas la connexion entre ce qu'ils savent et la réalité qu'ils vivent. Le rôle des professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou sages femmes, doit alors être redécouvert. Informateur, il doit également faire le lien entre la théorie et les actes de la vie adolescente.

Souvent thématiques, les séances ne doivent pas se cantonner à un champ, qu'il s'agisse de contraception ou d'IST. Il s'agit d'approcher la vie sexuelle et affective de manière globale en l'ancrant dans les faits et non dans les théories. Sortir du vocabulaire médical, et ancrer la prévention dans la réalité. Cela semble être le meilleur moyen pour faire évoluer ces séances en de vrais débats qui permettront aux adolescents de se faire leurs propres réflexions et d'entendre les messages clés de la prévention.

Néanmoins pour permettre l'évolution de l'éducation à la sexualité, un long chemin reste à parcourir. Il faudrait déjà pouvoir respecter la loi et que le nombre de séances annuelles soit respecté, ce qui n'est actuellement le cas nul part en France. Par ailleurs, avec des premiers rapports sexuels plus précoces, des informations plus précoces semblent également s'imposer, malgré les réticences des parents d'élèves.

La sexualité des adolescents reste un sujet délicat qu'il faut aborder avec précaution sous peine de voir un bouclier de voix conservatrices s'élever comme remparts à une incitation à la débauche des jeunes. Reflet de cette situation, la contraception des adolescents est un sujet houleux dont le débat est sans cesse relancé.

En ce moment même, un rapport du professeur Nisand sur la contraception et l'IVG chez les mineures est à l'étude. Un projet de loi pour une contraception anonyme et gratuite a vu le jour. Le pass contraception a été mis en place. Sujet d'actualité, la contraception des adolescents fait débat : au niveau des politiques, des parents et des professionnels de santé.

La situation en France semble ainsi être à un nouveau tournant dans l'accès à la contraception. Il nous reste à voir la voie que nous choisirons : celle du progrès pour faire évoluer les choses, ou celle de la conservation.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DREES. Les interruptions volontaires de grossesses en 2008 et 2009. *Etudes et résultats*. 2011. N°765
- [2] INSEE. Interruptions volontaires de grossesse. [en ligne] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NA_Tnon06223 (consulté le 01/11/11)
- [3] IGAS. 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 n°RM2009-112P. février 2010 .Disponible sur : <http://www.ancic.asso.fr/documents/RapportIGASIVG2fev2010.pdf>
- [4] Bajos N, Leridon H, et al. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction* .2003; 18: 994-999.
- [5] **Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Stratégies d'actions en matière de contraception. pp15-16**
- [6]IGAS. Objectif 97. Rapport n°RM2009-112P. février 2010 .Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000049/index.shtml>
- [7] Article L5134-1 du code de la Santé Publique.
- [8] IGAS. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale. Rapport n°RM2011-088P. Juin 2011. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000405/index.shtml>
- [9] REGION POITOU CHARENTES. Guide technique à l'attention des professionnels de santé et des associations spécialisées.2011.5-8
- [10] CONSEIL REGIONAL D'ILE DE FRANCE. Politique régionale en matière de sexualité, contraception, avortement et création d'un pass contraception. Rapport n°CR 23-10. 18 juin 2010.
- [11]. CONSEIL REGIONAL D'ILE DE FRANCE. Le Pass' contraception, c'est quoi? Disponible sur <http://www.iledefrance.fr/les-dossiers/social-solidarite/le-pass-contraception-lancement-le-26-avril/le-pass-contraception-mode-demploi/>
- [12] CONSEIL REGIONAL D'ILE DE FRANCE. Foire aux questions pour les professionnels de santé. Disponible sur :<http://www.iledefrance.fr/les-dossiers/social-solidarite/le-pass-contraception-lancement-le-26-avril/foire-aux-questions-pour-les-professionnels-de-sante/>

- [13] CONSEIL REGIONAL D'ILE DE FRANCE. Foire aux questions pour les jeunes. Disponible sur : <http://www.iledefrance.fr/fileadmin/contribfolder/EspaceThematiques/Passcontraception/PassFAQjeunes.pdf>
- [14] CONSEIL REGIONAL RHONE ALPES. La région adopte le pass contraception. *Décisions*. 2011. N°39
- [15] REGION RHONE ALPES. Création d'un pass contraception-prévention en Rhône-Alpes. Communiqué de presse du 27 mai 2011.
- [16] Article L4151-1 du code de la santé publique.
- [17] Article L312-16 du code de l'Education
- [18] Verdure F et al. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescent de classe de troisième. *Archives de pédiatrie*. 2010; 17 : 219-225
- [19] IGAS. Objectif 97. Rapport n°RM2009-112P. février 2010 .Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000049/index.shtml>
- [20] ANAES. Synthèse des recommandations. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004. Pp4
- [21] ANAES. Synthèse des recommandations. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004. Pp31
- [22] Jeammet P. Qu'est-ce que l'adolescence ? in *L'adolescence*. Ed Solar, 2002. P12-13.
- [23] Jeammet P. L'adolescence est-elle un phénomène nouveau ? in *L'adolescence*. Ed Solar, 2002. P22-26.
- [24] Conférence du Dr BRENOT. Journée annuelle de centres de planification et d'éducation familiale. Jeudi 29 septembre 2011
- [25] ANRS, INSERM, INED. Premiers résultats de l'enquête « Contexte de la sexualité en France ». Dossier de presse. 13 mars 2007. pp 9-10
- [26] Godeau E, Mouret G et al. La vie sexuelle In *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/ 2002*. Edition INPES, 2005. pp 136-137. ISBN 2-908444-88-7
- [27] Robin G, Massart P, Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*. 2007 ; 35 : 951-967
- [28] Jeammet P. la dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*. 2005 ; 33 : 624-626

- [29] Alvin P. Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe. *Archives de pédiatrie*. 2006, 13 : 329-332
- [30] INPES. Baromètre santé 2005
- [31] Laveissière M.N, Péliissier C, Lê M.G. La contraception orale en France en 2001 : résultats d'une enquête par sondage portant sur 30609 femmes âgées de 15 à 45 ans. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*. 2003 ; 31 : 220-229
- [32] Berenson A.B et al. The relationship between source of sexual information and sexual behavior among female adolescents. *Contraception*. 2006; 73: 274-278
- [33] Nisand I. Comment diminuer le nombre d'IVG en France ? *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*. 2003 ; 31 : 499-503
- [34] Moreau C et al. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2006; 38 (4): 190-196
- [35] INPES. Contraception : que savent les français ? Dossier de presse. 5 juin 2007. P7-10
- [36] Le Van C. Sexualité et contraception. In Les grossesses à l'adolescence normes sociales, réalités vécues. L'Harmattan, 1998. Pp122-136
- [37] INPES. Contraception : que savent les français ? Dossier de presse. 5 juin 2007. P6
- [38] Article R4127-328. Code de la santé publique
- [39] INPES. Contraception : que savent les français ? Dossier de presse. 5 juin 2007. P7-10
- [40] IGAS. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan. Rapport RM2011-088P. Juin 2011. P 5.
- [41] ASSEMBLEE NATIONALE. Questions sociales et santé : meilleur accès à la contraception notamment pour les mineures et à l'interruption volontaire de grossesse. http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/contraception_mineures_IVG.asp
- [42] Pienkowski C. et al. L'adolescente et sa première contraception. *Archives de pédiatrie*. 2008 ; 15 : 586-588.
- [43] Bydlowski MO. Je rêve un enfant. Paris : Odile Jacob ; 2000.

FIGURE

Figure 1 : <http://www.dici.org/wp-content/uploads/2011/05/pass-contraception.jpg>

TABLE DES MATIERES

Sommaire	4
Préface	5
Introduction	6
Partie 1 : La contraception et les adolescents	7
1. Un enjeux de sante publique	8
1.1. Des IVG à faire diminuer	8
1.2. Malgré une contraception accessible	8
1.2.1. L'accès à la contraception	8
La législation en faveur des mineures	8
Les Centres de planifications et d'éducation familiale	9
Le pass contraception	9
De nombreux professionnels à l'écoute	11
1.2.2. L'information à la contraception	11
De larges campagnes d'informations	11
L'éducation à la sexualité	12
1.2.3. La volonté d'une contraception adaptée	13
2. L'adolescence : une période à risque	14
2.1. Généralités	14
2.1.1. Définitions	14
2.1.2. Un corps en changement	14
2.1.3. Un psychisme en construction	15
2.2. La sexualité des adolescents	15
2.2.1. Des premières expériences	15
2.2.2. ... Plus ou moins risquées	16
2.2.3. Plus ou moins acceptées par la société	16
2.3. La contraception	16
2.3.1. Les méthodes utilisées, la première fois et après	16
2.3.2. Des pratiques contraceptives sous influences	17
2.3.3. Des problèmes persistants	17
Des difficultés d'utilisation	17
L'aspect financier	18
L'aspect familial	19
Des freins psychologiques	19
L'officialisation d'une relation	19
La volonté de prouver sa « normalité » dans sa capacité à être enceinte	19
La période d'adolescence	19
Partie 2 : L'étude	21
1. L'étude	22
1.1. Justification	22
1.2. Buts	22
1.3. Présentation et mise en place	23
Choix de la population	23

Méthode d'évaluation.....	24
Recueil des données	24
Exploitation et sauvegarde des données.....	24
2. Les résultats	25
2.1. Description de la population	25
2.2. Situation contraceptive des adolescents sexuellement actifs.....	27
2.3. Aspect problématique des méthodes contraceptives.....	32
Partie 3 : Analyse et propositions	36
1. Des echecs dus aux obstacles socio-economiques	37
1.1. Analyse.....	37
1.1.1. Des difficultés orchestrées par les professionnels de santé ?.....	37
1.1.2. Des difficultés financières pour accéder à certains contraceptifs ?.....	38
1.1.3. Des difficultés familiales ?.....	38
1.2. Propositions.....	39
1.2.1. Promouvoir les CPEF.....	39
1.2.2. Privilégier les contraceptifs remboursés	40
1.2.3. Vers des contraceptifs anonymes et gratuits pour les mineures ?.....	40
2. Des echecs d'observance	42
2.1. Analyse.....	42
2.1.1. Une demande unanime dans le schéma contraceptif français.....	42
2.1.2. Des recommandations suivies par les professionnels	43
2.1.3. Des oublis fréquents malgré une bonne information	43
2.2. Propositions.....	44
2.2.1. La mise en place de « réveils »	44
2.2.2. Prévenir et rattraper les oublis.....	46
S'inspirer du « double DUTCH » hollandais.....	46
La place de la contraception d'urgence.....	46
2.2.3. « La contraception, c'est celle que l'on choisit. ».....	46
3. Un nombre d'echecs incompressible	48
3.1. Des irréductibles à la contraception	48
3.1.1. La prise en compte du désir de grossesse et d'enfant à l'adolescence....	48
3.1.2. Des difficultés à anticiper.....	49
3.1.3. Le rôle des pairs	50
3.1.4. La prise de risque et invulnérabilité.....	50
3.2. Limiter le nombre des irréductibles	50
3.2.1. Place de l'information	50
3.2.2. Ouvrir le dialogue et favoriser la relation de confiance.....	52
Conclusion.....	53
Bibliographie	55
TABLE DES MATIERES	58
Annexe 1 : questionnaire	I

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

- Vous êtes :
 - a. un garçon
 - b. une fille
- Votre âge :
- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?
 - a. Oui
 - c. Non
- Avez-vous parlé de contraception avec votre partenaire ?
 - a. Oui
 - b. Non
- Vous, ou votre partenaire, utilisez-vous ou avez-vous utilisé une contraception?
 - a. Oui
 - b. Non

Si NON, merci de répondre à cette question :

- Pourquoi ?
 - a. Je n'en ai pas l'utilité.
 - b. Je n'en veux pas
 - c. Mon partenaire n'en veut pas
 - d. Je n'ai pas les moyens
 - e. Je suis sur la sécurité sociale de mes parents et je ne veux pas qu'il sache
 - f. Pour des raisons religieuses
 - g. Ca fait grossir
 - h. Autres :.....

Si OUI, veuillez, répondre aux questions suivantes :

- Quelle contraception utilisez-vous ou avez-vous utilisé ? (plusieurs réponses possibles)
 - a. La pilule
 - b. Le préservatif
 - c. Le patch
 - d. L'anneau
 - e. Une méthode naturelle (calcul du jour l'ovulation, retrait...)
 - f. L'implant
 - g. Des injections
 - h. Le stérilet
- Souhaitiez-vous ce mode de contraception ?
 - a. Oui
 - b. Non, j'aurais préféré une autre méthode. Laquelle ?
- Etes- vous satisfait(e) de ce mode de contraception ?
 - a. Oui
 - b. Non

Vous êtes une fille et vous utilisez la pilule, le stérilet, un patch, un anneau, un implant ou des injections, merci de répondre aux questions suivantes :

- Depuis quand prenez-vous cette contraception ?
 - a. Entre 3 et 6 mois
 - b. Entre 6 mois et 1 an
 - c. Plus d'un an
 - d. 2 ans ou plus

- Avez-vous déjà interrompu votre contraception ?
 - a. Oui
 - b. Non

- Qui vous l'a prescrite ?
 - a. Un médecin généraliste
 - b. Un gynécologue
 - c. Une sage-femme
 - d. Un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)
 - e. Un dermatologue
 - f. Un pédiatre
 - g. Un endocrinologue

- Ou vous êtes-vous procurez cette contraception ?
 - a. Auprès de l'infirmière scolaire
 - b. Au centre d'éducation et de planification familiale (CPEF)
 - c. A la pharmacie

- Avez-vous eu des difficultés à vous la procurer ?
 - a. Oui
 - b. Non

- Vous a-t-on prescrit une contraception d'urgence en complément ?
 - a. Oui
 - b. Non

- Avez-vous déjà oublié votre contraception ?
 - a. Oui, c'est arrivé une fois
 - b. Oui, occasionnellement
 - c. Oui, souvent
 - d. Non

- Vous estimez-vous suffisamment informée sur quoi faire en cas d'oubli ?
 - a. Oui
 - b. Non

- Dans votre famille qui est au courant? (plusieurs réponses possibles)
 - a. Père
 - b. Mère
 - c. Sœur
 - d. Frère
 - e. Personne
 - f. Autres :.....

Les échecs de contraception à l'adolescence

DESACHY EMILIE

Sous la direction de madame GALLIOT L. et l'expertise de madame PONTUS J.

Depuis la légalisation de la contraception en 1967, son accès et sa diffusion ont été facilités, notamment pour les mineures. L'éducation sexuelle a également vu le jour, bien que le nombre de séances d'informations soit encore insuffisant. Malgré tous les moyens mis en œuvre, les échecs contraceptifs persistent à l'adolescence, responsables de nombreuses IVG. A travers ce mémoire, nous expliquerons en quoi ces échecs sont un enjeu de santé publique. Puis par notre étude, nous tenterons de démontrer les raisons de ces échecs de contraception chez les adolescentes, qu'ils soient socio-économiques, pratiques ou psychologiques. Ces résultats nous permettront ensuite de faire des propositions dans le but de réduire ces échecs, et limiter le nombre de grossesses non désirées.

MOTS CLES : Adolescence; Echec de contraception; Contraception; Prévention, Education sexuelle.

Since the legalization of contraception in 1967, access and distributions made easier, especially for teenagers. Sexual education has emerged too, although the number of session is still inadequate. In spite of all the way put in place, contraceptive failures persist in adolescence, responsables of many Voluntary Termination of Pregnancy. Throught our work, we will explain why these failures are a stake of Public Health. Then, in our study, we try to show the reasons for these contraceptive failures among teenagers, that they are socioeconomical, practical or psychological. Our results allow us to make propositions to reduce these failures, and limit the number of undesirable pregnancies.

KEYWORDS : Adolescence; Contraceptive failure; Contraception; Prevention; Sexual education.